

**Lignes directrices et
ouvrages de référence
du CAD**

Pauvreté et santé



OCDE 

Organisation mondiale de la Santé



© OCDE, 2003.

© Logiciel, 1987-1996, Acrobat, marque déposée d'ADOBE.

Tous droits du producteur et du propriétaire de ce produit sont réservés. L'OCDE autorise la reproduction d'un seul exemplaire de ce programme pour usage personnel et non commercial uniquement. Sauf autorisation, la duplication, la location, le prêt, l'utilisation de ce produit pour exécution publique sont interdits. Ce programme, les données y afférentes et d'autres éléments doivent donc être traités comme toute autre documentation sur laquelle s'exerce la protection par le droit d'auteur.

Les demandes sont à adresser au :

Chef du Service des Publications,
Service des Publications de l'OCDE,
2, rue André-Pascal,
75775 Paris Cedex 16, France.

Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD

Pauvreté et santé



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996), la Corée (12 décembre 1996) et la République slovaque (14 décembre 2000). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Pour permettre à l'OCDE de réaliser ses objectifs, un certain nombre de comités spécialisés ont été créés. L'un de ceux-ci est le Comité d'Aide au Développement, dont les membres ont décidé, en commun, de parvenir à un accroissement du volume total des ressources mises à la disposition des pays en développement et d'en améliorer l'efficacité. A cette fin les membres examinent, ensemble et périodiquement, à la fois le volume et la nature de leurs contributions aux programmes d'aide, établis à titre bilatéral et multilatéral, et se consultent sur toutes les autres questions importantes de leur politique d'aide.

Les membres du Comité d'Aide au Développement sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse, et la Commission des Communautés européennes.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations et des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine, fonction dont elle s'acquitte en partie grâce à son vaste programme de publications.

Dans ses publications, l'Organisation s'emploie à soutenir les stratégies sanitaires nationales et aborde les problèmes de santé publique les plus urgents dans le monde. Afin de répondre aux besoins de ses États membres, quel que soit leur niveau de développement, l'OMS publie des manuels pratiques, des guides et du matériel de formation pour différentes catégories d'agents de santé, des lignes directrices et des normes applicables au niveau international, des bilans et analyses des politiques et programmes sanitaires et de la recherche en santé, ainsi que des rapports de consensus sur des thèmes d'actualité dans lesquels sont formulés des avis techniques et des recommandations à l'intention des décideurs. Ces ouvrages sont étroitement liés aux activités prioritaires de l'Organisation, à savoir la prévention et l'endiguement des maladies, la mise en place de systèmes de santé équitables fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé individuelle et collective. L'accession de tous à un meilleur état de santé implique l'échange et la diffusion d'informations tirées du fonds d'expérience et de connaissance de tous les États membres ainsi que la collaboration des responsables mondiaux de la santé publique et des sciences biomédicales.

Pour qu'informations et avis autorisés en matière de santé soient connus le plus largement possible, l'OMS veille à ce que ses publications aient une diffusion internationale et elle encourage leur traduction et leur adaptation. En aidant à promouvoir et protéger la santé ainsi qu'à prévenir et à combattre les maladies dans le monde, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du but premier de l'Organisation – amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Also available in English under the title:
DAC Guidelines and Reference Series
Poverty and Health

© Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2003

Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé ou de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques ne garantissent pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Pauvreté et santé.
(Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD)

1. Pauvreté 2. État sanitaire 3. Délivrance soins – organisation et administration
4. Financement, santé 5. Politique gouvernementale 6. Coopération intersectorielle 7. Ligne directrice
I. Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
Comité d'Aide au Développement.

ISBN 92 4 256236 X (OMS) (Classification NLM : WA 30)
92 6 410019 9 (OCDE)

Avant-propos

Depuis quelques années, l'OCDE et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) travaillent ensemble sur divers projets, dont le projet de l'OCDE sur la santé qui vise à analyser les systèmes de santé des pays de l'OCDE, à mesurer leurs résultats et à les améliorer. Ce document de référence du CAD consacré à la santé et à la pauvreté dans les pays en développement est un nouvel exemple de collaboration fructueuse entre les deux Organisations qui ont décidé de le publier conjointement afin d'en assurer une diffusion aussi large que possible parmi les spécialistes des questions de développement comme de santé publique.

Pour les pays en développement, briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé est une condition essentielle à leur essor économique. Le fait que trois des huit objectifs du millénaire pour le développement portent spécifiquement sur la santé en dit long sur le consensus qui se dégage sur ce point au sein de la communauté internationale.

Pour répondre à cette préoccupation mondiale, ce document approfondit l'approche adoptée dans les Lignes directrices du CAD sur la réduction de la pauvreté (2001) en affinant l'analyse du rôle que joue la santé dans la lutte contre la pauvreté. Il souligne les investissements qui seraient nécessaires pour améliorer l'état de santé des populations pauvres et qui devraient faire partie intégrante des stratégies de lutte contre la pauvreté.

Si l'on veut améliorer la santé des populations pauvres, il ne faut pas s'arrêter au secteur de la santé. Des mesures doivent être prises dans d'autres domaines, comme l'éducation, l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Au-delà des programmes nationaux, il faut aussi s'intéresser aux politiques d'envergure mondiale qui sont susceptibles d'avoir des retombées dans le domaine de la santé, par exemple celles qui ont trait au commerce ou à l'offre de biens publics mondiaux.

Dans le secteur de la santé lui-même, il est nécessaire d'adopter une approche favorable aux pauvres qui comprenne plusieurs objectifs : améliorer la gestion des affaires publiques, renforcer l'offre et la qualité des services de santé, atteindre les groupes les plus vulnérables de la population, instaurer des partenariats efficaces avec le secteur privé et concevoir des mécanismes de financement équitables.

Or les pays les plus pauvres resteront dans l'impossibilité de mettre en œuvre une politique de la santé privilégiant les pauvres sans une forte augmentation des moyens financiers à leur disposition. Il est donc urgent d'accroître l'aide publique au développement (APD) en faveur de la santé, qui se monte aujourd'hui à moins de 4 milliards USD par an, soit environ 10 % de l'APD totale. Il est aussi nécessaire de mobiliser des financements supplémentaires de sources nationales et philanthropiques et d'avoir recours à des partenariats public-privé.

Ce document de référence a été approuvé lors de la réunion du CAD au niveau des hauts fonctionnaires tenue en décembre 2002. Son but est d'aider les décideurs à orienter leur action en toute connaissance de cause sur tous les aspects techniques qui entrent en jeu. Nous espérons que les pays donateurs, les pays partenaires et l'OMS pourront utilement s'en servir dans leurs activités à l'appui de la réduction de la pauvreté et de l'amélioration de la santé.



Secrétaire général
Organisation de coopération
et de développement économiques



Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

Ce document de référence du CAD sur la pauvreté et la santé, publié conjointement par l'OCDE et l'OMS, est le fruit de travaux collectifs menés par le Réseau du CAD sur la réduction de la pauvreté (POVNET) et son groupe de travail sur la pauvreté et la santé. L'orientation des travaux et le contenu du document de référence ont été arrêtés à la suite d'une série de réunions de travail intensif, tenues pendant deux années, sous la direction du président du POVNET, Claudio Spinedi, et du président du groupe de travail, Wolfgang Bichmann.

Le document a bénéficié du concours d'éminents conseillers auprès des organismes d'aide bilatéraux et de représentants du FMI, de l'Unicef, du PNUD et du FNUAP. Il a également bénéficié de la compétence technique du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé qui a collaboré à sa conception et son développement, et tout particulièrement du concours de John Martin, Rebecca Dodd et Andrew Cassels.

Le groupe de travail a été élargi aux représentants du secteur non gouvernemental dont la Fondation de planning familial et le réseau Aga Khan pour le développement. Les représentants des pays en développement qui ont assisté à l'une des réunions ont par ailleurs apporté un concours précieux, par leurs commentaires écrits et oraux, à la rédaction du texte.

Que soient remerciés le personnel de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Adrienne Brown de l'Institute for Health Sector Development, et tout particulièrement Hilary Standing, de l'Institute of Development Studies, qui a mis ses compétences au service de ce projet.

Le document a également bénéficié de l'aide de représentants de différentes directions, groupes de travail et réseaux de l'OCDE. Tenant compte de ces contributions, la version finale du document a été rédigée et mise en forme par le personnel du Secrétariat de la Direction de la coopération pour le développement : Stéphanie Baile, Jean Lennock, Paul Isenman et Dag Ehrenpreis, avec l'assistance de Maria Consolati et de Julie Seif.

Table des matières

Sigles	9
Vue d'ensemble et objet	11
Actions clés pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres	12
Résumé	15
I. Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté	16
II. Instaurer des systèmes de santé favorables aux pauvres	17
III. Centrer l'action sur les politiques sectorielles susceptibles d'améliorer la santé des pauvres.	18
IV. Œuvrer à travers des cadres stratégiques établis par les pays partenaires	19
V. Promouvoir la cohérence des politiques et l'offre de biens publics mondiaux	20
Chapitre 1. Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté	23
1. Introduction	24
2. Pauvreté et santé	24
3. La justification économique de l'investissement dans la santé des pauvres ...	25
4. Définition d'une approche de la santé favorable aux pauvres	26
5. Rôle de la coopération pour le développement en fonction du contexte prévalant dans le pays partenaire	28
6. Mobiliser des ressources au service de l'amélioration de la santé des pauvres ..	29
7. Améliorer l'efficacité de la coopération pour le développement	31
Notes	32
Chapitre 2. Des systèmes de santé favorables aux pauvres	35
1. Introduction	36
2. Gestion du secteur de la santé	37
3. Améliorer la prestation des services de santé	40
4. Pluralisme des prestataires et difficultés inhérentes à la prestation des services de santé	50
5. Mettre au point des systèmes de financement de la santé équitables.	54
Notes	59
Chapitre 3. Principaux domaines d'intervention en faveur de l'amélioration de la santé des pauvres	63
1. Introduction	64
2. L'éducation comme moyen d'améliorer la situation sanitaire	65
3. Sécurité alimentaire, nutrition et santé	67

4. Pauvreté, santé et environnement	70
5. La violence et les traumatismes : un problème de santé publique	74
Notes	77
Chapitre 4. Cadres et instruments de programmation et de suivi de la santé	81
1. Introduction	82
2. Instruments de coopération pour le développement en faveur de la santé des pauvres	82
3. Stratégies de lutte contre la pauvreté et santé	83
4. Les programmes sectoriels dans le domaine de la santé et leur efficacité dans la lutte contre la pauvreté	84
5. Mesure et suivi des progrès réalisés	89
Notes	93
Chapitre 5. Cohérence des politiques et biens publics mondiaux	95
1. Introduction	96
2. Les biens publics mondiaux relatifs à la santé	97
3. Santé, commerce et développement	102
Notes	107
Bibliographie	109
Liste des encadrés	
1. Le VIH/sida : un problème de développement	41
2. Tabagisme, alcoolisme et toxicomanie : des causes évitables de pauvreté et de maladie	43
3. Technologies de l'information et des communications (TIC) et systèmes de santé favorables aux pauvres	45
4. Qu'est-ce que le secteur privé dans le domaine de la santé ?	51
5. L'aide basée sur les résultats	54
6. Les services de santé de l'Aga Khan : une expérience de paiements directs	58
Liste des tableaux	
1. Aide publique au développement (APD) en faveur de la santé, 1996-2001 : niveau annuel moyen des engagements et part de l'aide ventilée par secteur	31
2. Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé	90
Liste des diagrammes	
1. Ventilation intrasectorielle de l'APD consacrée à la santé, 1999-2001.	36
2. Les principaux déterminants de la santé.	64

Sigles

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AGCS	Accord général sur le commerce des services
AKHS*	Services de santé de l'Aga Khan
APD	Aide publique au développement
CAD	Comité d'aide au développement
CE	Commission européenne
CICR	Comité international de la Croix Rouge
CMS	Commission Macroéconomie et Santé
CNS	Comptes nationaux de la santé
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DFID*	Department for International Development (Royaume-Uni)
DOTS*	Traitement de brève durée sous surveillance directe
ECOSOC*	Conseil économique et social (Nations Unies)
FAfD	Fonds africain de développement
FAsD	Fonds asiatique de développement
FCTC*	Convention-cadre pour la lutte antitabac
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FRPC	Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance
GAVI*	Alliance mondiale pour la vaccination et la production de vaccins
GFATM*	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GTZ*	Agence allemande de coopération technique
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MST	Maladie sexuellement transmissible
OBA*	Aide basée sur les résultats
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OID	Objectif international de développement
OIT	Organisation internationale du travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPA*	Évaluation participative de la pauvreté
PPTE	Pays pauvre très endetté

R-D	Recherche et développement
RSI	Règlement sanitaire international
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLP	Stratégie de lutte contre la pauvreté
SNPC	Système de notification des pays créanciers (du CAD)
TIC	Technologies de l'information et des communications
UE	Union européenne
USAID*	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WEHAB	Eau, énergie, santé, agriculture et diversité biologique. Il s'agit d'une initiative qui a été proposée par le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, à titre de contribution à la préparation du Sommet mondial sur le développement durable et qui vise à mieux cibler et à renforcer l'action engagée dans ces cinq domaines.

* Sigle dans la langue d'origine.

Vue d'ensemble et objet

Le document de référence sur la pauvreté et la santé, publié conjointement par l'OCDE et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est le fruit de l'effort commun des membres du CAD collaborant au sein du Réseau du CAD sur la réduction de la pauvreté. Il s'appuie sur l'expérience accumulée par les organismes bilatéraux et sur les travaux de grandes institutions comme l'OMS, la Banque mondiale et divers organismes des Nations Unies ainsi que d'organisations non gouvernementales (ONG). Il s'inspire également, sur certains points, des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS), à laquelle on doit l'étude la plus systématique et la plus récente des liens observables entre la situation sanitaire, d'une part, et le développement économique et le recul de la pauvreté, d'autre part.

Ce document de référence vise à renforcer l'efficacité des activités de coopération pour le développement qui concourent à l'amélioration de la santé des plus démunis, en tant que moyen de faire reculer la pauvreté, et à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement ayant trait à la santé. Il élargit et approfondit l'analyse présentée dans les *Lignes directrices du CAD pour la réduction de la pauvreté* que les ministres de la Coopération pour le développement et les responsables des organismes d'aide des pays de l'OCDE ont entérinées à la réunion du CAD à haut niveau en 2001.

Les recommandations qui y sont formulées s'adressent aux agents des organismes d'aide qui sont chargés, dans les services centraux ou sur le terrain, d'élaborer des programmes et de les mettre en œuvre. Elles indiquent les moyens les plus efficaces d'encourager une approche de la santé favorable aux pauvres dans les pays partenaires.

Par approche de la santé favorable aux pauvres, il faut entendre une démarche qui :

- Privilégie la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres (chapitre 1).
- Intègre le développement de systèmes de santé favorables aux pauvres, s'appuyant sur des mécanismes de financement équitables (chapitre 2).
- Englobe des mesures dans divers domaines qui exercent une influence déterminante sur l'état de santé des pauvres, notamment l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement (chapitre 3).
- Imprègne les stratégies de lutte contre la pauvreté et les programmes pour le secteur de la santé placés sous la conduite des pays intéressés eux-mêmes (chapitre 4).
- Tient compte des objectifs afférents à l'offre de biens publics mondiaux et à la cohérence des politiques dans des domaines comme la surveillance de la santé publique, la R-D concernant les maladies liées à la pauvreté, la politique commerciale en matière de médicaments et de vaccins, et les migrations (chapitre 5).

Actions clés pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres

DANS LES PAYS PARTENAIRES	ACTION	PAR LES ORGANISMES D'AIDE (rôle de soutien des efforts menés par les partenaires)
1. Manifester une réelle volonté politique de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé.	I Stimuler la volonté des milieux politiques et mobiliser des ressources complémentaires en faveur de la santé	Aider à mieux comprendre en quoi une population en bonne santé peut contribuer à l'instauration d'une croissance et d'un développement favorables aux pauvres. Renforcer le dialogue sur les politiques suivies en matière de santé et dans d'autres domaines où une approche de la santé favorable aux pauvres appelle une action.
2. Mobiliser davantage de ressources intérieures au service de la santé grâce à des réaffectations budgétaires et à l'allègement des obligations de remboursement des pays pauvres très endettés. Améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Rehausser la transparence des systèmes financiers.		Accroître l'aide accordée à la réalisation des OMD relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté.
3. Remplir les fonctions essentielles qui incombent au secteur public dans le domaine de la santé : formulation des politiques, réglementation, passation des marchés et prestation de services.	II Mettre en place des systèmes efficaces de santé favorables aux pauvres	Renforcer l'aptitude du ministère de la Santé à s'acquitter de ses fonctions fondamentales.
4. Proposer des services de santé de qualité qui soient à la fois accessibles, d'un prix abordable et adaptés aux besoins.		Faciliter l'établissement d'une cartographie des maladies et le recensement des besoins sanitaires des pauvres et des groupes vulnérables.
5. Renforcer les systèmes de financement permettant l'accès équitable des pauvres aux services de santé.		Œuvrer à l'amélioration des capacités d'analyse des effets sociaux, afin de contribuer à rendre les systèmes de santé plus accessibles aux pauvres, y compris au plan financier.
6. Étayer les politiques de santé par des mesures de décentralisation et d'amélioration des capacités de prestation de services à l'échelon local. Associer judicieusement les collectivités locales à l'action engagée.		Aider les organisations de la société civile et les représentants des collectivités locales à participer plus étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé publique.
7. Nouer des partenariats avec le secteur privé et les ONG pour la prestation des services de santé.		Soutenir les stratégies propres à améliorer la prestation de services grâce, notamment, à des mesures destinées à rehausser la qualité des services publics et à l'instauration de partenariats avec le secteur privé en vue d'en élargir la couverture.
8. Faciliter la collaboration entre secteurs et l'harmonisation des objectifs poursuivis pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Adapter en conséquence le mandat et les ressources des ministères concernés.	III Centrer l'action sur les secteurs où une politique peut influencer sur l'état de santé des pauvres	Aider à mieux prendre conscience des retombées que peuvent avoir sur la situation sanitaire les politiques suivies dans des domaines tels que l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

DANS LES PAYS PARTENAIRES	ACTION	PAR LES ORGANISMES D'AIDE (rôle de soutien des efforts menés par les partenaires)
9. Diriger et mettre en œuvre des programmes complets pour le secteur de la santé et les intégrer dans la stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP).	<p style="text-align: center;">IV Œuvrer à travers des stratégies de lutte contre la pauvreté et des programmes pour le secteur de la santé pilotés par les pays partenaires, et suivre les progrès accomplis dans l'amélioration de la situation sanitaire</p>	Promouvoir une plus grande maîtrise et une meilleure appropriation, par les pays partenaires, de l'élaboration et de la mise en œuvre des SLP et des programmes pour le secteur de la santé. Œuvrer à l'harmonisation des procédures d'acheminement de l'aide et d'évaluation.
10. Renforcer les liens et la cohérence entre les SLP et les programmes pour le secteur de la santé (ainsi qu'avec l'action menée dans d'autres domaines influant sur la santé).		Se doter de capacités d'analyse de la pauvreté et de la problématique homme-femme en matière de santé.
11. Veiller à intégrer les initiatives mondiales en faveur de la santé dans les systèmes nationaux.		Veiller à ce que les initiatives mondiales en faveur de la santé encouragent l'appropriation locale et aillent dans le sens des politiques suivies par les pays partenaires.
12. Sélectionner un ensemble d'indicateurs permettant de suivre la performance des systèmes de santé et l'évolution de la situation sanitaire, en mettant l'accent sur l'équité (y compris entre hommes et femmes), l'accès, la qualité et les modalités de financement.		Contribuer au renforcement des capacités statistiques et des systèmes de suivi nationaux afin de faciliter l'évaluation des progrès accomplis vers les objectifs de santé et de réduction de la pauvreté. Accepter la nécessité de trouver un équilibre entre les besoins de suivi au plan national et au niveau international.
13. Participer à la fixation des priorités pour l'offre de biens publics mondiaux en matière de santé et intégrer ces priorités dans la SLP.	<p style="text-align: center;">V Promouvoir l'offre de biens publics mondiaux et la cohérence des politiques au service de l'amélioration de la santé des pauvres</p>	Soutenir les initiatives internationales d'offre de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé, notamment la recherche sur des médicaments et vaccins d'un prix abordable contre les maladies dont les pauvres sont les premières victimes. Intégrer l'offre de biens publics mondiaux dans les stratégies générales d'aide au développement.
14. Explorer toutes les possibilités qu'offrent les dispositions relatives aux ADPIC pour procurer aux pauvres des médicaments essentiels à un prix abordable.		Promouvoir la cohérence des politiques – notamment en matière d'échanges et de migrations – au service de l'amélioration de la santé des pauvres. Donner suite à la <i>Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique</i> concernant l'accès des pays pauvres aux médicaments et vaccins essentiels à des prix abordables.

Résumé

I. Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté

La santé bénéficie aujourd'hui d'un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales et le souci de la santé des pauvres devient un aspect essentiel de la problématique du développement. De fait, trois des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) visent l'obtention pour 2015 d'avancées précises dans le domaine de la santé, à savoir : réduire la mortalité infantile, les décès maternels, et la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. Les nations du monde entier ont admis que bénéficier des meilleures conditions de santé possibles est un droit fondamental pour chaque être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, et sa situation économique et sociale. *Abstraction faite de sa valeur intrinsèque au plan individuel, la santé est déterminante pour le développement humain en général et le recul de la pauvreté.*

- **Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes.** Dans cette catégorie de la population, les taux de mortalité infantile et maternelle et l'incidence de la maladie sont en moyenne plus élevés que dans d'autres catégories, avec un accès plus limité aux soins médicaux et aux dispositifs de protection sociale. *Pour les pauvres en particulier, la santé est aussi un atout économique de première importance.* Elle est la clé de leur survie. Lorsqu'un pauvre tombe malade ou se blesse, la famille entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux de paupérisation face au coût élevé des soins médicaux. Par ailleurs, l'investissement dans la santé est de plus en plus reconnu comme un vecteur important de développement économique et comme un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement – et en particulier à leurs habitants pauvres – de rompre le cycle de la pauvreté. La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes, du fait qu'elle contribue à accroître la productivité de la main-d'œuvre, à améliorer les niveaux d'instruction et d'investissement personnel dans l'enseignement et qu'elle favorise une modification de l'évolution démographique.

Du fait que l'investissement dans la santé se justifie sur le plan tant humain qu'économique, un consensus grandissant se forme sur la nécessité d'engager un vaste programme d'amélioration de la santé des pauvres. Ce document de référence trace les grands axes d'une approche de la santé favorable aux pauvres et définit un cadre d'action au niveau des systèmes de santé, et au-delà grâce à des mesures visant d'autres secteurs et à des initiatives d'envergure mondiale. A l'intérieur de ce cadre, le soutien accordé par les organismes d'aide pourra varier en fonction des besoins, des capacités et des politiques de chaque pays partenaire.

- **Accroître les ressources financières allouées à la santé doit être une priorité.** Sans argent pour acheter des vaccins et des médicaments, pour construire des établissements de soins, les équiper et les doter du personnel voulu, pour gérer le système de santé et pour investir dans d'autres secteurs importants pour la santé, les pays à faible revenu seront dans l'impossibilité d'atteindre les OMD se rapportant à la santé. Tout cela implique que les pays partenaires augmentent les budgets affectés à la santé et que les partenaires extérieurs

renforcent considérablement leur soutien au secteur de la santé. Les organismes d'aide seront d'autant plus enclins à dégager des ressources supplémentaires au profit de l'amélioration de la santé des pauvres : i) si le pays partenaire manifeste une indéniable volonté politique de définir et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre la pauvreté et un programme intégré en faveur du secteur de la santé ; ii) si des efforts sont déployés pour mobiliser des ressources intérieures ; iii) si le pays affiche le souci de gérer les ressources de manière plus efficace ; et iv) si les principales parties prenantes ont la possibilité de participer à la planification, à la gestion et à l'exécution des interventions. Dans les pays dont les politiques, les institutions et la gestion des affaires publiques laissent à désirer, un soutien en faveur du secteur de la santé et des autres services de base, dans la mesure du possible, sera essentiel pour assurer la protection des pauvres et des catégories vulnérables – ainsi qu'il est rappelé dans les travaux du CAD sur les « situations de partenariat difficile ».

II. Instaurer des systèmes de santé favorables aux pauvres

Par approche de la santé favorable aux pauvres, il faut entendre une démarche qui privilégie la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres. Une telle approche implique l'offre de services de santé publique et de soins individuels de qualité, s'appuyant sur des mécanismes de financement équitables essentiels pour améliorer la situation sanitaire et prévenir l'engrenage entre mauvaise santé et pauvreté. Afin d'aider les pays partenaires à se doter de systèmes de santé favorables aux pauvres, les organismes d'aide doivent s'appliquer à renforcer les capacités locales dans plusieurs domaines.

- **L'instauration de systèmes de santé favorables aux pauvres et leur bon fonctionnement exigent une amélioration de l'aptitude du secteur public à s'acquitter de ses fonctions fondamentales de formulation des politiques, d'élaboration des réglementations, de passation des marchés et de prestation de services de santé.** Le contrôle de l'utilisation qui est faite des ressources et l'affinement des stratégies relatives aux ressources humaines requièrent en outre de solides capacités aux plans institutionnel et organisationnel. Ces exigences débordent le champ de compétence du seul ministère de la Santé, d'où la nécessité d'inscrire la réforme du secteur de la santé dans le cadre plus général d'une refonte des structures de gouvernance.
- **La mise en place, dans le secteur public et le secteur privé, de services de qualité adaptés aux besoins sanitaires des pauvres est une priorité.** Ceci nécessite un recentrage sur les maladies transmissibles, telles que le paludisme, la tuberculose et le sida, dont les pauvres sont les principales victimes, ainsi que sur la santé génésique et les maladies non transmissibles mais largement répandues parmi les pauvres, notamment celles liées au tabagisme. Parallèlement, des stratégies de ciblage des catégories pauvres et vulnérables doivent être élaborées et des dispositions prises pour susciter une demande accrue de services de santé en renforçant la confiance des communautés pauvres à l'égard des prestataires de ces services. Tout cela implique que le point de vue des pauvres, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) et des organismes de la société civile, soit pris en compte dans les processus de planification et de mise en œuvre.
- **Un resserrement du partenariat avec le secteur privé est essentiel.** Les pauvres font souvent appel à des prestataires de services privés, à but lucratif ou non (ONG ou organismes religieux). Dans de nombreux pays en développement, le secteur public n'a pas les moyens d'assurer des services de santé à l'ensemble de la population ou de faire en sorte que les services de santé dispensés par le secteur privé aillent dans le sens de

l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Le genre de partenariats susceptibles d'être noués avec les prestataires privés sera fonction des habitudes des patients ainsi que des atouts respectifs des différents types de prestataires privés et de la qualité de leurs services. Dans certains cas, les pouvoirs publics pourront choisir de sous-traiter certains services à des ONG, tandis que dans d'autres, ils pourront s'attacher à améliorer la qualité des services offerts dans le secteur privé à but lucratif. Quel que soit leur choix, ils devront être à même de concevoir des dispositifs réglementaires et des mécanismes de sous-traitance, de les mettre en œuvre et d'en assurer le contrôle.

- **La mise au point de systèmes de financement équitables** est indispensable pour améliorer l'accès aux soins médicaux et mettre les pauvres à l'abri des coûts catastrophiques entraînés par un mauvais état de santé. Il faut donc trouver des stratégies efficaces de protection sociale, privilégiant la mutualisation des risques et les systèmes de prépaiement, et non la rétribution directe par le patient des prestataires de soins primaires, pratique qui dissuade les pauvres de recourir à leurs services.

III. Centrer l'action sur les politiques sectorielles susceptibles d'améliorer la santé des pauvres

Faire en sorte que les pauvres aient accès à des services de santé de qualité et d'un prix abordable ne suffit cependant pas, en soi, à améliorer leur état de santé. *La santé des pauvres dépend essentiellement de facteurs extérieurs au secteur de la santé.* Il est donc primordial, pour commencer, de mettre en œuvre des politiques efficaces de croissance comme celles qui sont décrites dans les *Lignes directrices du CAD pour la réduction de la pauvreté*. Si leurs revenus ne progressent pas, les pauvres ne pourront pas acheter de quoi se nourrir ou payer les soins médicaux en cas de besoin. Et si leurs recettes n'augmentent pas, les gouvernements ne pourront accroître les financements alloués à la santé. Parallèlement, les politiques suivies dans certains domaines, en particulier l'éducation, la sécurité alimentaire, l'accès à une eau salubre, l'assainissement et l'énergie, sont d'une importance déterminante. Protéger les pauvres des risques du tabagisme et de l'alcoolisme, ainsi que des accidents de la route ou autres et des effets dévastateurs des conflits et catastrophes naturelles, peut aussi contribuer à améliorer leur état de santé. Les gouvernements partenaires et les organismes d'aide doivent évaluer la mesure dans laquelle les politiques suivies dans des secteurs clés contribuent, ou au contraire nuisent, à la réalisation des objectifs de santé, et de lutte contre la pauvreté d'une manière plus générale. Ils doivent décider dans lesquels de ces secteurs il convient d'intervenir en priorité au vu de leur importance respective et de l'efficacité par rapport à son coût de toute action susceptible d'être engagée dans chacun d'eux, puis prendre les dispositions qui s'imposent. Les efforts pourront ainsi se concentrer sur le renforcement, dans ces secteurs, des capacités indispensables pour atteindre les objectifs poursuivis en matière de santé.

- **La concrétisation des trois OMD relatifs à la santé dépend ainsi largement de la réalisation des objectifs d'égalité entre les sexes et d'universalisation de l'enseignement primaire.** C'est de l'éducation des femmes, en particulier, que dépendent l'amélioration des soins prodigués aux enfants et à d'autres membres de la famille et de la collectivité, et la baisse des taux de fécondité. L'éducation est aussi l'un des outils les plus efficaces de prévention du VIH/sida. Réciproquement, l'état de santé intervient pour beaucoup dans les résultats scolaires car il influe directement sur les facultés cognitives et sur l'assiduité à l'école. L'intérêt bien compris de tous est donc de rechercher des modalités de collaboration au sein du système scolaire lui-même ou dans le cadre de l'enseignement informel.

- **La sécurité alimentaire et l'alimentation ont une influence capitale sur l'état de santé des pauvres.** Près de 800 millions d'habitants de pays en développement souffrent en permanence de la faim. La malnutrition, avec ses effets sur le système immunitaire, accroît le risque de maladie et la gravité des infections, et, associée à d'autres facteurs, elle est la cause de plus de la moitié des décès infantiles. Les organismes d'aide doivent s'attacher à améliorer la sécurité alimentaire, dans les zones rurales comme dans les milieux urbains, grâce à des mesures visant à augmenter les revenus et élargir l'accès aux services sociaux, ainsi qu'à des programmes ciblés destinés à garantir la bonne alimentation des mères et des enfants.
- **La qualité de l'environnement dans lequel ils vivent influe directement sur l'état de santé et la mortalité des pauvres.** Souvent, les pauvres habitent dans les bas quartiers des villes, dans des villages éloignés ou sur des terrains excentrés, où les possibilités d'accès à une eau salubre et de raccordement aux réseaux d'assainissement sont limitées et où ils sont exposés à une pollution atmosphérique à l'intérieur comme à l'extérieur de leur logement. Ces conditions environnementales constituent à elles seules une des causes majeures de mauvaise santé et de décès chez les pauvres. L'importance de l'environnement doit être prise en compte dans les politiques de développement.

IV. Œuvrer à travers des cadres stratégiques établis par les pays partenaires

La promotion des OMD relatifs à la santé doit donner lieu à l'instauration avec les pays partenaires d'une relation à long terme en vue d'obtenir dans le domaine de la santé des améliorations durables qui profitent aux pauvres. Cette coopération doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie convenue d'un commun accord, qui fixe les priorités de l'action à mener et les programmes à mettre en œuvre.

- **Une stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP) que le pays partenaire fait sienne pour l'avoir lui-même établie** doit constituer le cadre de référence pour la définition des grands axes des stratégies d'amélioration de la santé des pauvres. Cette SLP doit être fondée sur une bonne compréhension des liens de cause à effet entre l'amélioration de la santé et la réduction de la pauvreté, et prévoir des objectifs relatifs à la santé dans les principaux secteurs qui influent sur l'état de santé des pauvres. De cette façon, la SLP pourra contribuer à harmoniser les mesures visant la santé et celles prises dans d'autres secteurs au service de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Étant donné qu'il y a peu de place, dans les stratégies de lutte contre la pauvreté, pour une analyse sectorielle approfondie, il convient de les compléter par un programme plus détaillé pour le secteur de la santé.
- **Un programme pour le secteur de la santé** est essentiel non seulement pour évaluer et mobiliser le soutien dont le secteur de la santé a besoin, mais également pour ouvrir un dialogue sur les mesures et interventions propres à améliorer la santé des pauvres. Il tient également lieu de cadre, au plan national, pour acheminer l'aide extérieure, que celle-ci prenne la forme d'une coopération technique au renforcement des capacités, de grands projets, de financements d'envergure sectorielle, d'un soutien budgétaire de caractère général, d'allègements de dette ou de fonds provenant d'initiatives mondiales. Bien qu'une pléthore d'activités différentes financées par des sources extérieures risque d'avoir des coûts élevés et d'entraîner des décalages par rapport aux priorités nationales, il n'en reste pas moins que chaque instrument a ses avantages et ses inconvénients. Il

s'agit avant tout de trouver un juste équilibre, compte tenu de la situation particulière de chaque pays partenaire.

- **L'approche sectorielle mérite de retenir l'attention** du fait qu'il s'agit d'une démarche relativement nouvelle dans le domaine de la santé et qu'elle vise expressément à renforcer la coordination. Elle implique que les partenaires extérieurs adhèrent au programme du gouvernement pour le secteur de la santé et s'appliquent à en faciliter l'exécution par l'établissement de procédures communes de gestion, de mise en œuvre et, à divers degrés, de financement. Utilisée à bon escient, l'approche sectorielle peut contribuer à une participation plus soutenue des acteurs locaux, à une plus grande prise de responsabilités par les pays partenaires, et au renforcement de leurs capacités. La décision de recourir à une approche sectorielle dans un pays donné n'en doit pas moins s'appuyer sur un examen attentif de ses politiques et de son environnement institutionnel. Ce genre de partenariat présuppose l'instauration d'un climat de confiance mutuelle, le renoncement des organismes d'aide à individualiser leur soutien, ainsi que l'acceptation du principe de la responsabilité conjointe et d'une plus grande prise de risques, financiers et institutionnels.
- **Les pays partenaires doivent pouvoir évaluer la performance de leurs systèmes de santé et les progrès réalisés sur le plan de la situation sanitaire et apprécier dans quelle mesure ceux-ci profitent avant tout aux pauvres.** Dans le cadre de leur soutien aux stratégies de lutte contre la pauvreté et aux programmes pour le secteur de la santé, les organismes d'aide doivent considérer comme prioritaire le renforcement des systèmes nationaux de collecte des données, de suivi et d'évaluation, ainsi que d'analyse des statistiques, ces systèmes étant souvent mal adaptés à l'évaluation des progrès accomplis dans la poursuite des objectifs de santé et de réduction de la pauvreté.

V. Promouvoir la cohérence des politiques et l'offre de biens publics mondiaux

Les problèmes de santé des pauvres ne s'arrêtent pas aux frontières nationales. Un monde interdépendant est source de risques nouveaux en matière de santé ainsi qu'en témoigne la rapide propagation du VIH/sida ou la menace de bioterrorisme. D'un autre côté, la mondialisation est aussi porteuse de moyens nouveaux pour prévenir, traiter et circonscrire les maladies. Les organismes d'aide et les pays partenaires doivent s'attacher à renforcer leur collaboration à l'échelle mondiale.

- **Une solution consiste à promouvoir l'offre de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé**, qui profiteront durablement aux peuples de tous les pays. Pourraient par exemple être envisagées des activités de recherche et développement centrées sur les maladies dont les pauvres sont les premières victimes ou des mesures visant à freiner la propagation internationale des maladies transmissibles. Il est estimé que, sur l'ensemble des crédits alloués à la recherche médicale, moins de 10 % sont consacrés aux pathologies ou problèmes de santé responsables à plus de 90 % de la charge de morbidité à l'échelle mondiale, et largement moins de 10 % aux maladies qui affectent principalement les pays et les populations pauvres. Les organismes d'aide ont un rôle fondamental à jouer pour encourager les initiatives internationales axées sur la production de nouveaux médicaments, de vaccins et de connaissances susceptibles de remédier directement aux problèmes de santé des pauvres. Ils peuvent apporter des ressources financières essentielles, et mobiliser un soutien en faveur de la cohérence des politiques et d'autres formes d'aide dans leur propre pays. C'est ainsi qu'une plus large place pourrait être faite aux maladies des pays à faible revenu dans les budgets de recherche médicale des pays de

l'OCDE, que des partenariats pourraient être instaurés avec le secteur privé et la société civile afin de dégager des fonds et des compétences pour la recherche sur ces maladies, et que les initiatives prises par les pays de l'OCDE en faveur des « médicaments orphelins » pourraient être étendues à ces maladies.

- **Par ailleurs, les échanges de biens et services et les accords commerciaux multilatéraux ont des retombées grandissantes pour la santé des pauvres.** A cet égard, les accords relatifs aux aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC), les accords généraux sur le commerce des services (AGCS) et le commerce de substances dangereuses ont une importance particulière. Les organismes d'aide devraient inciter les gouvernements de leurs pays à assurer un suivi de la mise en œuvre des composantes de la Déclaration de Doha relatives aux ADPIC et à la santé publique afin de voir dans quelle mesure les pays en développement parviennent à tirer parti de l'Accord sur les ADPIC pour améliorer leur accès aux produits pharmaceutiques protégés par des brevets qui sont importants pour la santé des populations pauvres. Un problème, qui retient actuellement l'attention du Conseil de l'Organisation mondiale du commerce, tient en l'occurrence au fait que certains pays, qui ne disposent pas de capacités de production propres, ont du mal à faire jouer les *clauses de licence obligatoire*.

Les financements destinés aux biens publics mondiaux doivent se surajouter pour l'essentiel au soutien, indispensable, que les organismes d'aide apportent dans le cadre de leurs programmes par pays. L'accroissement global des financements extérieurs sera fonction des possibilités qui s'offrent de les utiliser efficacement. Il dépendra aussi du soutien public et politique qui pourra être mobilisé dans les pays de l'OCDE à l'appui des arguments, présentés ici et dans d'autres rapports, selon lesquels il est important et opportun de contribuer à améliorer la santé des pauvres.

Chapitre 1

Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté

Résumé. *Abstraction faite de sa valeur intrinsèque pour chaque individu, la santé est essentielle pour le développement humain en général et pour la réduction de la pauvreté. Or, les populations pauvres continuent d'être les plus vulnérables à la maladie. Pour améliorer l'état de santé des pauvres, il est nécessaire d'adopter une approche de la santé favorable aux pauvres qui soit soutenue par les organismes d'aide. La nature de ce soutien dépendra du contexte du pays en question, plus particulièrement s'il s'agit d'une situation de « partenariat difficile ». Il faudrait en priorité augmenter les ressources financières en faveur de la santé, que ce soit dans les budgets des pays partenaires ou dans les aides extérieures qui leur sont apportées. Par ailleurs, les pays partenaires devraient s'engager plus résolument à améliorer leur gestion et mieux axer leurs politiques sur le problème de la pauvreté, les organismes d'aide quant à eux devant s'efforcer d'améliorer l'efficacité de leur soutien.*

1. Introduction

La santé occupe aujourd'hui un rang plus élevé que jamais dans les priorités de la communauté internationale, et celle des pauvres devient un axe essentiel de l'action en faveur du développement. Les nations du monde entier ont admis que bénéficier des meilleures conditions de santé possibles est un droit fondamental pour chaque être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, et sa situation économique et sociale¹. Améliorer et protéger la santé est fondamental pour le développement humain d'une manière générale et le recul de la pauvreté, abstraction faite de la valeur intrinsèque de la santé pour chaque individu. Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), issus de la Déclaration du millénaire, prévoient notamment une réduction de moitié de l'extrême pauvreté et des avancées précises dans le domaine de la santé pour 2015². Sur ces huit objectifs, trois se rapportent à la santé : faire baisser des deux tiers la mortalité infantile, réduire des trois quarts la mortalité maternelle et arrêter la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. En outre, le huitième objectif – mettre en place un partenariat mondial pour le développement – vise à ce que les pays en développement aient accès aux médicaments essentiels à des prix abordables. Si chacun de ces objectifs est conçu pour contribuer, à lui seul, à la réalisation du but ultime, faire reculer la pauvreté, ils n'en sont pas moins tous interdépendants.

2. Pauvreté et santé

Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes que les autres. Dans cette catégorie de la population, les taux de mortalité infantile et maternelle et l'incidence de la maladie sont en moyenne plus élevés que dans d'autres catégories, l'accès aux soins médicaux et aux dispositifs de protection sociale est plus limité et l'inégalité entre hommes et femmes est un handicap supplémentaire qui affecte la santé des femmes et des jeunes filles vivant dans la pauvreté. La santé est aussi un atout d'une importance capitale pour les pauvres, la clé de leur survie. Lorsqu'une personne pauvre ou appartenant à une catégorie socialement vulnérable tombe malade ou se blesse, la famille entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux de paupérisation face au coût élevé des soins médicaux. S'enclenche alors un processus en cascade qui peut conduire certains membres de la famille à consacrer moins de temps à leurs activités rémunératrices ou à s'absenter de l'école pour prodiguer des soins au malade et qui peut aller jusqu'à obliger à vendre les actifs pour pouvoir assurer la subsistance de la famille. Les pauvres risquent plus que les autres de se voir entraînés dans ce cercle vicieux du fait même qu'ils sont davantage sujets à la maladie et qu'ils ont moins facilement accès aux soins médicaux et aux dispositifs d'assurance sociale.

Les *Lignes directrices du CAD pour la réduction de la pauvreté* donnent une définition pragmatique de la pauvreté en la replaçant dans le contexte plus général des facteurs qui en sont la cause et des mesures à prendre pour la vaincre. Les cinq *dimensions essentielles de la pauvreté* renvoient à la privation de diverses formes de capacité : capacité économique

(revenu, moyens de subsistance, travail décent), capacité humaine (santé, éducation), capacité politique (moyens d'action, droits, possibilité de s'exprimer), capacité socioculturelle (statut, dignité), et capacité défensive (insécurité, risque, vulnérabilité). Des mesures tendant à favoriser la parité homme-femme et à protéger l'environnement sont essentielles à la réduction de la pauvreté sous tous ses aspects. Les *Lignes directrices du CAD* précisent que certaines catégories sociales sont les principales victimes de la grande pauvreté, notamment les groupes indigènes, les minorités et les exclus de la société, les réfugiés et les personnes déplacées, les handicapés mentaux ou physiques et les personnes atteintes du VIH/sida. Ces groupes comptent parmi les plus pauvres d'entre les pauvres dans bien des sociétés et méritent une attention spéciale dans toute action stratégique visant à combattre la pauvreté.

Les inégalités entre hommes et femmes sont une cause majeure de pauvreté et de mauvaise santé. Les femmes pauvres sont moins bien loties sur les plans des revenus et des droits, au sein du ménage et de la société. Les idées ancrées dans la société et la culture quant aux rôles respectifs des hommes et des femmes sont pour beaucoup dans ces inégalités. Les femmes et les jeunes filles pauvres risquent d'être encore plus que les autres privées d'accès aux ressources indispensables pour se soigner, qu'il s'agisse de liquidités ou d'autres sources de financement, de services ou de moyens de se faire entendre. Certaines catégories de femmes et d'enfants sont particulièrement vulnérables, comme les veuves âgées, les familles privées de tout soutien dont le chef est une femme ou un enfant, et les enfants des rues. En leur qualité de gestionnaires du ménage et de soignantes naturelles, les femmes sont pourtant d'importants prestataires de soins. Or la santé, y compris génésique, des femmes et des jeunes filles pauvres est compromise par l'inadéquation de leur régime alimentaire, la lourdeur des travaux qu'elles ont à accomplir et par une hygiène insuffisante, sans compter leur exposition aux abus sexuels et à la violence interpersonnelle. Tous ces éléments ont de graves répercussions sur le développement humain et la formation de capital humain. Des mesures tendant à remédier aux disparités entre hommes et femmes sont donc un volet essentiel de toute approche de la santé favorable aux pauvres.

3. La justification économique de l'investissement dans la santé des pauvres

L'investissement dans la santé est de plus en plus reconnu comme un vecteur important – bien que jusqu'ici négligé – de développement économique. Comme l'a montré la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une sensible amélioration de leur situation sanitaire est un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté³. La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes, en partie interdépendants mais dont les effets se cumulent :

- **Augmentation de la productivité de la main-d'œuvre.** Les travailleurs en bonne santé sont plus productifs, sont moins souvent absents et gagnent des salaires plus élevés que les travailleurs malades. Il en résulte un accroissement de la production, une diminution du taux de rotation de la main-d'œuvre, plus de bénéfices pour les entreprises et une augmentation de la production agricole.
- **Accroissement de l'investissement national et étranger.** Une forte productivité de la main-d'œuvre encourage l'investissement. Il est en outre vraisemblable que l'enrayement des maladies endémiques à caractère épidémique, telles que le sida, stimulera l'investissement étranger, du fait qu'il ouvre de meilleures perspectives de

croissance pour les entreprises étrangères et qu'il réduit les risques sanitaires encourus par leur personnel.

- **Renforcement du capital humain.** Des enfants en bonne santé apprennent mieux. L'amélioration de la situation sanitaire s'accompagne d'une baisse de l'absentéisme scolaire et d'une diminution des abandons précoces ainsi que d'une augmentation du potentiel cognitif des enfants, ce qui, à terme, contribue à élargir la base de capital humain.
- **Accroissement du taux d'épargne nationale.** Une population en bonne santé consacre plus de ressources à l'épargne et l'allongement de l'espérance de vie incite à épargner pour la retraite. Cette épargne vient elle-même accroître les fonds disponibles pour l'investissement.
- **Évolution démographique.** L'amélioration concomitante de la situation sanitaire et du niveau d'instruction entraîne une baisse des taux de fécondité et de mortalité. Au bout d'un certain temps, la fécondité en vient à diminuer plus vite que la mortalité, d'où un ralentissement de la croissance démographique et une réduction du rapport de dépendance économique (rapport entre le nombre d'actifs et celui d'inactifs). Il a été démontré que ce « dividende démographique » était une source importante de croissance du revenu par habitant dans les pays à faible revenu⁴.

Abstraction faite de ses effets bénéfiques au plan macroéconomique, l'amélioration de la santé a des répercussions sur les générations suivantes qui ressortent clairement au niveau microéconomique, et surtout des ménages. Le « dividende démographique » est particulièrement important pour les pauvres, qui ont tendance à avoir plus d'enfants et à « investir » moins dans l'éducation et la santé de chaque enfant. La taille des familles diminuant à mesure que la situation s'améliore aux plans de la santé et de l'éducation, les enfants ont plus de chances d'échapper aux conséquences que les maladies infantiles peuvent avoir sur leurs capacités intellectuelles et physiques et obtiennent de meilleurs résultats scolaires. Ils auront ensuite moins de risques de souffrir d'incapacités ou de handicaps, et donc moins de risques d'encourir des dépenses médicales excessives et plus de chances d'exploiter au mieux leur potentiel de gain. Une fois devenus adultes, ils disposeront de plus de ressources à investir dans la garde, la santé et l'éducation de leurs propres enfants.

4. Définition d'une approche de la santé favorable aux pauvres

Compte tenu de l'ampleur des retombées que l'investissement dans la santé peut avoir pour le développement, il apparaît essentiel d'adopter une approche intégrée en faveur de la santé des pauvres. Les connaissances techniques nécessaires pour remédier aux principales causes de mauvaise santé sont là, mais les pauvres continuent de payer un tribut disproportionné à la maladie. Pour parvenir à améliorer la santé des pauvres, il faut adopter une démarche résolument axée sur les plus démunis qui s'articule autour des grands éléments énumérés ci-dessous, et définir en conséquence les priorités de la coopération pour le développement.

Une approche de la santé favorable aux pauvres s'articule autour des quatre piliers suivants :

- **Des systèmes de santé,** c'est-à-dire des soins curatifs et des services d'information, de prévention et de réadaptation assurés par du personnel de santé, avec les structures nécessaires (dispositifs d'approvisionnement en médicaments, par exemple). Il s'agit

Qu'est-ce qu'une approche de la santé favorable aux pauvres ?

Par approche de la santé favorable aux pauvres, il faut entendre une démarche qui privilégie la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres. Une telle approche implique l'offre de services de santé publique et de soins personnels de qualité, s'appuyant sur des mécanismes de financement équitables. Elle passe par une action ne se limitant pas au seul secteur de la santé mais englobant des mesures dans divers domaines qui exercent une influence déterminante sur l'état de santé des pauvres, notamment l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Enfin, elle s'applique à susciter une action à l'échelle mondiale dans les domaines des échanges de services de santé, des droits de propriété intellectuelle et du financement de la recherche médicale compte tenu de l'impact que ces éléments ont sur la santé des pauvres dans les pays en développement.

des services rendus par le secteur public ou le secteur privé (dans un but lucratif ou non), formels et informels aussi bien que par la médecine traditionnelle, de même que les soins à domicile ou dispensés par la famille. Dans de nombreux pays en développement, les systèmes de santé sont défaillants et parcellaires, de sorte qu'à l'échelle mondiale des millions de pauvres n'ont pas accès aux services de santé publique ou aux soins personnels dont ils ont besoin. Un défi de taille, en l'espèce, est de remédier aux inégalités de traitement observées en fonction du sexe, de l'appartenance ethnique ou de la catégorie socio-économique du patient et ainsi atteindre les groupes vulnérables et ceux qui présentent des besoins particuliers.

- **Des stratégies de financement de la santé et, plus généralement, de protection sociale**, indispensables pour empêcher que le coût des soins vienne encore appauvrir les pauvres et les catégories socialement vulnérables. Ces stratégies impliquent une mutualisation des risques, des systèmes de péréquation et une protection contre les accidents de santé à la faveur d'un réexamen complet des besoins des pauvres en matière de protection sociale.
- **Une action débordant le seul secteur de la santé.** L'état de santé des pauvres, en particulier, est influencé par tout un éventail de facteurs, notamment le niveau de revenu et d'instruction, la sécurité alimentaire, les conditions environnementales, et les possibilités d'accès à l'eau et à des installations d'assainissement. Or, les politiques suivies dans les domaines économique, commercial et fiscal contribuent largement à déterminer le niveau de revenu et la situation nutritionnelle des ménages. Elles ont des effets sur l'ampleur des inégalités et des risques d'exclusion, que ce soit en fonction du sexe, de l'appartenance ethnique ou de la catégorie socio-économique, lesquels ont eux-mêmes de grandes répercussions sur la situation sanitaire. Il est par conséquent indispensable d'évaluer les retombées pour la santé des politiques et activités qui n'ont pas pour objet premier la santé mais qui peuvent avoir des effets indirects importants, négatifs ou positifs, sur la situation sanitaire. Des mesures doivent être prises pour optimiser leurs effets positifs et éliminer, ou à tout le moins atténuer, leurs effets négatifs. La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté constitue un cadre idéal pour assurer la concordance des politiques suivies dans des domaines autres que la santé dont l'objectif est aussi d'améliorer la santé des pauvres.

- **La cohérence des politiques et l'offre de biens publics mondiaux.** Un monde interdépendant est source de risques nouveaux en matière de santé ainsi qu'en témoigne la rapide propagation du VIH/sida ou la menace de bioterrorisme. D'un autre côté, la mondialisation est aussi porteuse de moyens nouveaux capables de prévenir, de traiter et de circonscrire les maladies. Une action internationale, avec par exemple la mise en place de biens publics mondiaux ou la conclusion d'accords multilatéraux concernant les échanges, l'investissement et l'environnement, doit venir compléter les mesures prises par ailleurs pour améliorer la santé des pauvres.

5. Rôle de la coopération pour le développement en fonction du contexte prévalant dans le pays partenaire

Les moyens qui permettent aux organismes d'aide d'encourager une approche de la santé favorable aux pauvres sont fonction du contexte spécifique prévalant dans chaque pays partenaire. Les organismes d'aide doivent tenir compte du type de processus de transition dans lequel sont engagés les pays partenaires, ainsi que des facteurs, économiques, politiques et sociaux, susceptibles d'exercer une influence sur les actions propres à améliorer la santé des pauvres. La typologie générale qui suit, dérivée des travaux du CAD sur les « situations de partenariat difficile », donne une idée de la manière dont le contexte national peut influencer sur les formes de soutien que peuvent proposer les organismes d'aide.

- **Les pays non tributaires de l'aide.** Entrent dans cette catégorie les pays à revenu intermédiaire dont les systèmes, publics ou privés, de sécurité sociale et de soins médicaux sont bien établis ou en passe de le devenir, mais dont les systèmes de santé produisent des résultats inégaux de sorte que certains besoins restent insatisfaits. Y entrent également les pays en transition qui abandonnent la planification centralisée au profit de l'économie de marché. Dans ces deux groupes de pays, les systèmes de santé présentent un caractère pluraliste et une part importante des services y est assurée par le secteur privé. Souvent, la pauvreté et l'inégalité y sont néanmoins source de graves problèmes. Qu'il s'agisse du secteur de la santé ou d'autres, dans ces pays, la coopération pour le développement a un rôle modeste à jouer au plan financier mais un rôle souvent important pour faciliter l'adoption d'approches nouvelles et l'innovation. Elle peut par exemple aider ces pays à améliorer leurs stratégies ou à renforcer leur capacité d'orienter les ressources dévolues à la santé vers les pauvres et les groupes vulnérables.
- **Les pays à faible revenu dont les stratégies de lutte contre la pauvreté et d'amélioration des conditions sociales des pauvres sont relativement bonnes mais dont les capacités d'opérer les changements souhaités sont limitées.** Dans ces pays, les pouvoirs publics affichent une réelle volonté d'améliorer l'équité des systèmes de santé ainsi que la gestion et la transparence des dispositifs de protection sociale, et des politiques allant dans ce sens ont été arrêtées. Ces pays reçoivent par ailleurs une aide publique au développement (APD) substantielle, laquelle alliera, dans le secteur de la santé, soutien budgétaire, programmes sectoriels et financement de projets. Parmi les principaux domaines sur lesquels l'aide peut être axée figurent le soutien de réformes systémiques propres à instaurer des modes de financement favorables aux pauvres, les ressources humaines, le ciblage et les dispositifs de protection sociale, de même que la sous-traitance à différents types de prestataires. L'aide pourra aussi viser à soutenir des initiatives tendant à associer la société civile et les citoyens pauvres aux consultations sur les services de santé ainsi qu'à la planification, à la gestion et au suivi de la performance de ces services.

- **Les pays à faible revenu peu soucieux, ou commençant à peine, d'élaborer des stratégies de lutte contre la pauvreté et d'amélioration des conditions sociales des pauvres et dont les capacités institutionnelles sont défaillantes.** Le plus souvent, il s'agit de pays impliqués dans un conflit violent de grande envergure ou se remettant d'un tel conflit. Entrent dans cette catégorie les états en faillite où pratiquement aucune institution (pas même les marchés) ne remplit sa fonction et où les prestations de soins ne relèvent pas ou guère d'un système organisé, ainsi que les pays où les capacités qui pouvaient exister avant ont été gravement endommagées. Tous se caractérisent par une gestion des affaires publiques qui laisse à désirer et des systèmes de santé publique délabrés. Les pauvres ont fréquemment recours à la médecine indigène et ont rarement accès à des soins médicaux de qualité raisonnable. Les seuls soins de qualité raisonnable qui y soient assurés, généralement dans des zones bien circonscrites, le sont habituellement par des ONG. Parmi les domaines sur lesquels peut porter l'aide, on citera l'expérimentation de divers modèles de prestation de services associant des prestataires non publics (en particulier, mais pas seulement, les ONG) ainsi que les collectivités locales possédant des compétences suffisantes. Il est toutefois important de reconnaître que ces « structures parallèles » ont un coût en ce sens qu'elles risquent de freiner la mise en place de solutions institutionnelles durables. Les organismes d'aide peuvent soutenir des initiatives centrées sur le côté demande, celles qui favorisent la participation de groupes d'utilisateurs et de la société civile, par exemple, et renforcer les moyens essentiels de suivi grâce aux indicateurs d'amélioration de la santé des pauvres. Des possibilités peuvent s'offrir à eux de soutenir l'extension des campagnes de vaccination et de certains autres services de base, même à des régions plus ou moins complètement privées de tout en matière de services de santé. De telles ouvertures peuvent survenir même au plus fort d'un conflit, grâce aux « journées de trêve » à l'occasion desquelles la société civile est mobilisée pour assurer ce genre de services le temps de la suspension des hostilités.
- **Les pays où la volonté politique et/ou les capacités font défaut mais où s'offrent de meilleures possibilités de renforcer le partenariat pour le développement.** L'aide passera essentiellement par des projets. Ces pays feront encore largement appel, quoique dans une moindre mesure, à des structures parallèles de prestation de services, mais des efforts plus importants y seront déployés pour renforcer les capacités du secteur public d'assurer ces prestations et de remplir ses fonctions en matière de réglementation.

6. Mobiliser des ressources au service de l'amélioration de la santé des pauvres

Ainsi qu'on l'a déjà indiqué, améliorer la santé des pauvres équivaut à un investissement dans la croissance et le développement économiques, et devrait être une priorité pour faire reculer la pauvreté. L'insuffisance des ressources allouées à la santé n'est pas le seul obstacle à la mise en œuvre effective de politiques d'amélioration de la santé des pauvres, mais elle représente un problème majeur qu'on ne peut ignorer. Le coût des services minimaux et des infrastructures correspondantes nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de base des pauvres se monterait, d'après les estimations, aux alentours de 30 à 40 USD par habitant⁵. En 2000, l'OMS était arrivée à un chiffre de 60 USD par habitant pour la mise en place de systèmes de santé plus complets⁶. Or, le chiffre moyen des dépenses de santé dans les pays les moins avancés est de 11 USD par an. Le

niveau actuel de ces dépenses, dont une grande partie ne profite pas aux pauvres, est donc bien inférieur au minimum requis pour satisfaire les besoins essentiels. Sans argent pour acheter des vaccins et des médicaments, pour construire des établissements sanitaires, les équiper et les doter du personnel voulu, et pour gérer le système de santé, les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire seront dans l'impossibilité d'œuvrer à l'amélioration de la santé des pauvres.

● **Une augmentation des ressources s'impose, que celles-ci viennent de sources nationales ou étrangères, publiques ou privées, y compris l'APD et les initiatives mondiales en faveur de la santé.** La plupart des pays partenaires peuvent envisager d'accroître leurs dépenses publiques de santé. Dans les budgets nationaux, le volume des ressources allouées à la santé et aux autres secteurs sociaux et la part des dépenses de santé allant à des activités susceptibles de profiter aux catégories les plus pauvres doivent refléter l'urgence qu'il y a à faire refluer la pauvreté et à améliorer la situation sanitaire. Un certain nombre de pays sont décidés à accroître la part des ressources affectée aux soins primaires, notamment en orientant vers la santé les sommes libérées par les allègements de dette résultant de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE). Dans de nombreux pays partenaires, les ressources sont réparties de telle manière qu'elles profitent surtout aux services hautement spécialisés, au détriment des soins primaires et des hôpitaux locaux. Les organismes d'aide se doivent d'engager un dialogue constructif afin d'encourager une répartition des ressources privilégiant les besoins des pauvres et des catégories socialement vulnérables. Cela dit, les ressources qu'il sera possible de dégager par ces divers moyens seront presque toujours insuffisantes par rapport aux besoins. Les pays les plus pauvres ne pourront trouver des ressources suffisantes pour atteindre l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres s'ils ne bénéficient pas de financements extérieurs nettement accrus.

Filières bilatérales et multilatérales confondues, les engagements d'aide des membres du CAD en faveur de la santé ont totalisé en moyenne près de 3.7 milliards USD par an entre 1999 et 2001. Ainsi que le montre le tableau 1, la part de la santé dans l'aide publique au développement est restée stable à 10 % ces dernières années. Le volume actuel des ressources reste bien inférieur aux besoins de financement estimés de ce secteur.

● **Les organismes d'aide seront d'autant plus enclins à mobiliser des ressources au profit de l'amélioration de la santé des pauvres:** i) si le pays partenaire manifeste une indéniable volonté politique de définir et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre la pauvreté et un programme intégré en faveur du secteur de la santé étroitement relié à cette stratégie ; ii) si de réels efforts sont déployés pour mobiliser des ressources nationales ; iii) si le pays affiche le souci de gérer les ressources de manière plus efficace ; et iv) si les principaux acteurs de la société civile ont la possibilité de participer à la planification, à la gestion et à l'exécution des interventions. Les situations de « partenariat difficile », où l'on ne peut guère espérer un accroissement des ressources nationales, ont déjà été évoquées plus haut.

Tableau 1. **Aide publique au développement (APD) en faveur de la santé, 1996-2001 : niveau annuel moyen des engagements et part de l'aide ventilée par secteur**

	Millions USD		% de l'aide totale émanant du donneur considéré		% de l'APD totale en faveur de la santé	
	1996-98	1999-01	1996-98	1999-01	1996-98	1999-01
Australie	83	124	11	17	2	3
Allemagne	163	125	7	5	5	3
Autriche	23	55	11	21	1	2
Belgique	56	66	19	19	2	2
Canada	36	69	6	13	1	2
Danemark	90	56	13	10	3	2
Espagne	117	92	22	13	4	3
États-Unis	733	1 108	25	18	22	30
Finlande	13	17	8	11	0	0
France	100	59	5	5	3	2
Italie	26	38	10	12	1	1
Japon	242	151	2	2	7	4
Norvège	42	92	10	13	1	3
Pays-Bas	140	145	11	13	4	4
Portugal	..	7	..	5	..	0
Royaume-Uni	233	500	16	21	7	14
Suède	73	73	10	13	2	2
Suisse	30	34	9	8	1	1
ENSEMBLE DU CAD	2 201	2 817	9	11	66	77
FaFD	59	66	11	9	2	2
FasD	45	75	3	7	1	2
CE	83	162	8	9	3	4
IDA	893	529	16	9	27	14
BID (fonds spéciaux)	42	16	8	5	1	1
ENSEMBLE DES ORGANISMES MULTILATÉRAUX	1 122	848	12	9	34	23
TOTAL GÉNÉRAL	3 323	3 665	10	10	100	100

Note : L'APD en faveur de la santé comprend la santé génésique. La Grèce, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande ne communiquent pas leurs données au SNPC, et l'Irlande ne le fait que depuis 2000. Les statistiques annuelles du CAD montrent que, sur la période 1999-2001, la Grèce a engagé en moyenne 4 millions USD (6 % du total), le Luxembourg 11 millions USD (24 %), la Nouvelle-Zélande 4 millions USD (7 %) et l'Irlande 22 millions (21 %). A peu près 65 à 70 % de l'APD bilatérale des membres du CAD sont ventilables par secteur. Les contributions dont la répartition entre les divers secteurs est impossible à déterminer (aide à l'ajustement structurel, soutien à la balance des paiements, initiatives liées à la dette, aide d'urgence, notamment) sont exclues du dénominateur afin que les chiffres rendent mieux compte du ciblage sectoriel des programmes des organismes d'aide.

Les chiffres de l'OCDE ne comprennent ni l'aide bilatérale à des organismes des Nations Unies comme l'OMS et l'Unicef, ni les flux financiers sans contrepartie. Les données rassemblées pour la CMS estiment à 6.7 milliards USD par an le total de l'aide au développement en faveur de la santé à la fin des années 1990 (y compris les financements provenant de fondations sans but lucratif. Voir OMS (2001).

Source : OCDE.

7. Améliorer l'efficacité de la coopération pour le développement

Les organismes d'aide doivent s'interroger sur les moyens qui s'offrent à eux d'améliorer leur propre aptitude à soutenir les objectifs d'amélioration de la santé des pauvres et de lever les obstacles qui limitent l'efficacité de la coopération pour le développement, en portant une attention particulière aux éléments suivants :

- **Renforcement des capacités et questions plus générales de gestion des affaires publiques.** L'aide à l'instauration de systèmes nationaux de santé efficaces est

essentielle pour pouvoir transférer aux pays partenaires des responsabilités accrues dans la conception, la gestion et la mise en œuvre des politiques et programmes concernant la santé. Le renforcement des capacités ne doit pas se limiter, loin de là, au secteur de la santé. Une approche de la santé favorable aux pauvres appelle en effet une perspective plus large, s'étendant à la refonte des systèmes politiques et économiques, à la réforme de la fiscalité et des structures administratives, au renforcement de la participation et de la démocratie. L'APD doit être utilisée comme un catalyseur au service de tous ces objectifs afin que les investissements consentis dans la santé et la lutte contre la pauvreté puissent s'inscrire dans la durée.

- **Dialogue sur les orientations à suivre.** Ce dialogue est une composante à part entière de la coopération pour le développement. Il ne nécessite aucun transfert direct de ressources mais est essentiel pour resserrer le partenariat autour d'objectifs communs et donner à l'amélioration de la santé des pauvres un rang plus élevé sur l'échelle des priorités politiques. L'amélioration de la situation sanitaire appelant une action dans divers secteurs, le dialogue doit être étendu à d'autres ministères (surtout ceux qui sont chargés de la gestion des ressources en eau, de l'assainissement, de la nutrition, des transports et de l'énergie) afin que soient prises en compte les implications macroéconomiques et trans-sectorielles de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres.
- **Coordination.** Cet élément est capital pour assurer que les ressources mobilisées sont mises au service des OMD et de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Une coordination des partenaires extérieurs orchestrée par les autorités locales rehausse d'autant l'efficacité des programmes de coopération pour le développement et ce résultat incite les organismes d'aide à étoffer et compléter leurs programmes visant les objectifs définis dans la stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP) et le plan d'action en faveur du secteur de la santé qui y est associé.
- **Recours à l'aide-programme.** Ce mode d'intervention est particulièrement efficace pour remédier à des problèmes d'envergure sectorielle et assurer la mise en œuvre de programmes intersectoriels intégrés comme ceux que nécessite l'amélioration de la santé des pauvres. Il n'est toutefois possible que dans les pays partenaires fermement résolus à œuvrer à l'amélioration de la santé des pauvres et dotés de dispositifs transparents de gestion financière et comptable. L'harmonisation des procédures des organismes d'aide peut, dans ce contexte, contribuer à abaisser les coûts de transaction et à alléger la charge qu'impose aux pays partenaires la nécessité de se plier à une multitude de consignes, souvent différentes. Dans les autres pays, les organismes d'aide devront recourir à un éventail d'instruments adaptés à la situation locale.
- **Suivi et évaluation.** Afin de susciter l'engagement durable des organismes d'aide et d'assurer la mobilisation de ressources nouvelles, une attention particulière doit être portée au suivi de la performance des systèmes de santé et des avancées obtenues au niveau de la situation sanitaire, ainsi qu'à la mesure dans laquelle ce sont avant tout les pauvres qui en ont bénéficié.

Notes

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1948).
2. Voir le tableau 2 au chapitre 4 où sont repris les OMD relatifs à la santé. Les autres objectifs visent à éliminer l'extrême pauvreté et la faim ; assurer une éducation primaire pour tous ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; assurer un environnement durable.

3. OMS (2001), « *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique* », OMS, Genève.
4. Cela dit, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où l'incidence du VIH/sida est élevée, une forte mortalité prévaut dans la population d'âge actif, ce qui accroît le rapport de dépendance économique et réduit d'autant la croissance. En revanche, dans les pays à revenu élevé, les taux de natalité ne peuvent guère baisser davantage et le nombre de retraités augmente, de sorte que le rapport de dépendance économique s'accroît également. Voir Birdsall, N., A.C. Kelley et S. Sinding (dir. pub.) (2001), *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth and Poverty in the Developing World*, Oxford University Press, New York.
5. Ce chiffre ne tient pas compte d'éléments aussi importants que les services de planning familial, les établissements de soins tertiaires et les services d'urgence, composantes incontournables de tout système de santé digne de ce nom. OMS (2001), *op. cit.*
6. OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.

Chapitre 2

Des systèmes de santé favorables aux pauvres

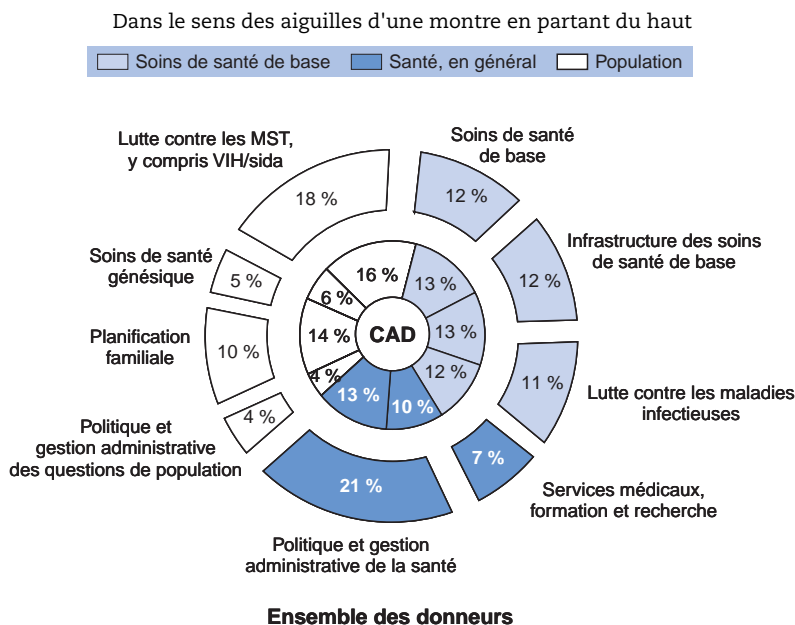
Résumé. *Les organismes d'aide ont vocation à œuvrer en partenariat avec les pays en développement pour mettre en place des systèmes de santé qui offrent des programmes de santé publique de qualité ainsi que des services individuels accessibles aux populations pauvres ou proches du seuil de pauvreté. Le soutien qu'ils apportent peut prendre quatre formes complémentaires. Premièrement, renforcer la capacité des pouvoirs publics à organiser le secteur de la santé de façon à mieux maîtriser la conception et la mise en œuvre de politiques de santé favorables aux pauvres. Deuxièmement, contribuer à mettre en place des services de santé mieux ciblés sur les pauvres, en répondant mieux aux besoins des plus pauvres et des plus vulnérables, notamment en élargissant leur utilisation de ces services. Troisièmement, aider les pays à gérer un système de santé pluraliste où le secteur public, le secteur privé à but lucratif et le secteur privé sans but lucratif ont chacun leur place, puisqu'ils ont tous leur rôle à jouer pour améliorer l'accès aux services et leur qualité. Enfin, favoriser l'adoption progressive de mécanismes de financement de la santé plus équitables fondés sur le prépaiement et la mutualisation des risques.*

1. Introduction

Les services de santé englobent les services d'information, de prévention, de soins curatifs et de soins de réadaptation assurés par du personnel de santé, ainsi que les structures logistiques connexes (dispositifs d'approvisionnement en médicaments, par exemple). Il peut s'agir de services rendus par le secteur public, le secteur privé, à but lucratif ou non (ONG, par exemple, y compris les organisations religieuses), de services formels et informels aussi bien que des soins de médecine indigène, de même que des soins à domicile et/ou dispensés par la famille. Un système de santé comprend en outre d'autres activités apparentées, comme la recherche-développement dans le domaine médical. Dans de nombreux pays en développement, les services de santé sont souvent inefficaces, de sorte que des centaines de millions de pauvres dans le monde n'ont pas accès aux services publics de santé et aux soins individuels dont ils ont besoin. Il est essentiel que les populations aient accès à des services de santé efficaces et abordables non seulement pour avoir les moyens d'améliorer leur sort, mais également pour bénéficier d'une protection sociale indispensable pour éviter l'engrenage qui mène de la mauvaise santé à la pauvreté.

Comme le montre le diagramme 1, il ressort de la ventilation de l'aide publique au développement (APD) actuellement allouée à la santé que tous les secteurs sont représentés, des soins de base aux services médicaux, en passant par la formation et la

Diagramme 1. **Ventilation intrasectorielle de l'APD consacrée à la santé, 1999-2001**



Source : OCDE.

recherche. Les priorités de l'aide au développement bilatérale et multilatérale sont globalement les mêmes, sauf en ce qui concerne la politique et la gestion de la santé, qui reçoivent une part plus importante de financements multilatéraux.

2. Gestion du secteur de la santé

Ce sont les gouvernements des pays en développement et plus particulièrement les ministères de la Santé, qui sont comptables de la performance du secteur de la santé et de la mesure dans laquelle il atteint les objectifs d'amélioration de la santé des pauvres. De nombreux pays *redéfinissent actuellement le rôle des pouvoirs publics dans le domaine de la santé* : on observe un recentrage sur les fonctions fondamentales de formulation des politiques, d'élaboration des réglementations et de passation de marchés, et non plus seulement sur la prestation des services. Une gestion efficace du secteur de la santé – contrôle, supervision et mise en application des politiques et stratégies dans le domaine de la santé – est déterminante pour le fonctionnement d'un système de santé favorable aux pauvres. Elle suppose l'existence de mécanismes bien établis en matière de soutien, de communication et de gestion des relations, que ce soit entre les instances publiques et privées ou entre les échelons central, régionaux ou infra-régionaux de l'administration. L'un des éléments clés consiste à surveiller de près les dépenses et à réduire le gaspillage, de façon à améliorer l'efficacité et l'équité de l'affectation des ressources ainsi que la performance du système de santé en général et vis-à-vis des pauvres en particulier, en recourant plus souvent à des outils tels que les comptes nationaux de la santé et les rapports de suivi des dépenses publiques.

Que les gouvernements des pays partenaires soient dotés de solides capacités est une condition nécessaire, mais toutefois pas suffisante, pour recentrer en faveur des pauvres le ciblage des politiques de santé, des services et du financement. Or, nombre de pays en développement n'ont guère les moyens d'exécuter ces fonctions multiples et la mission de gestion des pouvoirs publics est difficile à exercer. En outre, l'efficacité de ces fonctions dépend du contexte dans lequel elles sont exécutées, et toute une série de facteurs – revenu par habitant, niveau de pauvreté et ampleur des inégalités, légitimité du pouvoir politique, ou instabilité due à un conflit, par exemple – peuvent entrer en jeu. Le degré de collaboration et de coordination avec d'autres secteurs de l'administration (comme les ministères de la Planification et des Finances, ou encore les ministères responsables de la réforme de la fonction publique et de la gestion), sont également de première importance. Enfin, un autre élément clé est la mesure dans laquelle les principes de bonne gouvernance – transparence, responsabilité, participation, règle de droit et équité – guident l'exécution de ces fonctions.

Les organismes d'aide peuvent jouer un rôle central pour renforcer les capacités des gouvernements partenaires, à condition qu'ils tiennent compte de l'impact des facteurs politiques et institutionnels. Dans les pays les moins performants où l'administration ne joue pas son rôle, où la règle de droit n'est pas respectée et où la corruption sévit, ou encore dans les pays engagés dans un conflit ou venant d'en sortir, la capacité de mener à bien de telles fonctions est encore plus limitée. Dans ces pays, des stratégies spéciales s'imposent pour répondre aux besoins prioritaires des pauvres en matière de santé (voir section 3.1), mais les mesures destinées à renforcer les capacités du ministère de la Santé – en particulier aux niveaux inférieurs et dans ses antennes s'il y a lieu – grâce à l'éducation, à la formation et au développement des compétences ne doivent pas être négligées.

2.1. Élaboration des politiques dans le secteur de la santé

La politique de la santé dans les pays partenaires s'inscrit nécessairement dans un contexte politique et économique complexe. Les organismes d'aide doivent accompagner le processus en veillant à ce que les stratégies mises en œuvre visent explicitement des objectifs d'amélioration de la santé des pauvres et qu'elles soient formulées en concertation avec un large éventail de parties prenantes au sein de l'administration et de la société civile, y compris les pauvres eux-mêmes. Ces stratégies doivent définir avec clarté le rôle que doit jouer chacun des acteurs dans le domaine de la santé – ONG, organisations communautaires et secteur privé à but lucratif – en vue d'améliorer la situation sanitaire des pauvres. En outre, il appartient aux ministères de la Planification et de la Santé des pays partenaires ainsi qu'aux organismes d'aide d'engager une action concertée pour que l'importance de la santé soit reconnue dans l'ensemble de l'administration publique comme un axe essentiel de toute initiative de lutte contre la pauvreté et, plus largement, de tout objectif de développement, et pour que cette prise de conscience se concrétise dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

2.2. L'État en tant qu'instance de réglementation

Les organismes d'aide ne partagent pas tous la même perspective quant à la répartition idéale des rôles entre le secteur public et le secteur privé pour la prestation des services de santé, perspective qui est souvent liée à la structure public-privé du système de santé dans leur pays d'origine. Quoi qu'il en soit, le fait que les pauvres utilisent largement les services du secteur privé dans les pays partenaires et que les services publics ne peuvent guère être étendus, a conduit à s'intéresser davantage à la façon de respecter les priorités publiques, indépendamment du statut du prestataire de services.

La fonction de réglementation de l'État lui donne le moyen d'assurer le respect des priorités publiques, dans le souci d'améliorer la gouvernance globale ainsi que l'offre et la qualité des services (dans les secteurs public et privé et les ONG) sans que le coût des soins médicaux atteigne des niveaux excessifs ou hors de portée des pauvres. Si cette fonction de réglementation est un aspect positif du rôle qu'exercent les pouvoirs publics bien au-delà du seul secteur de la santé, elle est perçue comme négative dans de nombreux pays et est souvent fortement associée à la corruption. Pourtant, la réglementation recouvre plus que le simple respect de la loi : elle s'étend aux principes qui guident la mise en œuvre des politiques de la santé, y compris la certification professionnelle et la supervision des personnels de santé, ainsi que les mesures qui régissent la qualité et l'accessibilité des médicaments. La fixation de normes à l'intention des prestataires de services de santé et la garantie d'une bonne qualité des soins peuvent influencer considérablement sur la fréquentation des services de santé, en particulier par les pauvres. Dans de nombreux pays partenaires, la réglementation est généralement déficiente, au niveau tant de la conception (manque de structures solides sur les plans réglementaire et stratégique) que de la mise en œuvre (non-application de la réglementation).

Les pouvoirs publics peuvent contribuer à la réalisation d'objectifs d'amélioration de la santé des pauvres en créant des partenariats avec les intervenants sanitaires ne relevant pas de la fonction publique, que leurs visées soient lucratives ou non, et en faisant bon usage de la réglementation, de telle sorte que les services offerts par le secteur privé viennent compléter ceux que propose le secteur public tout en servant les priorités nationales. Pour ce faire, il importe de mieux comprendre comment les pauvres utilisent les services du secteur privé, notamment du secteur privé informel. Lorsque l'État est dans

l'incapacité de concevoir ou de faire respecter la réglementation, les organismes d'aide doivent lui prêter assistance de façon aussi bien à améliorer la prestation des services de santé à court terme qu'à les aider à élaborer des stratégies à long terme visant à renforcer la capacité de réglementation de l'administration en général.

2.3. L'État en tant qu'acheteur de services

Compte tenu des capacités limitées de l'État en termes de prestation des services, il convient de s'intéresser de plus près à la fonction *d'achat de services de santé* – le processus par lequel des fournisseurs reçoivent une rémunération en contrepartie de la prestation d'un ensemble défini ou non d'interventions sanitaires. Récemment, plusieurs systèmes publics de santé se sont dotés d'une fonction active de passation de marchés (voir section 4). Passer des marchés avec le secteur privé, en particulier avec des ONG ou des organisations religieuses qui offrent ces services, peut permettre d'améliorer les services à l'intention des groupes défavorisés et vulnérables actuellement pénalisés, dès lors que les contrats établissent un ensemble de normes et d'objectifs à atteindre à l'égard des pauvres et un suivi pour s'assurer de leur respect.

2.4. L'État en tant que prestataire de services

Lorsqu'il agit en tant que prestataire de services, les difficultés que doit surmonter le secteur public pour atteindre les objectifs d'amélioration de la santé des pauvres sont énormes. Il doit concentrer son effort sur les moyens d'améliorer les systèmes de santé de telle sorte que les services proposés répondent aux besoins fondamentaux des pauvres en matière de santé, atteignent plus efficacement les groupes vulnérables, et améliorent leur situation sanitaire. D'autres questions complexes – comment améliorer l'offre de médicaments, l'approvisionnement et la logistique, comment moderniser les systèmes de gestion de l'information nationaux et locaux et comment appliquer les méthodes d'assurance-qualité en vue de rehausser la qualité du service – n'ont pas été résolues de façon satisfaisante et méritent davantage d'attention afin, par là même, de renforcer les capacités techniques et de gestion. Étant donné que la qualité de la prestation des services dépend étroitement des ressources en professionnels de santé et de leurs compétences, la section qui suit examine plus en détail les stratégies de valorisation des ressources humaines.

Les stratégies de valorisation des ressources humaines

Les pays partenaires sont généralement confrontés à une pénurie de professionnels de santé aux postes clés, à l'absence de supervision du personnel, à un taux élevé de départs volontaires, à la faiblesse des salaires dans le secteur public que viennent compléter des dessous-de-table, et parfois à des conflits d'intérêt entre un emploi dans le secteur privé et un emploi dans le secteur public. Dans bon nombre de pays, le personnel de santé est lui-même pauvre, le résultat étant que les travailleurs sont démoralisés et que la qualité des services en pâtit. *Le personnel de santé est le plus souvent mal équipé et peu aidé pour relever les défis qui se posent.* Les ministères de la Santé se heurtent à de nombreux obstacles dans la mise en œuvre de politiques efficaces en matière de ressources humaines, comme la médiocrité ou la rigidité des règlements dans la fonction publique. C'est ainsi que des agents ne reçoivent pas leur traitement ou au contraire que des fonctionnaires « fantômes » sont rémunérés alors qu'ils ne travaillent pas ou rarement. Ou ils se heurtent à d'autres obstacles, comme la faible autonomie et le budget limité dont dispose le secteur de la santé pour former et organiser son personnel, le départ de personnes qui acceptent des emplois mieux rémunérés dans le secteur privé ou à

l'étranger, les déséquilibres dans la répartition géographique de la population active et l'impact de la maladie et des décès prématurés dus au sida.

Les organismes d'aide peuvent jouer un rôle majeur pour favoriser un meilleur ciblage des stratégies de valorisation des ressources humaines, dans le cadre des réformes du secteur de la santé ou de la fonction publique en général. Ils peuvent pour ce faire aider les pays partenaires dans leurs efforts pour :

- **Analyser les besoins en termes de personnel et de compétences** pour assurer de façon efficace des services plus vastes. Ainsi, il peut être plus indiqué d'augmenter le nombre d'infirmiers, de sages-femmes et d'assistants médicaux bien formés et de redéfinir leurs responsabilités que d'accroître le nombre de médecins.
- **Réorienter la formation**, de façon à délaissier les programmes orientés sur les services privilégiant les soins curatifs au profit d'une démarche plus holistique qui mette davantage l'accent sur la prévention et la promotion de la santé.
- **Tenir compte des incitations salariales et non salariales** – notamment un salaire correct pour les personnels de santé, un logement décent, une protection contre la violence, une amélioration de la sécurité personnelle (surtout pour les femmes), un apprentissage sur le tas et un bon encadrement. Autant d'avancées qui appellent une réforme plus générale de la fonction publique, ou la rendent nécessaire.
- **Améliorer les possibilités d'emploi, la rémunération et les conditions de travail**, pour attirer les travailleurs de la santé, en particulier les femmes, vers les zones reculées et mal desservies où vivent la majorité des pauvres et où la quantité et la qualité des services sont insuffisantes¹. De telles stratégies doivent tenir compte de la mesure dans laquelle les incitations et la répartition de la main-d'œuvre sont affectées par les inégalités entre hommes et femmes.
- **Améliorer et étendre l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC)** dans les programmes d'éducation et de formation à l'intention du personnel des services de santé. Ce serait une solution aux problèmes que posent la médiocrité de la formation du personnel de santé, la quasi-absence de formation continue et l'accès limité aux techniques modernes et à des informations actualisées. Cela permettrait aussi de réduire la lourde charge que représente la collecte des données pour les établissements de santé².

En résumé, les organismes d'aide doivent adopter une démarche stratégique en vue de renforcer, dans le secteur de la santé, la capacité de l'État à s'acquitter de ses multiples fonctions, qui recouvrent la *formulation des politiques, l'élaboration des réglementations, la passation de marchés et la prestation des services*. Cette démarche peut prendre des formes diverses alliant, par exemple, formation, enseignement formel, détachements, jumelages institutionnels, transferts de technologie, création d'un environnement ouvert et propice au changement, et amélioration de la communication entre les membres du personnel et entre organisations et services³.

3. Améliorer la prestation des services de santé

3.1. Répondre aux besoins prioritaires des pauvres en matière de santé

Les maladies transmissibles et non transmissibles

Dans les pays à faible revenu – et parmi les plus pauvres des pays à revenu intermédiaire – les maladies transmissibles, en particulier celles qui sont liées à l'insalubrité

de l'environnement, à la malnutrition et à des complications périnatales pour la mère et pour l'enfant sont les premières causes de morbidité. Les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, le paludisme et la rougeole sont les principales causes de la morbidité et de la mortalité infantiles. Chaque année, un million de personnes meurent du paludisme et la tuberculose en tue deux millions. Le sida, par ailleurs, provoque de plus en plus de décès prématurés en Afrique subsaharienne et en Asie (voir l'encadré 1).

Encadré 1. Le VIH/sida : un problème de développement

Déjà responsable de la mort de 25 millions d'individus dans le monde, le VIH/sida menace aujourd'hui les progrès sanitaires que l'on croyait acquis. Quarante-deux millions de personnes sont déjà infectées par le virus, dont 29.4 millions en Afrique subsaharienne, et la plupart risquent de mourir prématurément du sida. Le VIH/sida affecte généralement des adultes dans la force de l'âge, au moment où ils peuvent gagner leur vie et avoir des enfants. Si la pauvreté et l'inégalité entre hommes et femmes exposent encore plus d'individus à l'infection, le VIH/sida paupérise également les ménages, peut faire basculer les presque pauvres dans le dénuement total et avoir des effets dévastateurs sur les groupes les plus démunis¹.

La pandémie de sida a provoqué une demande sans précédent de services de santé dans les pays les plus affectés en même temps qu'elle a érodé la capacité des personnels soignants à faire face à ce surcroît de demande. Pourtant, des services de santé efficaces sont indispensables pour réagir efficacement à cette maladie. L'amélioration du diagnostic et du traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), l'existence de services d'écoute et de dépistage gratuits, l'accès au traitement des maladies opportunistes, les interventions visant à réduire la transmission de la mère à l'enfant, l'accès aux préservatifs, l'amélioration des soins à domicile et du conseil et l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) comptent parmi les principales initiatives susceptibles de réduire la propagation et l'impact du VIH.

Les ONG, les organismes à but lucratif et les gros employeurs sont de plus en plus nombreux à fournir des ARV, notamment en milieu urbain. Dans la plupart des pays à faible revenu, en revanche, les systèmes publics de santé n'ont pas suffisamment de moyens et des changements substantiels sont nécessaires au niveau de l'infrastructure et des ressources humaines, et pour assurer la continuité de l'approvisionnement en médicaments, avant de pouvoir étendre l'accès aux ARV. On espère que l'amélioration des soins et les résultats de la recherche, qui permettront de simplifier les traitements antirétroviraux, rendront les programmes de prévention contre le VIH/sida plus efficaces. On s'interroge néanmoins sur l'ampleur des retombées négatives qui se feront jour. Les organismes d'aide et les pays partenaires doivent s'attaquer à plusieurs problèmes : le risque que les messages prônant des pratiques sexuelles protégées soient ignorés si les conséquences de l'infection sont minimisées, le risque de voir se développer massivement une résistance aux médicaments, et le montant des financements qui seraient disponibles pour les traitements antirétroviraux sans réduire les ressources à affecter aux programmes de lutte contre le VIH/sida et d'autres interventions sanitaires essentielles. Sur la question du financement, cependant, il importe d'établir une distinction entre les besoins *ex ante* de financement extérieur, prenant en compte les traitements antirétroviraux qui peuvent être administrés avec succès, et l'affectation *ex post* des ressources limitées disponibles.

Encadré 1. Le VIH/sida : un problème de développement (suite)

Étant donné que pour l'essentiel l'expérience acquise avec les médicaments ARV l'a été dans des pays industrialisés riches en ressources, les organismes d'aide peuvent jouer un rôle important en soutenant des activités de recherche précises, notamment des essais cliniques envisageables malgré la limitation des ressources, et en tenant compte de la capacité des systèmes de santé à administrer et surveiller les traitements, ou de l'impact de l'accès aux ARV sur les comportements sexuels².

En outre, des actions hors du secteur de la santé sont déterminantes et peuvent avoir beaucoup d'effet sur la prévention du VIH/sida. Les ministères des Finances, de l'Éducation, de l'Agriculture, de la Jeunesse et de la Planification, par exemple, doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'action de lutte contre le VIH/sida, et la prévention du VIH/sida doit figurer en bonne place dans les stratégies de lutte contre la pauvreté.

1. Une étude menée au Burkina Faso, au Rwanda et en Ouganda a établi que le sida ferait passer le pourcentage d'individus vivant dans l'extrême pauvreté de 45 % en 2000 à 51 % en 2015 (Aide mémoire 2002, ONUSIDA). Accessible à l'adresse : www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/index.html#facts
2. OMS (2002), *Scaling Up Anti-Retroviral Therapy in Resource-Limited Settings: A Public Health Approach*, OMS, Genève.

Les maladies non transmissibles comme le diabète, les affections cardio-vasculaires, les troubles respiratoires dus à la pollution atmosphérique, les problèmes d'ordre psychosocial et les blessures provoquées par des accidents de la route ou la violence interpersonnelle (voir chapitre 3) ont également une forte incidence sur la santé des populations pauvres⁴. Les maladies liées au tabagisme sont étroitement liées à la pauvreté et provoqueront dans les pays en développement, selon les estimations, quelque sept millions de morts d'ici 2030, dont 50 % en Asie (voir l'encadré 2)⁵. A mesure que les pays en développement achèveront leur transition démographique, les maladies non transmissibles gagneront en importance et nombre de ces pays auront à souffrir de la double charge de morbidité imputable aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles.

Le défi de la santé génésique

La précarité de la santé maternelle, les maladies sexuellement transmissibles et l'accès limité aux services de planning familial représentent une forte charge de morbidité chez les femmes pauvres. Réduire la morbidité et la mortalité maternelles est un défi majeur, et les OMD visent une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle d'ici 2015. En moyenne, une femme meurt chaque minute de complications de la grossesse ou de l'accouchement. Les taux de mortalité maternelle, tout comme ceux de mortalité infantile, donnent un aperçu éloquent des effets de la pauvreté, de l'inégalité homme-femme et du manque de services de santé accessibles⁶. Plus de 99 % des 585 000 décès estimés imputables chaque année aux complications de la grossesse et de l'accouchement ont lieu dans les pays en développement, et 90 % en Afrique subsaharienne⁷. Au moins 13 % de ces décès ont un lien avec les 46 millions d'avortements pratiqués chaque année⁸. Outre le risque élevé de décès, quelque 300 millions de femmes vivent aujourd'hui avec des problèmes de santé ou des incapacités résultant d'une grossesse⁹. Sur ce total, entre 15 et 20 millions de femmes sont affectées par de graves incapacités¹⁰.

Même si le pourcentage de femmes qui ont pu bénéficier des soins d'un personnel qualifié pour accoucher s'est accru, les programmes mis en œuvre n'ont généralement pas

Encadré 2. **Tabagisme, alcoolisme et toxicomanie : des causes évitables de pauvreté et de maladie**

Le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie sont des causes fréquentes, mais évitables, de décès et d'invalidité. Environ quatre millions d'individus meurent chaque année des suites d'une maladie liée au tabac, dont la moitié dans les pays en développement. Les 900 millions de fumeurs qui vivent dans les pays en développement comptent pour 70 % de la consommation mondiale de tabac. Le tabagisme influe considérablement sur la pauvreté et la malnutrition dans les pays à faible revenu du fait que les familles démunies achètent un tabac favorisant l'addiction de préférence à la nourriture. La forte prévalence du tabagisme a de graves implications sur la pauvreté chez les hommes peu instruits et à faible revenu, ce qui augmente de beaucoup les risques qu'ils courent d'être affectés par une maladie grave ou de décéder prématurément.

Les mesures et initiatives destinées à aider les fumeurs à renoncer au tabac et à dissuader les autres d'y goûter constituent un élément important des campagnes nationales et internationales visant à améliorer la santé et le bien-être des plus démunis. C'est par le dialogue sur l'action à mener et la coopération technique et financière que les organismes d'aide peuvent favoriser l'évolution des mesures dans ce domaine, les plus importantes étant la hausse des taxes sur les cigarettes¹. L'interdiction (ou, en cas d'impossibilité, des restrictions sévères) de la promotion et de la publicité sur les cigarettes, un meilleur accès aux traitements de substitution à la nicotine et la restriction de l'exposition des fumeurs passifs. Des évolutions de ce type sont en marche, à des degrés divers, dans tous les pays membres du CAD.

Les maladies liées à l'alcool touchent chaque année entre 5 et 10 % de la population mondiale et la consommation d'alcool est la quatrième cause d'invalidité dans le monde. La consommation d'alcool augmente dans de nombreux pays en développement et, en Afrique subsaharienne, c'est une cause majeure de décès par blessure². La toxicomanie est également un facteur important responsable de mauvaise santé et de problèmes sociaux. L'achat d'alcool et de stupéfiants sur des revenus déjà insuffisants met en danger la sécurité économique des ménages et accroît le risque de pauvreté, au-delà de l'impact direct sur la santé.

1. Des études ont montré que pour chaque hausse de 10 % du prix des cigarettes par une augmentation des taxes, la consommation de tabac chute d'approximativement 5 à 8 %, les pays et les groupes les plus défavorisés se situant à l'extrême supérieur de la fourchette. La contrebande de tabac atténue cet effet, mais dans une faible mesure seulement. [Voir OMS (2002), *Improving Health Outcomes of the Poor*, rapport du Groupe de travail n° 5 de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève.]
2. Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (1996), *The global burden of disease*, Cambridge, MA : Harvard University Press. Reproduit dans "Deaths among men, attributable to and averted by alcohol, 1990", *British Medical Journal (BMJ)* 2002 ; pp. 325-964.

été ciblés sur les interventions au meilleur rapport coût/efficacité telles que les soins prénatals, obstétricaux et postnatals essentiels¹¹. La réussite des programmes dépend avant tout de l'efficacité des systèmes de santé, notamment des systèmes de réorientation des patients vers les services compétents. De fait, en renforçant les services de santé pour réduire la mortalité maternelle, on leur donne aussi les moyens de répondre à toute une série d'autres priorités sanitaires. Les organismes d'aide devraient s'efforcer de mieux soutenir les mesures qui visent à élargir l'accès aux services de santé maternelle, notamment en renforçant le système de santé dans son ensemble et en favorisant l'accès aux soins prénatals, une prise en charge par du personnel qualifié pendant le travail et l'accouchement, et l'accès à des soins obstétricaux d'urgence dans les hôpitaux locaux.

Dans l'optique de l'après-conférence du Caire¹², la santé génésique est une question transversale qui englobe un vaste ensemble de services et de programmes, y compris les stratégies de lutte contre le VIH/sida et en faveur de l'émancipation des femmes. L'accès à des services de bonne qualité, complets et respectueux de la personne, y compris dans le domaine du planning familial (les besoins restent largement insatisfaits en matière de contraception) est également essentiel pour donner aux femmes comme aux hommes les moyens de planifier leur existence et de dûment « investir » dans l'éducation et la santé de leurs enfants. Les interventions doivent s'appuyer sur une bonne compréhension des coutumes locales, des croyances traditionnelles et du statut social de la femme. Il faut par ailleurs accorder une priorité plus élevée à la santé sexuelle et génésique des adolescents, de même qu'à toutes les stratégies visant à repousser l'âge du mariage et de la naissance du premier enfant dans les pays concernés. D'où la nécessité d'interventions plus globales visant à responsabiliser les hommes et les femmes et à promouvoir l'éducation des femmes¹³.

Étendre les programmes visant à répondre aux besoins prioritaires des pauvres

Les interventions sanitaires ne doivent pas se limiter aux seuls problèmes de santé. Les programmes centrés sur les besoins prioritaires des pauvres en matière de santé doivent être étendus et mieux ciblés de façon à atteindre effectivement les pauvres et les plus vulnérables sur le plan social. La conjugaison de programmes élargis et mieux ciblés (comme indiqué ci-après) pourrait améliorer sensiblement la situation sanitaire des groupes économiquement faibles et réduire le risque de paupérisation induit par un mauvais état de santé. Les organismes d'aide devraient apporter leur concours aux initiatives suivantes :

- **Établissement d'une cartographie nationale et locale des maladies** sur la base d'enquêtes épidémiologiques pour faciliter la fixation des priorités, une meilleure compréhension de l'utilisation des services de santé et l'identification des facteurs qui interdisent l'accès à des services de santé de qualité.
- **Hiérarchisation des priorités tenant compte des attentes des pauvres**, et liée à des actions visant spécifiquement à remédier à leurs problèmes. Trouver des moyens de faire entendre la « voix des pauvres », à partir d'enquêtes et en s'assurant de leur participation active, est une solution ; une autre consiste à associer les responsables locaux à la conception et à l'analyse des enquêtes, puis à l'élaboration et au suivi des plans d'action mis en place en conséquence. C'est grâce à de telles approches que les programmes pourront être dûment appliqués et que les communautés locales seront en mesure de demander des comptes aux services de santé.

Des initiatives mondiales en faveur de la santé, telles que le Programme élargi de vaccination (PEV) ou l'initiative baptisée « Faire reculer le paludisme » de l'OMS, et l'Alliance mondiale pour la vaccination et la production de vaccins (GAVI), ont été lancées ces dernières années pour enrayer la propagation de maladies, en particulier chez les populations pauvres. Ces programmes ont, de fait, permis de faire reculer la prévalence des maladies. En outre, certaines de ces initiatives – comme le GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) – ont pu mobiliser des ressources supplémentaires auprès du secteur privé à l'appui de programmes ciblés¹⁴. Cela étant, l'effet à long terme de ces initiatives est moins évident. Elles pourraient contribuer davantage à l'amélioration de la santé des pauvres si elles s'inscrivaient dans une approche à long terme, privilégiaient la pérennité des résultats et contribuaient à la mise

Encadré 3. **Technologies de l'information et des communications (TIC) et systèmes de santé favorables aux pauvres**

Les systèmes de santé favorables aux pauvres peuvent bénéficier de l'amélioration et de la généralisation des TIC dans plusieurs domaines : éducation sanitaire, aide à la prestation des soins (logistique et diagnostic), partage des connaissances (sur les nouvelles pratiques adoptées ailleurs), diagnostic (notamment dans les hôpitaux universitaires et locaux) ; suivi et statistiques à l'appui de la prise de décision et de la gestion, et suivi des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs internationaux. C'est un terrain idéal pour la mise en place de partenariats public-privé dans une optique de modernisation technologique et de renforcement des capacités.

en place de systèmes nationaux. Il importe aussi de trancher sur un certain nombre de problèmes liés à la hiérarchisation des priorités, la coordination et le cofinancement.

Prestation des services dans des situations de partenariat difficile

Certains pays en développement se heurtent à plus d'obstacles que d'autres pour réussir à améliorer leurs services de santé, alors même que ce sont souvent ceux où le besoin s'en fait le plus sentir. Dans les pays où l'administration ne joue pas son rôle ou qui viennent de sortir d'un conflit, la mortalité maternelle et infantile est presque deux fois supérieure à celle d'autres pays à faible revenu, en partie parce qu'ils ne disposent que du tiers du nombre d'infirmiers par habitant et que deux fois plus d'habitants y vivent dans la pauvreté¹⁵. Dans ces pays, un ensemble défini de programmes ou d'activités donnera de meilleurs résultats à court terme grâce à l'utilisation sélective de programmes (verticaux) de lutte contre certaines maladies.

Dans un tel contexte, les programmes verticaux présentent l'avantage d'apporter des concours techniques et financiers ciblés sur des maladies prioritaires, comme le paludisme et la tuberculose, qu'il est ainsi plus aisé de combattre et de surveiller. Ces programmes peuvent être appliqués en partenariat avec des ONG locales, souvent mieux armées pour dispenser des services de santé généralistes et mettre en œuvre des programmes ciblés pour compenser des systèmes publics peu performants. Dans les pays en guerre, les « Journées de trêve », pendant lesquelles un répit est observé pour permettre la vaccination des enfants, qui ont été négociées à l'occasion d'un certain nombre de conflits semblent avoir eu des effets notables sur l'incidence de maladies comme la rougeole et la poliomyélite¹⁶. Une évaluation plus approfondie sur ce point est nécessaire.

La question de l'ordre dans lequel les mesures sont appliquées et le processus de renforcement des capacités dans le secteur de la santé sont encore plus déterminants dans les situations difficiles. En sus des programmes verticaux de nature à répondre aux besoins les plus immédiats des populations défavorisées, les mesures visant à renforcer et à développer les capacités des services de santé en général ne doivent pas être négligées. Elles doivent s'inscrire dans une approche à long terme, s'articulant autour de l'éducation et de la formation, du renforcement de la gestion et de l'appropriation du processus par les communautés et les soignants. Par rapport aux approches verticales, le renforcement des services de santé par l'intégration présente l'avantage de permettre des gains d'efficacité et des économies de gamme et d'échelle.

3.2. Atteindre les groupes particulièrement vulnérables

Il ne s'agit pas seulement de cibler les pauvres en général, il est également essentiel de prendre des mesures pour atteindre les plus démunis et les plus exposés d'entre eux. Il faut pour ce faire à la fois identifier les groupes les plus vulnérables et opérer un ciblage plus efficace. Tant que les services et les programmes ciblés sont de qualité suffisante pour attirer les groupes les plus pauvres, ils continueront d'être utilisés (voir section 3.3). Or, même si elles peuvent être efficaces, les stratégies de ciblage sont parfois délicates à mettre en œuvre sur le plan politique, et limitées en termes de couverture. Elles ne peuvent pas compenser la mauvaise répartition des ressources, courante dans les pays partenaires, et les organismes d'aide, dans le cadre du dialogue qu'ils entretiennent avec les gouvernements partenaires, devraient également exhorter ceux-ci à affecter des crédits budgétaires au bénéfice des groupes les plus démunis et vulnérables.

Identifier les groupes vulnérables

Il n'est pas toujours possible d'identifier ces groupes en fonction de définitions de la pauvreté qui reposent sur le revenu, car elles rendent rarement compte de la complexité du phénomène de la pauvreté ou de l'inégalité entre hommes et femmes. De même, il faut tenir compte du caractère parfois intermittent de la pauvreté, ou encore du risque de paupérisation qu'induit un mauvais état de santé. Il convient de collecter régulièrement des données reposant sur des enquêtes réalisées auprès des ménages, des indicateurs nationaux, des cartographies de la pauvreté, et des évaluations participatives de la pauvreté (PPA) pour dresser un tableau complet de la situation.

Pour élaborer des stratégies de ciblage, il est indispensable de disposer de données sur l'état de santé, les besoins en matière de services de santé, et les habitudes de fréquentation des services de santé par les groupes les plus vulnérables. L'expérience montre que parmi ces groupes figurent généralement les plus démunis (c'est-à-dire le quintile le plus pauvre de la population), les populations autochtones, les migrants, les adolescents, les réfugiés, et les groupes marginalisés sur le plan social comme les habitants de bidonvilles. Dans tous ces groupes, les femmes, surtout si elles sont veuves ou divorcées, représentent souvent une part disproportionnée, ou sont les moins bien loties. Ces groupes vulnérables sont souvent exclus des services dont bénéficie la population en général pour des raisons d'ordre culturel, administratif et/ou géographique. Les faits montrent en outre que le personnel soignant ne donne pas la priorité à ces groupes, qui peuvent même être dissuadés de recourir à leurs services. Des programmes de formation des travailleurs de la santé, qui insistent sur l'amélioration de l'écoute du patient, constituent un moyen d'ouvrir plus grand l'accès, dès lors que la rémunération et d'autres incitations à l'intention des personnels de santé sont prises en compte¹⁷.

Ciblage géographique des zones rurales et urbaines particulièrement exposées

Dans certains pays, les populations rurales isolées n'ont guère accès aux services publics de santé ou à des services individuels. Même si la pauvreté n'est pas toujours concentrée sur le plan géographique, l'établissement d'une cartographie de la pauvreté permet de mieux cibler les régions ou les communautés les plus exposées de façon à étendre la couverture des services, ou à subventionner des prestataires de services extérieurs au secteur public. Les pauvres vivant en milieu urbain peuvent être particulièrement vulnérables et n'avoir qu'un accès très limité aux services de santé qui répondent généralement aux besoins des nantis¹⁸.

Il convient donc d'identifier les groupes vulnérables en milieu urbain et de mieux comprendre leurs besoins en services de santé.

Autres stratégies de ciblage

D'autres stratégies de ciblage, qui se sont révélées efficaces dans certaines conditions, méritent de bénéficier durablement du soutien des organismes d'aide, sous réserve d'en poursuivre l'expérimentation ou d'en agrandir l'échelle. A titre d'exemple, la commercialisation sociale d'articles tels que les contraceptifs ou les moustiquaires imprégnées d'insecticide s'est avérée profiter principalement aux populations à revenu modeste ou intermédiaire. En association avec d'autres stratégies, elles ont montré qu'elles permettaient d'atteindre les populations les plus démunies. Le projet de commercialisation sociale KINET en Tanzanie, grâce auquel des coupons ont été distribués par l'intermédiaire des centres de protection maternelle et infantile, a permis aux femmes enceintes d'acheter une moustiquaire traitée à un prix préférentiel¹⁹.

Cibler les réfugiés

Les réfugiés ou les populations déplacées à l'intérieur d'un pays sont particulièrement exposés à la maladie ou susceptibles d'être en mauvaise santé. En périodes de conflit, la mortalité infantile augmente généralement (mais pas nécessairement), la lutte contre des maladies évitables (comme la rougeole) est souvent compromise, et la propagation du VIH/sida peut s'amplifier. La vulnérabilité des femmes et des jeunes filles s'accroît considérablement avec l'affaiblissement des structures économiques et sociales qui favorise les violences et les abus sexuels. En 2001, on estimait à 12 millions le nombre de réfugiés et à 5.3 millions le nombre de personnes déplacées à l'intérieur des pays à la suite de conflits violents²⁰. Ce sont autant d'individus qui n'ont plus accès à leurs services de santé habituels, alors que les services des communautés ou des pays d'accueil sont surpeuplés. Faire bénéficier ces groupes de services de santé – y compris de programmes de santé génésique²¹ – est une priorité. Des organisations humanitaires, essentiellement des ONG locales, mais aussi des ONG internationales et des organisations telles que le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Comité international de la Croix Rouge (CICR), sont souvent les mieux placées pour offrir rapidement de tels services en pareille situation. Il faut toutefois veiller dans ce cas à travailler au sein des systèmes existants et ne pas leur porter préjudice en créant des systèmes parallèles. Conformément aux recommandations de l'OMS, les organismes d'aide doivent apporter leur concours à l'identification précoce des plus vulnérables, au renforcement des systèmes de santé et à la stricte coordination des activités.

3.3. Accroître la demande et la participation aux niveaux de la communauté et des ménages

Accroître la demande de soins médicaux

Dans de nombreux pays, les services de santé, du secteur public formel en particulier, sont assez peu fréquentés. Les pauvres s'adressent de plus en plus souvent à des prestataires privés. On connaît de mieux en mieux les facteurs qui influent sur le comportement des pauvres vis-à-vis des services de santé, mais il faudrait en savoir plus, notamment au niveau national et local, pour faciliter la planification²². Si le coût joue un rôle majeur dans leur

décision de ne plus recourir au secteur public, il y a d'autres raisons importantes à cela, à savoir :

- **Difficultés matérielles d'accès et horaires d'ouverture peu commodes.** En Afrique subsaharienne en particulier, les pauvres, et surtout les femmes, se plaignent de l'éloignement des installations plus souvent que des problèmes de coût ou de qualité.
- **Coûts masqués du traitement.** Il s'agit des coûts d'opportunité correspondant au temps passé à se rendre sur les lieux, à attendre la consultation et à acheter les médicaments, ainsi que des coûts du transport, des médicaments (censés être gratuits, mais souvent non disponibles) et des paiements officieux demandés par les professionnels de santé ou autres personnels. Ce sont autant de dissuasions à se faire soigner, aggravées par une discrimination au profit de personnes de statut social plus élevé et capables de payer des pots-de-vin²³.
- **Matériel inadapté ou hors d'usage, et saleté des locaux.** La crise qui affecte les dépenses de santé dans le secteur public et le sous-financement chronique des services primaires et des coûts récurrents autres que les salaires ont encore exacerbé le problème dans de nombreux pays.
- **Absentéisme et pénurie de personnel.** Médecins et autres personnels de santé sont souvent absents de leur poste, parfois parce que leurs salaires sont insuffisants ou parce qu'ils n'ont pas été payés depuis plusieurs mois, de sorte qu'ils s'efforcent de trouver d'autres sources de revenu pendant leurs heures de travail.
- **Comportement du personnel médical et sanitaire.** La grossièreté et le manque de respect à l'égard des pauvres sont très répandus et sont déplorés presque universellement. Les services du secteur public sont souvent épinglés comme particulièrement insatisfaisants à cet égard. A titre d'exemple, les dispensaires et les hôpitaux publics en Éthiopie sont très mal classés du point de vue du comportement du personnel. Par contre, le personnel des ONG et les installations mises en place par les missions sont plus souvent citées comme assurant un meilleur traitement²⁴. De nombreuses études qui se sont intéressées à la faible fréquentation des services de santé formels par les femmes pauvres soulignaient l'importance pour elles d'être traitées avec tact et respect.
- **Qualité des services et disponibilité des médicaments.** Pour les pauvres, tous ces problèmes se conjuguent en une plainte générale quant à la qualité des soins. A titre d'exemple, à Borg Meghezel, en Égypte, la population bénéficie de soins médicaux censément gratuits, mais les villageois rapportent que « le dispensaire ne donne plus aucun médicament et que le médecin en a fait sa clinique privée »²⁵.

Pour ces raisons, et d'autres encore – comme le manque d'instruction et/ou une méconnaissance de la nature même des problèmes de santé, ou encore la faible priorité accordée aux besoins des femmes et des jeunes filles en matière de santé – les services de santé sont souvent peu fréquentés. Des mesures doivent donc être prises à cet égard, le principal objectif étant d'améliorer visiblement la qualité des services, ce qui aura pour effet de stimuler la demande et la fréquentation. A plus long terme, l'éducation des pauvres, en particulier des femmes, les aidera à être eux-mêmes demandeurs et à œuvrer pour que soient améliorées la couverture et la qualité des soins.

Favoriser la participation des communautés

- **Il est recommandé de recourir davantage à des mesures visant à améliorer l'accès à l'information et son utilisation au sein de la communauté.** La demande peut être

freinée par l'ignorance de ce qui est bon ou mauvais pour la santé, ou de ne pas savoir où se rendre pour bénéficier de soins préventifs ou curatifs. Il serait utile de prévoir des campagnes d'information ciblées faisant intervenir activement la population locale, un meilleur accès à l'information sur la qualité des prestataires et sur l'achat de biens et de services sanitaires, et des services de conseil pour aider les pauvres à faire des choix éclairés concernant les services de santé. Cela pourrait par exemple se traduire par l'affichage obligatoire et bien visible des prix dans les établissements de soins, la diffusion d'une information claire et simple sur la qualité technique des prestataires locaux, et des campagnes d'information permettant aux intéressés d'utiliser sans risque les médicaments vendus sans ordonnance et de savoir reconnaître les médicaments périmés ou de contrefaçon.

- **La mise en œuvre de programmes dans le but d'accroître le nombre d'agents sanitaires et de « facilitateurs » au sein des communautés peut être un moyen efficace d'apporter plus d'informations aux familles sur la promotion de la santé et les services de santé²⁶**, ce qui permet également aux services locaux d'obtenir en retour des renseignements sur les besoins et la demande des communautés, et notamment des groupes les plus vulnérables. L'état d'Andhra Pradesh en Inde a enregistré des succès notables dans les zones urbaines pauvres en recourant aux facilitateurs, en général des femmes choisies par la communauté, pour sensibiliser la population et faire office de relais entre les communautés et les services de santé. Les organismes d'aide devraient soutenir la poursuite de l'expérimentation et l'expansion de tels programmes.
- **Il convient en outre de donner plus d'importance à une participation réelle des communautés**, même si ces dernières ne sont pas des entités homogènes²⁷. Même si le secteur de la santé a été pendant de nombreuses années un espace privilégié d'expérimentation de nouvelles approches de participation de la société civile, les populations et les communautés défavorisées n'ont généralement guère de poids dans les décisions qui concernent la prestation de services de santé, alors qu'il serait souhaitable qu'elles soient en mesure de faire valoir leurs droits et d'exercer une influence sur les institutions publiques et mutations sociales qui affectent leur existence. Dans certains pays, la société civile n'a pas assez de poids pour remédier aux défaillances des services publics de santé, et les réformes de la santé sont décidées sans consulter suffisamment les intéressés au plan local.
- **Il est essentiel d'écouter la voix des pauvres, en particulier celle des femmes, et d'en tenir compte** dans l'affectation des ressources et dans la conception, le contenu et le financement de services de santé favorables aux pauvres. L'expérience a montré que la participation communautaire et l'appropriation des services de santé peuvent contribuer à faire remonter les taux de fréquentation, à améliorer la satisfaction et l'information des patients, et à renforcer les capacités des communautés.
- **L'intérêt s'est également tourné vers les groupes de la société civile qui peuvent contribuer à responsabiliser davantage les services de santé, tant publics que privés.** La participation active des communautés peut être un moyen efficace d'améliorer la performance des services de santé situés dans des zones éloignées et de resserrer les liens avec eux, ce qui peut aussi favoriser une amélioration globale de la gouvernance, sous réserve que cette participation ne soit pas accaparée par les élites au détriment des intérêts des plus démunis, et en particulier des femmes. La participation des communautés et des organisations de la société civile peut également être un moyen de mieux défendre les intérêts des pauvres, qui n'ont pas facilement accès, quand ils y ont

accès, aux voies de recours juridiques ou autres moyens de réparation. Au Zimbabwe, par exemple, un regroupement de représentants de la société civile émanant d'organisations syndicales, d'ONG et d'associations informelles a participé au contrôle des mesures adoptées et des dépenses réalisées dans l'ensemble du secteur de la santé²⁸.

- **La stratégie de lutte contre la pauvreté, qui encourage la participation des communautés** et des diverses parties prenantes au plan local, doit bénéficier constamment des informations recueillies auprès des professionnels du secteur de la santé, dans le cadre d'une approche plus générale de la participation. En outre, une meilleure éducation, surtout pour les femmes, aura pour effet de favoriser une utilisation adéquate des services, et de donner aux communautés la possibilité de faire connaître leurs besoins aux autorités nationales et locales.

4. Pluralisme des prestataires et difficultés inhérentes à la prestation des services de santé

La prestation des services de santé se diversifie de plus en plus. Dans nombre de pays, notamment en Afrique subsaharienne et dans les régions les plus pauvres d'Asie, les services de santé sont majoritairement assurés par le secteur privé (voir l'encadré 4). Dans de nombreux pays aussi, en particulier dans plusieurs pays en transition comme la Chine et certaines régions des nouveaux États indépendants issus de l'ex-Union soviétique, les personnels de santé du secteur public vendent leurs services et s'apparentent de fait à des prestataires privés. Les usagers sont ainsi confrontés à une offre de plus en plus diversifiée où coexistent de multiples prestataires. S'ils sont généralement regroupés sous l'appellation globale de « secteur privé », il faut souligner l'hétérogénéité de cette offre « privée » et, en même temps, les enjeux qui en découlent sur le plan de la stratégie et de l'action des pouvoirs publics.

4.1. Fréquentation des services du secteur privé

L'usage que font les populations pauvres des services dispensés par le secteur privé à but lucratif et sans but lucratif varie entre les pays et au sein des pays. Des exemples montrent l'usage extensif que peuvent faire les pauvres de tels services²⁹. On observe des taux élevés de fréquentation des services de santé génésique et de santé infantile dans certains pays³⁰. Dans d'autres pays, toutefois, le secteur public est le principal pourvoyeur de services de santé de base et de prévention, les services privés étant plutôt fréquentés pour les soins curatifs aux adultes. Les pauvres utilisent ces services privés soit en remplacement soit en complément des services du secteur public³¹. Dans certains pays, ce sont les femmes et les jeunes filles pauvres qui sont le plus susceptibles de faire appel à ces services car ils sont plus commodes ou plus accessibles, et qu'elles y sont traitées avec plus de respect. Il est parfois plus facile aux femmes de s'y rendre sans escorte masculine, surtout lorsqu'il arrive qu'il y ait une discrimination entre hommes et femmes, les praticiens professionnels traitant de façon privilégiée les hommes et les garçons, les femmes et les jeunes filles étant laissées au personnel non qualifié ou aux praticiens de la médecine indigène traditionnelle. Dans tous les pays, l'achat de médicaments à des vendeurs locaux ou itinérants est souvent la solution la plus élémentaire pour les pauvres, même s'il n'existe guère de données d'observation sur les types de services privés le plus utilisés par les pauvres, et dans quel ordre de préférence.

Les raisons de la multiplication des prestataires privés varient d'une situation à l'autre, mais sont généralement en rapport avec les difficultés que rencontrent les services publics évoquées à la section 3.3. On a pu observer dans des pays comme la Chine, où la nature des

Encadré 4. Qu'est-ce que le secteur privé dans le domaine de la santé ?

Les opinions divergent quant à la définition du secteur privé. Pour certains, il se limite aux activités à but lucratif. Pour d'autres, au contraire, le secteur privé désigne une variété de prestataires de services de santé qui travaillent en dehors du secteur public à proprement parler, que leur vocation soit commerciale ou philanthropique. C'est cette définition plus large qui est adoptée ici. Le secteur privé englobe des prestataires agréés ou non, qui travaillent dans le cadre de structures organisationnelles ou contractuelles diverses :

- Entrent dans la catégorie des prestataires sans but lucratif les ONG et les organisations religieuses, qui gèrent des dispensaires offrant des soins primaires et des hôpitaux de niveau secondaire. Nombre de ces organisations, qui proposent des services dans des régions rurales mal desservies, bénéficient de financements extérieurs et fonctionnent dans le cadre (par exemple) d'un contrat ou d'un accord conclu avec les pouvoirs publics.
- Tout un éventail d'organisations communautaires sans visée lucrative, de groupes de la société civile, de groupes de bénévoles et d'autres institutions caritatives fournissent aussi des services de santé et de soutien, formels ou non, et peuvent intervenir dans des activités de sensibilisation et de conseil ou dispenser des soins à domicile. L'épidémie de VIH/sida a entraîné la création d'un grand nombre de petits groupes informels qui apportent une aide précieuse aux personnes porteuses du VIH/sida.
- Le secteur à but lucratif regroupe les praticiens de la santé ou le personnel paramédical qui travaillent à leur compte et dans des organismes à caractère commercial tels que cliniques, hôpitaux, pharmacies et laboratoires. Leur exercice est généralement soumis à autorisation, mais le respect de la loi n'est pas toujours rigoureux. Une forte proportion de ces praticiens privés travaillent aussi pour l'État. Les pharmaciens sans licence et les vendeurs de médicaments dans la rue constituent souvent la première ligne des services de santé dans de nombreux pays. Ils se chiffrent souvent en milliers, travaillent chez eux ou sur de petits étals au marché et fournissent toute une gamme de biens médicaux tels que médicaments (sur ordonnance ou pas) et des contraceptifs.
- Enfin, il existe de nombreux praticiens communautaires traditionnels, comme les matrones ou les guérisseurs, qui relèvent de la médecine indigène. Ils peuvent faire payer leurs services, accepter des paiements en nature, ou proposer des services de troc. Le plus souvent, leur exercice n'est pas réglementé par les autorités, mais certains pays ont créé des associations de praticiens agréés.

services publics a radicalement changé et où le commerce privé s'est rapidement développé, une généralisation de l'automédication dans tous les groupes socio-économiques. En conséquence, les pharmacies commerciales, les officines et les vendeurs locaux de médicaments absorbent aujourd'hui une part importante des dépenses de santé des ménages.

Comme indiqué précédemment, la relation entre secteur public et secteur privé n'est pas simple et la frontière entre les deux devient de plus en plus « poreuse ». Il arrive fréquemment que le personnel de santé du secteur public exerce dans le privé, et fasse payer ses services, souvent sans être officiellement agréé ou supervisé. Les établissements du secteur public souffrent d'un sous-financement chronique et le personnel doit bien souvent vendre ses compétences et ses services pour gagner sa vie. C'est notamment le cas en Ouganda³². En Chine, depuis la décentralisation budgétaire, seulement 15 % environ des salaires des personnels de santé sont financés par des crédits publics et le reste doit être

couvert par la vente de médicaments ou d'autres services³³. Le secteur public dans certains pays ressemble de fait à un secteur privé recevant des aides publiques.

Dans les pays qui connaissent quelques problèmes de gouvernance et où le secteur public de la santé est soumis à de fortes contraintes, la prestation des services de santé revêt souvent un caractère très pluraliste, et la compétence des prestataires n'y est guère contrôlée³⁴. En conséquence, la capacité du secteur privé à fournir des services adaptés et de qualité est fort variable. Cette pluralité a l'avantage de permettre aux prestataires, à but lucratif ou non, de proposer des services que le secteur public ne serait pas en mesure de fournir, ce qui en étend la couverture à l'ensemble de la population, pauvre ou non. D'un autre côté, dans des situations difficiles, les plus démunis n'ont souvent pas assez d'argent pour bénéficier des services de qualité dispensés dans le secteur commercial, ou n'ont pas accès aux services du secteur non lucratif dont l'offre dépend des financements reçus.

4.2. Nouer des partenariats avec le secteur privé

Les gouvernements doivent donc s'engager plus résolument aux côtés du secteur privé pour garantir que celui-ci concourt à la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé des pauvres. Le type de relation qui peut être bâtie dépend de l'analyse contextuelle des schémas d'utilisation, du poids relatif et de la qualité des différentes catégories de prestataires, et de la capacité des autorités à se doter de mécanismes efficaces de réglementation et de passation de marchés, notamment. Une large palette d'approches a été appliquée jusqu'ici³⁵, allant de la coopération avec les praticiens du secteur informel à l'offre de formation et de fournitures, en passant par la délégation à des organismes privés des actes diagnostiques (services de laboratoires et d'imagerie, par exemple) ou encore la sous-traitance des services. Certaines de ces stratégies peuvent offrir des modèles utiles à reproduire dans d'autres pays par l'État ou les organismes d'aide, à condition que la situation sanitaire des groupes vulnérables soit dûment évaluée. Par exemple :

- **L'octroi de subventions publiques à des prestataires non publics** est un bon mécanisme de nature à rehausser la qualité et l'accessibilité des services dans les zones mal desservies. Au Cambodge, il a été tenté à titre expérimental de sous-traiter l'offre de services spécifiques ou des services pour une zone entière. Un programme pilote évaluant différents modèles de sous-traitance des services à des ONG a montré que c'était lorsque les ONG s'étaient vu confier la responsabilité du recrutement et de la gestion du personnel que l'utilisation des services avait le plus augmenté³⁶. En Afrique subsaharienne, des accords ont été passés avec des organisations religieuses qui fournissent l'essentiel des services dans certaines régions. Dans d'autres pays, ce sont les ONG qui assument cette fonction. Ainsi, au Brésil, la BEMFAM est le principal prestataire de services de santé génésique de qualité dans les localités rurales et urbaines pauvres. La quantité et le niveau de qualité des services doivent être précisés dans les accords, la prestation des services doit faire l'objet d'un suivi et les capacités doivent être renforcées dans les zones déclarées prioritaires au plan national. Les organismes d'aide peuvent favoriser ce type de partenariat public-privé en contribuant à renforcer les capacités de passation des marchés et de suivi.
- **La collaboration avec des prestataires informels et des prestataires à vocation commerciale**, en formant par exemple des matrones ou d'autres praticiens de médecine indigène, est une des initiatives soutenues par les organismes de coopération pour le développement, mais elle a eu des résultats contrastés. Plus récemment, l'épidémie de sida a conduit à la mise en place de programmes novateurs, comme la formation de

pharmaciens non diplômés comme éducateurs sanitaires au sein de la communauté (en raison des contacts fréquents qu'ils ont avec les jeunes et les hommes) ou l'approvisionnement des commerces de détail en médicaments préconditionnés contre les MST. Les guérisseurs traditionnels assument aussi d'importantes fonctions en ce qui concerne les soins à domicile dispensés aux porteurs du virus et aux malades du sida dans les pays très touchés d'Afrique³⁷. La formation a permis d'améliorer les compétences des prestataires privés en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose en Inde, et au Kenya d'approvisionner en quantité suffisante les commerces de détail en médicaments contre le paludisme. Les organismes d'aide doivent prendre en compte les expériences menées dans ce domaine et apporter leur soutien à des analyses d'impact sur la situation sanitaire des pauvres et des plus vulnérables.

- **L'instauration de cadres réglementaires.** La plupart des pays sont dotés d'un cadre réglementaire quelconque (sauf lorsqu'il a disparu, dans les États en difficulté ou en faillite totale, ou bien lorsqu'il est en cours de renégociation du fait de la transition, comme en Chine). Cependant, son application laisse généralement à désirer. En Inde, le Consumer Protection Act (COPRA) a tenté de mettre en place une voie de recours juridique, mais son impact reste jusqu'ici limité. Cette loi permet de poursuivre en justice des praticiens privés, mais les chances d'obtenir gain de cause sont faibles (de l'ordre de 30 %) et le recours est de fait l'apanage d'une élite économique. L'information à la disposition des consommateurs s'en est néanmoins trouvée améliorée³⁸. L'instauration de cadres réglementaires n'est toutefois pas nécessairement la solution la plus adaptée à des situations évolutives. En Thaïlande, par exemple, en période d'essor économique, la politique mise en œuvre, qui encourageait la construction d'hôpitaux par le secteur privé en l'absence d'un cadre réglementaire adapté, a eu des retombées négatives sur le secteur public de santé (fuite des cerveaux vers le secteur privé et accumulation d'équipements modernes coûteux et sous-utilisés)³⁹. Pour garantir que les initiatives du secteur privé contribuent à la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé publique, on peut avoir recours à divers mécanismes où intervient tout l'éventail des parties prenantes qui permettent d'instaurer un système de contrôle efficace et de rétablir l'équilibre sans pour autant réduire à néant les initiatives du secteur privé. Les organismes d'aide peuvent favoriser l'échange d'expérience entre pays en matière de gestion du secteur privé tout en contribuant à renforcer les capacités dans le domaine de la réglementation.
- **D'autres stratégies** de coopération avec le secteur privé ont démontré leur efficacité, à savoir : les programmes de commercialisation sociale, qui permettent d'accroître l'offre et la demande de produits de base comme les contraceptifs, la collaboration avec la société civile en vue de responsabiliser davantage les services de santé, et l'amélioration de l'accès à l'information sur la performance des prestataires, comme le décrit la section 3.3.

4.3. Approches de l'aide fondées sur les résultats

La Banque mondiale expérimente actuellement un nouveau type de lien contractuel : une approche de l'aide basée sur les résultats (voir l'encadré 5).

Encadré 5. L'aide basée sur les résultats

Le recours éventuel à des formes d'aide basée sur les résultats (OBA) dans le secteur de la santé, aux termes desquelles les organismes d'aide ou les gouvernements délégueraient la prestation de services au secteur privé (à but lucratif ou non) avec des résultats précis à la clé suscite un débat grandissant. L'OBA est un des moyens par lesquels les pouvoirs publics peuvent financer l'offre de services par des prestataires privés, à ne pas confondre avec l'approche plus classique consistant à financer ou à subventionner le coût estimé des moyens de production. C'est pourtant cette dernière approche que les organismes d'aide soutiennent déjà depuis quelque temps car elle a souvent contribué à assister les populations pauvres dans les régions desservies et dans des conditions défavorables. L'OBA a pour objectif de renforcer les incitations à l'efficacité, de faire la transparence sur l'utilisation qui est faite des ressources publiques et d'élargir les possibilités de mobiliser des financements de source privée. Les partisans de cette approche font valoir que la probabilité d'obtenir les résultats escomptés est augmentée du fait que le paiement est conditionné à la réalisation d'objectifs définis, et qu'elle est favorisée par la concurrence qui s'exerce sur le marché. Il n'y a toutefois pas unanimité sur le bien-fondé de cette formule et sur la nature des services auxquels elle doit s'appliquer. Se posent également des difficultés comme celles qui font débat dans les pays de l'OCDE quant aux avantages et aux inconvénients du financement forfaitaire. Dans les pays où l'administration ne joue pas pleinement son rôle, ce peut être une source de contournement de la loi ou de fraude. Cette formule est sans doute plus facilement applicable lorsque les résultats attendus sont facilement définissables et que la relation de causalité avec l'effet sur la santé est prouvé (par exemple la vaccination). Là où elle sera appliquée, l'OBA devra être intégrée au programme sanitaire global.

5. Mettre au point des systèmes de financement de la santé équitables

5.1. Financement de la santé et protection sociale

Le financement de la santé doit avoir pour objectif d'assurer la continuité des crédits, d'offrir aux prestataires des incitations adaptées et de faire en sorte que toute la population ait accès à des services de santé publique efficaces et à des soins à la personne. Les ressources qui sont actuellement consacrées à la santé dans les pays en développement sont insuffisantes pour financer un système de santé qui couvre les besoins des populations pauvres. Il est possible d'accroître quelque peu les dépenses publiques consacrées à la santé par une réaffectation des crédits budgétaires, des gains d'efficacité et la réutilisation des fonds dégagés par les allègements de dette. Les pays les plus pauvres demeurent toutefois dans l'incapacité d'accorder suffisamment de ressources à la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé des pauvres sans un accroissement substantiel du financement extérieur.

- **Les systèmes de financement du secteur de la santé influent considérablement sur la protection de la santé.** Une stratégie de financement équitable doit assurer la protection financière de chacun, et faire en sorte que les pauvres ne se trouvent plus exposés à l'incapacité de payer leurs soins ou au risque de s'en trouver très appauvris. La conception et la mise en œuvre des mécanismes de financement de la santé sont du ressort de plusieurs ministères en plus du ministère de la Santé, comme ceux des Finances, de la Protection sociale et de la Sécurité sociale. Le dialogue entre les principaux intervenants, y compris les organismes d'aide, qui œuvrent à préserver l'accès des pauvres à la santé est essentiel.

- **Le mode de financement des systèmes de santé a d'importantes répercussions sur l'égalité entre les hommes et les femmes.** Les femmes ont moins accès à un revenu personnel (elles sont donc moins à même de payer les soins ou les cotisations d'assurance) et la part du revenu du ménage consacrée à leurs besoins est moins élevée. En outre, elles sont pénalisées par les systèmes d'assurance et autres prépaiements (calcul du risque actuariel, exclusion de la maternité), alors que leurs besoins – notamment en ce qui concerne les services de santé génésique – sont importants.
- **La question du financement des systèmes de santé n'est pas éloignée de la question plus générale de la protection sociale,** qui est elle-même liée à la stabilité macroéconomique des économies nationales. Les mesures de protection de la santé doivent être élaborées et mises en œuvre de façon à assurer aussi une protection contre les « chocs »⁴⁰ susceptibles de conduire à la pauvreté et, du même coup, d'aggraver l'état de santé. Les pauvres et les plus vulnérables au sein de la société sont exposés à de multiples risques de différentes sources, qui appellent différents types d'instruments et de stratégies de gestion des risques pour des populations données (au niveau familial, communautaire ou par le biais des ONG, des institutions de marché ou des organismes publics)⁴¹. En particulier, les familles pauvres doivent hiérarchiser leurs priorités en matière de dépenses ; la part de leur budget qu'elles peuvent consacrer aux soins médicaux dépend du montant qu'elles réservent pour d'autres dépenses stratégiques sur le plan social, comme l'éducation, ainsi que du montant disponible pour les besoins essentiels de subsistance.
- **Les services de santé – qu'ils soient publics ou privés – sont financés par divers mécanismes.** Étant donné la faiblesse des dépenses publiques de santé dans de nombreux pays partenaires, les versements directs (paiements directs des soins) peuvent représenter entre 20 et 80 % des dépenses de santé⁴². L'expérience a montré que l'obligation de payer les soins au moment où intervient la maladie limite l'accès des pauvres aux services de santé et peut priver de soins essentiels les segments les plus pauvres de la société. Même les ménages à revenu moyen risquent de s'appauvrir si un membre de la famille souffre d'une maladie grave nécessitant des soins coûteux, ou si l'un des apporteurs de revenu ne peut plus travailler parce qu'il est malade.

5.2. Partage des risques et prépaiement

La mutualisation consiste à accumuler et à gérer les recettes de telle sorte que le risque de devoir payer des soins médicaux soit réparti entre tous les membres du groupe. On lui attribue généralement une « fonction d'assurance », que l'assurance soit explicite (les gens souscrivent un contrat d'assurance) ou implicite (en cas de financement par l'impôt). Le prépaiement et la mutualisation des risques prédominent dans les pays développés où les recettes sont collectées par l'impôt général ou l'assurance sociale, et où les assurés sont très nombreux, mais ces formules sont rares dans les pays à faible revenu – et pour les pays partenaires, la mise en place d'importantes mutuelles, bénéficiant de subventions croisées, ou de caisses multiples bien réglementées, serait un grand pas en avant. Toute stratégie de financement de la santé doit donc avoir pour but de créer des conditions favorables à la mise en place des formules de mutualisation les plus étendues⁴³.

La faisabilité de la mutualisation ou du partage des risques dépend du contexte propre au pays. Dans de nombreux pays à faible revenu qui n'ont pas les moyens organisationnels, financiers ou institutionnels de mettre en place des mutuelles suffisamment importantes, les responsables doivent s'efforcer, avec le concours des organismes d'aide, d'en favoriser

la création. Même de petites caisses mutuelles sont préférables à un système de paiement direct. Les organismes d'aide peuvent favoriser l'instauration de formules de contributions liées à l'emploi et de régimes communautaires ou de systèmes de prépaiement définis par le prestataire, ce qui serait une étape transitoire avant la mise en place d'un dispositif de mutualisation des risques plus étendu ou de subventions plus ciblées. Certains pays, dont la Chine, expérimentent actuellement des dispositifs de protection médicale des ménages ruraux dans certaines régions pauvres pour couvrir les coûts entraînés par des maladies graves, en particulier les frais d'hospitalisation des plus défavorisés.

Les dispositifs communautaires – gérés par la communauté ou par des ONG et établis à l'intention des habitants d'une localité donnée – doivent avoir pour objet de promouvoir la solidarité et d'y faire appel, de sorte que le plus grand nombre en soit bénéficiaire et que soient instaurés des mécanismes de contrôle. Dans certains cas, il est possible d'inclure une assurance maladie dans les programmes d'organismes communautaires à visée plus générale, notamment des dispositifs générateurs de revenus. Un des avantages est que ces organismes ont généralement une plus grande capacité de gestion. Quant aux systèmes de micro-assurance – formules d'assurance volontaire où la plupart des participants sont pauvres, voire en dessous du seuil de pauvreté – ils sont de plus en plus nombreux, et l'expérience pourrait utilement être reprise⁴⁴. Les dispositifs communautaires ont donné quelques résultats à petite échelle, mais de nouvelles évaluations et un effort de reproduction à plus grande échelle sont nécessaires avant d'en tirer des conclusions définitives.

Dans les pays les plus pauvres, où la mutualisation des risques ne peut pas à elle seule apporter une protection sociale suffisante, les crédits du secteur de la santé – complétés par des apports extérieurs ou le transfert de ressources dégagées par l'allègement de la dette au profit du secteur de la santé – doivent jouer un rôle dans l'avenir proche, à condition que ces ressources supplémentaires soient allouées à la protection des plus pauvres. Dans les pays à revenu intermédiaire, il pourrait être envisagé d'étendre le financement de la santé par l'impôt. Ou encore de renforcer et d'étendre les formules d'assurance maladie obligatoire liées à l'emploi pour en faire bénéficier un plus grand nombre de travailleurs du secteur informel en subventionnant leur participation aux frais.

5.3. Partage des coûts et paiements directs

Dans de nombreux pays partenaires, le manque de ressources et le souci d'améliorer l'efficacité des services du secteur public ont conduit à des réformes du financement de la santé qui privilégient les objectifs de génération de revenus et d'efficacité au détriment des objectifs d'équité. C'est la raison pour laquelle le paiement direct a été instauré, ou s'est généralisé. Maintenant que la lutte contre la pauvreté devient l'axe majeur de la politique publique, les ministères de la Santé et des Finances s'intéressent de plus en plus aux répercussions de ces paiements directs sur les pauvres.

Dans le secteur public, il apparaît que les paiements directs par l'utilisateur dissuadent les pauvres d'avoir recours aux services de santé et que les systèmes d'exemption ne permettent pas d'identifier les pauvres et de les affranchir des conséquences de cette contribution financière⁴⁵. La fréquentation des services primaires par les pauvres est déjà influencée par le temps qu'ils y perdent, les coûts d'opportunité, et le paiement direct par l'utilisateur a pour effet de le dissuader encore plus. La suppression des paiements directs en Ouganda dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté a entraîné une forte augmentation de la fréquentation des services par les pauvres, même s'il n'en a pas été de même en Afrique du Sud avec la gratuité des services de protection maternelle et

infantile⁴⁶. Cependant, étant donné que les dépenses publiques sont actuellement trop faibles pour financer les services de santé essentiels, et que les dépenses privées représentent plus de la moitié des dépenses de santé dans de nombreux pays, le paiement direct à l'acte reste une composante importante de la politique de financement de la santé dans la plupart des pays à faible revenu. Le paiement direct (selon la formule du ticket modérateur) est, à des degrés divers, la règle dans les pays de l'OCDE. De fait, les restrictions budgétaires et les pressions politiques ont parfois conduit au rétablissement des paiements directs dans certains pays partenaires⁴⁷.

Le paiement direct est donc une formule à considérer avec prudence si le but poursuivi est d'assurer l'accès des populations pauvres à des services de santé de qualité. En y accordant l'attention nécessaire, des approches mixtes adaptées au contexte national peuvent être une solution. Sous réserve des contraintes budgétaires, de telles approches peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Gratuité des services médicaux primaires.** Il est extrêmement important pour les pauvres d'avoir accès aux soins médicaux primaires. Au niveau primaire, les paiements directs suffisent rarement à générer des ressources susceptibles d'entraîner une amélioration durable de la qualité des services. Comme indiqué précédemment, le fait de favoriser la gratuité des services à ce niveau en élargirait l'accès.
- **Gratuité des services pour des groupes ou communautés ciblées.** L'identification de groupes et de communautés extrêmement vulnérables a été évoquée à la section 3. Il peut être très efficace de proposer des services gratuits à des groupes cibles comme les populations indigènes, les adolescents ou les réfugiés pour améliorer leur accès aux services. De même, le fait de recenser les communautés ou les régions très pauvres en vue de les faire bénéficier de services gratuits est un autre moyen d'en améliorer l'accès.
- **Gratuité des services pour des maladies ou des états pathologiques prioritaires.** Certains états ou maladies sont responsables d'une part importante de la charge de morbidité des pauvres. Leur diagnostic et leur traitement pourraient être exonérés de paiement, indépendamment des établissements de soins où les interventions sont requises. A titre d'exemple, le fait d'exonérer de paiement les soins aux enfants, les soins obstétricaux et les soins de santé génésique, ainsi que le traitement des MST et de la tuberculose, aurait un impact notable sur la situation sanitaire des pauvres. Les critères d'exonération seraient déterminés en fonction de la cartographie locale des maladies et des besoins prioritaires des groupes défavorisés. Cette stratégie, appliquée au Ghana, a abouti à une meilleure couverture des interventions exonérées, même si l'enveloppe budgétaire permettant de financer ces exonérations était inadéquate⁴⁸.
- **Exonération applicable aux services hospitaliers (niveau secondaire ou local).** Les coûts élevés d'une hospitalisation, même dans les hôpitaux locaux, sont également une source majeure d'appauvrissement. Il est essentiel de mettre en place des systèmes d'exonération applicables aux groupes vulnérables, mais qui s'étendent à ceux qui sont au-dessus du seuil de pauvreté et qu'une hospitalisation pourrait faire basculer dans la pauvreté. Des pays comme l'Ouganda et le Bangladesh expérimentent des systèmes d'exonération des frais d'hospitalisation ou de subventionnement croisé des patients les plus démunis par les patients du privé.
- **La facturation des services dispensés dans des hôpitaux universitaires ou très spécialisés à ceux qui peuvent payer,** et qui sont généralement ceux qui en font une utilisation plus que disproportionnée, ne doit pas être subventionnée par des fonds

publics. La suppression ou la forte diminution de ces subventions publiques se heurtera nécessairement à une résistance politique des groupes les plus favorisés. Mais lorsque les pauvres sont aiguillés vers des structures de niveau tertiaire, il est évident qu'une forme d'exonération est souhaitable.

Certains pays tentent de mettre au point des systèmes d'exonération objectifs qui n'aient pas d'effet stigmatisant pour les populations cibles, afin de permettre un relatif recouvrement des coûts tout en préservant l'accès des pauvres aux services. Dans le secteur des ONG, la participation des communautés, le suivi qu'elles exercent et leur rôle dans la fixation du niveau des tarifs ont permis de mieux équilibrer équité et efficacité (voir l'encadré 6). Les organismes d'aide pourraient soutenir des approches plus novatrices du recouvrement des coûts et de l'assurance sociale, tout en renforçant les capacités d'analyse de leur impact social afin de faciliter la détection rapide de tout effet pervers sur les pauvres, et sur les femmes en particulier⁴⁹.

Encadré 6. **Les services de santé de l'Aga Khan : une expérience de paiements directs**

Les services de santé de l'Aga Khan (AKHS), au Pakistan, regroupent un réseau de centres de soins primaires et de centres d'aiguillage de premier niveau dans les régions du Nord et le District de Chitral. Ces services visent à répondre aux besoins des femmes et des enfants en matière de santé dans les villages reculés qui vivent principalement de l'agriculture de subsistance. Ils ont été conçus en concertation étroite avec les communautés, qui ont apporté une contribution en nature à la construction des centres et qui nomment les personnes appelées à recevoir la formation d'agents de santé communautaires de l'AKHS. La plupart des services sont payants. Les tarifs varient toutefois selon les communautés et font l'objet de négociations avec chacune d'entre elles. Dans la négociation, les responsables de la communauté cherchent à trouver un juste équilibre et à fixer le tarif à un niveau abordable pour le plus grand nombre dans un village donné, mais qui progressivement contribuera à couvrir une part croissante des coûts directs de fonctionnement associés à la prestation du service. Certains des villages les plus prospères ont fixé des tarifs qui ont permis à la communauté de couvrir ces coûts en l'espace de cinq ans. Pour la plupart des villages, il est admis entre les responsables du village et l'AKHS que le laps de temps nécessaire est plutôt de l'ordre de 10 à 15 ans. Dans l'intervalle, l'AKHS subventionne le service.

L'expérience montre à ce jour que cette approche permet d'étendre la couverture à la plupart des membres d'une communauté, mais n'assure pas suffisamment l'accès des services aux ménages les plus pauvres de certains villages. Pour atteindre les populations très démunies, les responsables du village doivent mettre en place une politique d'aide sociale que soutient l'AKHS et qui consiste à l'heure actuelle à exonérer du paiement les familles particulièrement défavorisées. Cette politique est toutefois menacée par les fluctuations de la performance économique des régions et par le caractère saisonnier des revenus. D'autres approches, y compris des contributions par habitant des régions les plus pauvres versées par le ministère de la Santé à l'intention des plus pauvres, sont à l'étude.

Les stratégies qui visent à réduire la charge financière directe que représentent les soins médicaux doivent s'étendre aussi aux rémunérations officielles qu'exigent les personnels de santé. Celles-ci sont souvent supérieures à la rétribution officielle, elles sont le fait des personnels annexes (comme les responsables du nettoyage) et des soignants, et sont très dissuasives pour le patient. La publication et l'affichage des tarifs officiels, une

plus grande participation de la communauté à la gestion des antennes sanitaires et une meilleure gouvernance sont autant d'éléments qui permettraient d'atténuer le problème. Il importe également d'aborder la question des incitations à donner au personnel du secteur de la santé.

Notes

1. Au Mali, par exemple, les communautés se sont vu octroyer le droit de recruter elles-mêmes des travailleurs sanitaires et de négocier les conditions, ce qui a eu, entre autres bienfaits, celui de responsabiliser ces travailleurs vis-à-vis de la population locale.
2. La modernisation des réseaux d'information et de communications (grâce aux TIC) peut favoriser la création de réseaux sociaux et économiques puissants et contribuer à l'amélioration des systèmes de santé. Voir le Point 7 du Plan d'action de Gênes élaboré par le groupe d'experts (GEANT) du G8 « Promouvoir l'utilisation des TIC au service de la santé publique ».
3. A titre d'exemple, le Ghana a décentralisé avec succès la gestion des services de santé en renforçant les systèmes de gestion au niveau des districts et en restructurant le ministère de la santé. L'instauration à tous les niveaux d'un encadrement solide regroupant des médecins-gestionnaires a été un élément important dans cette réussite, tout comme l'ont été le financement extérieur à long terme et l'offre de conseils techniques.
4. Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (dir. pub.) (1996), *Global Health Statistics* (Global Burden of Disease and Injury Series, volume II), Cambridge, Massachusetts.
5. Prabhat, J. et F. Chaloupka (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Banque mondiale, Washington.
6. On entend généralement par mortalité maternelle le décès pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de la grossesse, pour toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle.
7. UNICEF (1996), *The Progress of Nations*, UNICEF, New York.
8. Alan Guttmacher Institute (1999), « Abortion in Context: United States and Worldwide », *Issues in Brief*, Series No. 1, Alan Guttmacher Institute, États-Unis.
9. Groupe Interorganisations sur une maternité sans risque, « Implementing the Safe Motherhood Action Agenda: A resource guide » *Safe Motherhood Resource Guide*. Accessible à l'adresse : www.safemotherhood.org/smrg/overview/overview.htm
10. Ashford, L. (2002) « Hidden Suffering: Disabilities From Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries », *Health Reports*, Population Reference Bureau.
11. Groupe Interorganisations sur une maternité sans risque, *op. cit.*
12. La Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994.
13. FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) (1999), « Six milliards, l'heure des choix », (chapitre 3, Santé et droits en matière de reproduction), *État de la population mondiale 1999*, FNUAP, New York.
14. D'après les engagements annoncés, le GFATM devrait recevoir approximativement 2.2 milliards USD, dont un peu moins de 5 % proviennent de donateurs privés.
15. OMS (2002), *Improving Health Outcomes of the Poor*, rapport du Groupe de travail n° 5 de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève.
16. OMS (2002), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, Genève.
17. Vlassoff, C. (2001), « Health Workers for Change, A Quality of Care Intervention », *Health Policy and Planning*, n° 16 (supplément n° 1).
18. Werna, E. (2001), *Combating Urban Inequalities: Challenges for Managing Cities in the Developing World*, Edward Elgar, Aldershot, Royaume-Uni.
19. Schellenberg, J.R. et al. (2001), « Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania », *Lancet*, pp. 357:1241-1247.
20. HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés) (2002), *Refugees by numbers*. Accessible à l'adresse suivante : www.unhcr.ch

21. FNUAP (2002), *The Impact of Conflict on Women and Girls: Strategy for Gender Mainstreaming in Areas of Conflict and Reconstruction*. Accessible à l'adresse suivante : www.unfpa.org/publications/armedconflict_women.pdf ; FNUAP (non daté), *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response*. Accessible à l'adresse suivante : www.unfpa.org/modules/intercenter/crisis/crisis_eng.pdf
22. Narayan, D. et al. (2000), *Voices of the poor crying out for change*, Banque mondiale, Washington. Voir aussi Milimo, J., T. Shilito et K. Brock (2002), « The poor of Zambia speak: Who would ever listen to the poor? », *Findings from participatory research on poverty in Zambia in the 1990s*, Zambia Social Investment Fund.
23. *Ibid.*, pp. 101-2.
24. Tolossa, A. et R. Lambert (1997), *Participatory rural assessment of community perceptions of quality of health care services in East Haraghe, Ethiopia*, Save the Children Fund, Londres.
25. Narayan, D., *op. cit.*, pp. 103-4.
26. Kahssay, H.M., M.E. Taylor et P.A. Berman (1998), *Community Health Workers: the Way Forward*, *Public Health in Action*, n° 4, OMS, Genève.
27. Oakley, P. (1989), *Community Involvement in Health Development: an examination of the critical issues*, OMS, Genève. Voir aussi Kahssay, H.M. et P. Oakley (dir. pub.) (1999), *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practice*, OMS, Genève.
28. Loewenson, R. (1999), « Public Participation in Health: making people matter », *IDS Working Paper No. 84*, Institute of Development Studies, et Training and Research Support Centre (TARSC).
29. Par exemple, une enquête menée auprès de patients de dispensaires du secteur privé au Ghana a révélé que 50 % d'entre eux appartenaient au groupe à faible revenu ; une enquête auprès des ménages réalisée au Rajasthan a montré que 80 % des utilisateurs des services de soins infantiles du secteur privé appartenaient aux groupes les plus pauvres. Voir Sharma, S. (2001), *The Private Sector and Child Health Care*, Carolina Consulting Corporation, Chapel Hill, N.C. Accessible à l'adresse suivante : www.futuresgroup.com/document/final-WHO2.pdf
30. Voir *ibid.* sur l'utilisation des services de santé infantile. S'agissant de la santé génésique, voir Rannan-Eliya, R.P. et al. (2000), *Expenditures for Reproductive Health and Family Planning Services in Egypt and Sri Lanka*. Accessible à l'adresse suivante : www.policyproject.com/pubs/commissionedresearch/harward.pdf
31. Sharma, S. (2001), *op. cit.*
32. McPake, B. et al. (1999), « Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility », *Social Science and Medicine*, vol. 49, n° 7, pp. 849-865.
33. Bloom, G. et X. Gu (1997), « Health Sector Reform: lessons from China », *Social Science and Medicine*, vol. 45, n° 3, pp. 351-360.
34. Bloom, G. et H. Standing (2001), « Pluralism and Marketisation in the Health Sector », *IDS Working Paper No. 136*, Institute of Development Studies, Université du Sussex.
35. Mills, A. et al. (2002), « What can be done about the private health sector in low-income countries? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 80, n° 4, pp. 325-30. Voir aussi Smith, E. et al. (2001), *Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide*, Options/London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
36. Loevinsohn, B. (2000), *Contracting for the delivery of Primary Health Care in Cambodia: Design and experience of a large pilot project*. Accessible à l'adresse suivante : www.worldbank.org/ubi/health/flagship/oj.cambodia.pdf
37. ONUSIDA (2001), *Reaching Out and Scaling Up: Eight Case Studies of Home and Community Care for and by People with HIV/AIDS*. Accessible à l'adresse suivante : www.unaids.org/publications/documents/persons/JC608-ReachOut-E.pdf
38. Bhat, R. (1996), « Regulating the Private Health Care Sector: The Case of the Indian Consumer Protection Act », *Health Policy and Planning*, vol. 11, n° 3, pp. 265-279.
39. Bennett, S. et V. Tangcharoensathien (1994), « A Shrinking State? Politics, Economics and Private Health Care in Thailand », *Public Administration and Development*, vol. 14, n° 1, pp. 1-17.
40. Parmi ces « chocs » figurent la perte du revenu due au chômage, la destruction des biens (à la suite d'une catastrophe naturelle, par exemple), l'incapacité ou la situation de dénuement dans laquelle peuvent se trouver les personnes âgées du fait du relâchement des structures familiales et des liens avec l'entourage.

41. Banque mondiale (2002), « Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard », Banque mondiale, Washington.
42. OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.
43. *Ibid.*
44. OIT (Organisation internationale du travail) (2000), *Health Micro-Insurance: A Compendium*, Working Paper. Accessible à l'adresse suivante : www.gdrc.org/icm/step-ilo.html
45. Gilson, L. (1997), « The Lessons of User Fees Experience in Africa », *Health Policy and Planning*, vol. 12, n° 4, pp. 273-85.
46. Schneider, H. et L. Gilson (1999), « The impact of free maternal health care in South Africa », dans Berer, M. et T.K. Sundari Ravindran (dir. pub.), *Safe motherhood initiatives: critical issues*, Reproductive Health Matters, Blackwell Science, Oxford, Royaume-Uni.
47. Foster, M. et S. Mackintosh-Walker (2001), *Sector-Wide Programmes and Poverty Reduction*, Overseas Development Institute, Londres.
48. Foster, M. et Mackintosh-Walker, S. (2001), *ibid.*
49. Cette question compte déjà parmi les obligations prévues dans les programmes FRPC.

Chapitre 3

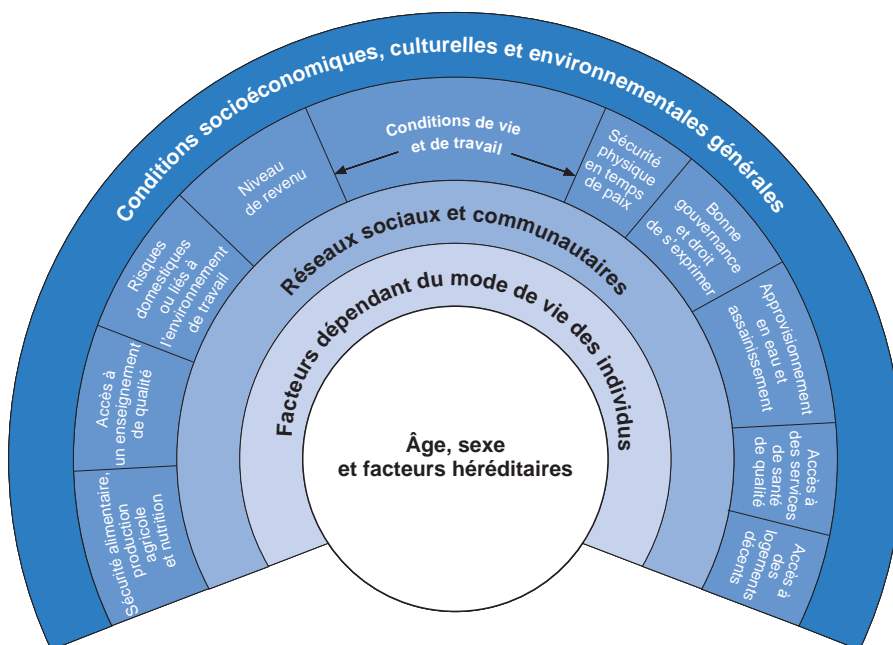
Principaux domaines d'intervention en faveur de l'amélioration de la santé des pauvres

Résumé. *Le souci d'ouvrir aux pauvres l'accès à des services de santé de qualité à des prix abordables est au cœur d'une approche de la santé favorable aux pauvres. Mais ce n'est pas suffisant en soi pour améliorer leur état de santé car de nombreux facteurs qui jouent sur la santé dépendent de mesures prises dans d'autres secteurs. Les effets de diverses politiques sectorielles sur l'état de santé sont en effet connus de longue date. Les politiques qui jouent un rôle important sont notamment celles qui ont trait à l'éducation, à la sécurité alimentaire, à l'approvisionnement en eau salubre, à l'assainissement et à l'énergie. On peut aussi améliorer l'état de santé des populations pauvres en leur évitant d'être exposées à la pollution atmosphérique, aux violences, aux accidents domestiques, professionnels et de la voie publique, et en prévenant les conséquences dévastatrices des conflits et des catastrophes naturelles. Les organismes d'aide sont à même de soutenir les politiques dans ces domaines où les objectifs sont de promouvoir la santé et de réduire la pauvreté.*

1. Introduction

La contribution des politiques sectorielles à la réalisation des objectifs poursuivis en matière de santé peut être positive ou négative et leur effet peut être accru par des phénomènes d'interaction. En conséquence, il faut privilégier les secteurs qui ont une forte incidence sur la santé et la réduction de la pauvreté, et s'interroger sur la mesure dans laquelle les stratégies retenues favorisent ou au contraire compromettent, la poursuite des objectifs de santé, et de réduction de la pauvreté d'une manière plus générale. Les priorités étant définies, il est important de renforcer les capacités dans les secteurs prioritaires pour pouvoir atteindre les objectifs de santé. Les sections ci-après mettent en évidence les liens existant entre la pauvreté, la santé et autres secteurs importants. Si certains de ces liens, par exemple avec la santé et l'éducation, sont bien connus, d'autres aspects comme la violence interpersonnelle et les accidents de la route le sont moins, mais représentent des causes majeures de décès et de maladies. Des recommandations à l'intention des organismes d'aide sont donc formulées pour qu'une action dans ces secteurs prioritaires contribue à réaliser les objectifs relatifs à la santé.

Diagramme 2. **Les principaux déterminants de la santé**



Source : D'après Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991), *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Future Studies, Stockholm.

2. L'éducation comme moyen d'améliorer la situation sanitaire

L'éducation et la santé sont essentielles pour la réduction de la pauvreté et elles représentent cinq des huit OMD. La concrétisation des trois objectifs concernant la santé dépend largement de la réalisation de l'objectif d'éducation primaire pour tous et de l'objectif d'égalité entre les sexes qui lui est intimement lié. Il est incontestable qu'il existe des liens étroits entre les investissements dans la santé et dans l'éducation, et que ces derniers ont des effets de synergie sur la diminution de la pauvreté. Or dans de nombreux pays partenaires, le secteur de l'éducation est en piteux état faute d'investissements appropriés. Des infrastructures inadéquates, le manque de matériels didactiques, des enseignants insuffisamment formés et démotivés n'ayant pas accès à des programmes de formation permanente, des programmes d'études surchargés et une prise de décision excessivement centralisée sont autant de facteurs à l'origine de l'incapacité générale d'atteindre les objectifs d'éducation. Les pays à faible revenu qui ont accordé la priorité aux investissements dans l'éducation ont néanmoins mieux réussi à faire baisser les taux de mortalité que les pays ayant des revenus par habitant beaucoup plus élevés mais des populations moins instruites.

L'esprit et le corps – l'éducation et la santé – sont les atouts les plus importants des populations pauvres auxquelles ils permettent de mener des existences socialement et économiquement productives. Ne serait-ce que quelques années d'études confèrent des connaissances de base qui peuvent avoir une incidence considérable sur le comportement en matière de santé. De plus, des programmes scolaires sur la prévention des maladies et les efforts personnels consentis en connaissance de cause comptent parmi les moyens les plus efficaces pour les pauvres de maîtriser leur vie.

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

De nombreuses études ont permis de mettre en lumière la nature des liens existant entre l'éducation et la santé en faisant apparaître que :

- **L'éducation des femmes est étroitement liée à l'amélioration des soins dispensés aux enfants et à d'autres membres de la famille et de la collectivité.** L'un des moyens les plus efficaces de faire régresser la mortalité infantile est l'alphabétisation des mères, qui est elle-même le produit d'un système éducatif garantissant l'accès des pauvres à l'éducation, qu'il s'agisse de filles ou de garçons. Une réceptivité et une confiance accrues – tout autant que les connaissances acquises à l'école – permettent aux femmes de mettre en pratique les conseils donnés par le personnel de santé. Outre son incidence sur le comportement individuel, l'alphabétisation des mères est essentielle pour toutes sortes d'interventions de santé, y compris pour ouvrir plus grand l'accès des membres de la famille et de la collectivité en général au système de santé¹.
- **L'éducation intervient dans la baisse des taux de fécondité.** L'éducation entraîne des changements dans le comportement procréateur qui ont une série d'effets bénéfiques : diminution des taux de mortalité maternelle, autonomie accrue des femmes, accroissement du taux de survie des enfants, espacement des naissances, amélioration de la santé des mères et des enfants, meilleurs soins dispensés aux enfants, diminution des taux de fécondité souhaitée et effective, et réduction de la pauvreté.
- **L'éducation est l'un des outils les plus efficaces de prévention du VIH/sida.** L'apprentissage dans la première enfance jouant un rôle décisif dans le façonnement du comportement futur, les jeunes sont à la fois particulièrement vulnérables et ouverts au changement. Cela vaut aussi pour la santé dans la mesure où plus des deux tiers des décès prématurés chez les adultes peuvent être imputés à des modes de comportement acquis

dans l'adolescence. Les campagnes d'information, d'éducation et de communication², l'éducation par les pairs, les centres de jeunes et les services communautaires peuvent jouer un rôle capital, notamment en ce qui concerne la santé génésique.

Exploiter les liens réciproques entre la santé et l'éducation

Si l'éducation est essentielle pour l'amélioration de la santé, *la santé est aussi un déterminant majeur des résultats scolaires* dans la mesure où elle influe directement sur les facultés cognitives et l'assiduité à l'école. Les décideurs nationaux et les personnels de ces deux secteurs ont donc, les uns comme les autres, tout intérêt à entretenir d'étroites relations et à rechercher des modalités de collaboration dans le cadre du système scolaire ou de l'enseignement non formel.

Le rôle de l'enseignement formel dans la promotion de la santé. Les gouvernements de nombreux pays en développement reconnaissent que les écoles et autres centres d'enseignement sont susceptibles de remplir de multiples fonctions sanitaires. Les organismes d'aide peuvent soutenir les efforts entrepris par les pays partenaires pour développer *l'utilisation des écoles à des fins de promotion de la santé* en intensifiant l'assistance technique et financière au profit des trois fonctions essentielles des programmes de santé scolaires.

- **Les services de santé scolaires** portent principalement sur l'immunisation, le contrôle de la santé et l'aiguillage vers un spécialiste, les compléments nutritionnels et les programmes alimentaires. Les écoles peuvent jouer un rôle déterminant dans l'amélioration du mode d'alimentation. Un bon programme de santé scolaire est l'un des moyens les plus rentables de prévenir les maladies. Or, dans de nombreux pays à faible revenu, ces programmes ne sont pas dispensés en raison de l'état actuel des systèmes tant de santé que d'enseignement. Des ressources supplémentaires sont nécessaires, mais il faut aussi réformer les systèmes, offrir des formations et instaurer une étroite collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation, au niveau tant des ministères que des établissements scolaires eux-mêmes.
- **L'éducation sanitaire à l'école peut donner lieu à des initiatives conjointes du personnel de santé et du personnel enseignant.** Différentes méthodes peuvent être utilisées pour intégrer l'éducation sanitaire aux programmes scolaires : on peut, par exemple, l'incorporer à une matière scientifique ou à d'autres matières pertinentes ou en faire une discipline à part entière faisant l'objet d'un contrôle obligatoire des connaissances. Quelle que soit la méthode retenue, il importe que l'éducation sanitaire ne soit pas considérée comme une matière accessoire par les enseignants ou les élèves. Les enseignants sont à même de transférer des connaissances en matière de santé et de promouvoir un comportement sain. Toutefois, dans les pays où il est apparu que des élèves, en particulier des filles, étaient susceptibles d'être victimes d'abus sexuels de la part d'enseignants, le concours de professionnels de la santé peut être nécessaire. Les professionnels de la santé ont, quant à eux, un rôle essentiel à jouer dans la conception de programmes scolaires appropriés et dans la formation des enseignants.
- **L'école a aussi un rôle à jouer dans la santé publique**, notamment dans les zones rurales où elle peut être un moyen de changer les comportements et d'inculquer des notions de base en matière de santé à l'entourage des enfants. L'éducation et la santé sont deux secteurs qui peuvent susciter la mobilisation des parents et qui, en opérant en synergie dans le cadre des programmes de santé scolaires, peuvent entraîner une participation réelle de la société au profit de son bien-être, et donner aussi plus de moyens d'agir aux citoyens.

Le rôle de l'enseignement non formel dans la promotion de la santé. Du fait que de nombreux pauvres, notamment des jeunes filles et des femmes, n'ont pas accès à l'enseignement formel, il faut se préoccuper aussi de ceux qui sont en dehors du système scolaire. Les efforts déployés pour promouvoir la santé doivent s'étendre aux jeunes vulnérables comme les enfants des rues, les travailleurs du sexe et les milliers d'orphelins dont les parents sont morts du sida ou lors d'un conflit violent. L'intégration de l'éducation sanitaire dans l'enseignement non formel et les programmes d'alphabétisation fonctionnelle permet d'atteindre au moins une partie de ces groupes vulnérables. De plus, le recours aux médias et à l'éducation par les pairs mérite une attention particulière.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

Pour développer le potentiel qu'offre l'éducation en ce qui concerne la protection et l'amélioration de la santé des pauvres, les organismes d'aide devraient exploiter les synergies entre la santé et l'éducation en aidant les pays partenaires à :

- **Adopter des mesures en faveur de la réalisation des OMD concernant l'éducation** étant donné que l'enseignement primaire et l'alphabétisation des femmes sont des facteurs décisifs qui influent sur la santé des groupes les plus vulnérables et les plus pauvres de la population.
- **S'attaquer aux obstacles à la scolarisation des filles**, par exemple en assurant la sécurité personnelle des filles durant leur trajet vers l'école ainsi qu'à l'intérieur des locaux scolaires ou en permettant aux jeunes filles enceintes de poursuivre leurs études.
- **Développer l'utilisation des écoles à des fins de promotion de la santé** en intensifiant l'assistance technique et financière au profit des programmes de santé scolaires. Pour ce faire, le personnel enseignant et le personnel de santé doivent mener des actions conjointes pour faire de l'école un pôle de l'éducation sanitaire et de la prestation de services de santé. Cette coopération devrait porter notamment sur la formation des enseignants, l'introduction de questions concernant la santé dans les programmes scolaires, l'offre de repas scolaires et le renforcement des services de santé scolaires.
- **Intégrer des cours d'éducation sanitaire dans l'enseignement non formel** et les programmes d'alphabétisation fonctionnelle, notamment en facilitant l'instauration d'un environnement favorable dans lequel les ONG pourront assurer une éducation sanitaire dans des structures non formelles.
- **Resserrer la coordination entre les spécialistes de la santé et de l'éducation** au sein des organismes d'aide afin d'améliorer les liens intersectoriels entre programmes sanitaires et éducatifs.

3. Sécurité alimentaire, nutrition et santé

La faim et la malnutrition comptent parmi les problèmes les plus graves qui se posent aujourd'hui dans le monde. Bien que la sécurité alimentaire ait progressé dans les pays en développement ces trente dernières années, la faim n'en a pas pour autant été éliminée. Le nombre de personnes sous-alimentées a diminué dans certains pays (en particulier en Chine), mais il a augmenté dans la plupart des pays³. La communauté internationale s'est maintenant engagée à réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim⁴.

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

Il va de soi que la malnutrition et l'insécurité alimentaire ont des incidences considérables sur la santé. Près de 800 millions d'habitants dans les pays en développement souffrent de faim chronique. Nombre d'entre eux vivent dans des zones de conflit et plus de 60 % sont des femmes⁵. Si la grande majorité des personnes souffrant de la faim vivent dans des zones rurales, une urbanisation rapide contribue à accroître la pauvreté et l'insécurité alimentaire dans les grandes villes. *La faim et la malnutrition augmentent la vulnérabilité aux maladies* et les risques de mort prématurée, et réduisent la capacité des individus d'assurer leur subsistance, notamment au moyen d'activités agricoles et de revenus du travail. La malnutrition est non seulement une cause majeure et un effet, mais aussi un indicateur infaillible de la pauvreté et du sous-développement. De plus, en négligeant de s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition et à ses conséquences, on affaiblit l'impact de tout autre effort déployé pour améliorer la santé, la maladie quant à elle empêchant le corps d'assimiler pleinement les substances nutritives contenues dans les aliments.

La malnutrition touche une personne sur trois dans le monde, et notamment les individus pauvres et vulnérables. 60 % des décès annuels chez les enfants de moins de 5 ans sont liés à une insuffisance pondérale, tandis que 161 millions d'enfants souffrent d'un retard de croissance. La *carence en iode* est la cause évitable la plus fréquente des lésions cérébrales et de l'arriération mentale. *L'anémie par carence martiale* est la deuxième cause d'invalidité et peut être l'un des facteurs de 20 % des décès maternels. *L'hypovitaminose A* entraîne une cécité irréversible et le décès de millions d'enfants chaque année⁶.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

Le développement agricole est essentiel pour réduire la pauvreté et améliorer la sécurité alimentaire. Les organismes d'aide jouent un rôle majeur dans l'accroissement de la production agricole et la promotion du développement rural en soutenant les stratégies adoptées par les pays partenaires pour renforcer la capacité de gain des petits exploitants pratiquant une agriculture familiale, créer des emplois en milieu rural, développer l'économie rurale non agricole et améliorer la quantité et la qualité des produits alimentaires. Mais sous l'effet de l'urbanisation, les frontières entre milieu rural et milieu urbain deviennent floues de sorte que les pauvres des zones rurales sont de plus en plus susceptibles d'accepter un emploi dans de petites villes voisines, d'exercer des activités saisonnières dans des zones urbaines et d'envoyer des fonds pour compléter les revenus ruraux⁷. Cette évolution appelle des interventions appropriées des pouvoirs publics qui tiennent compte aussi de l'insécurité alimentaire grandissante en milieu urbain.

La faim est liée bien plus au revenu des ménages qu'à l'offre de nourriture. Pour améliorer la sécurité alimentaire, il faut donc principalement gérer l'accès à la nourriture ou accroître le pouvoir d'achat. Le soutien des réformes agraires, lorsqu'il est politiquement envisageable, peut contribuer dans une large mesure à faire reculer la pauvreté et à accroître la sécurité alimentaire. Parmi les autres stratégies susceptibles d'être soutenues par les organismes d'aide, on peut citer les suivantes⁸ :

- **La lutte contre l'exclusion** : l'accroissement des revenus des groupes les plus défavorisés, en particulier des femmes, devrait avoir un impact important sur la réduction de la malnutrition⁹. On devrait s'attacher en priorité à renforcer l'autonomie en sensibilisant davantage les institutions aux besoins des populations pauvres, notamment des femmes et des groupes marginalisés, et en supprimant les obstacles qui

privent des individus d'un certain nombre d'avantages économiques et sociaux, du fait de leur sexe, de leur origine sociale ou de leur appartenance ethnique.

- **L'investissement dans des projets ruraux** comme des projets d'irrigation, de réfection des routes et de télécommunications réduit la vulnérabilité des populations pauvres dans les zones rurales. En période de crise économique, les gouvernements peuvent créer des emplois dans le cadre de programmes de travaux publics qui offrent généralement des possibilités d'embauche à des individus pauvres, prêts à accepter des salaires légèrement inférieurs à ceux du marché. L'intérêt de ces programmes pour les populations pauvres tient non seulement à la garantie de revenu qu'ils leur apportent mais aussi aux avantages associés aux infrastructures mises en place.
- **La mise en place de filets de protection sociale** qui profitent aux pauvres ainsi qu'aux personnes vulnérables vivant juste au-dessus du seuil de pauvreté pour les empêcher de sombrer dans le dénuement. Si le ciblage et l'administration de ces programmes peuvent s'avérer difficiles, des programmes ciblés de sécurité alimentaire sont généralement plus efficaces par rapport à leur coût que des subventions alimentaires généralisées. Dans la plupart des cas, des transferts monétaires ou des coupons permettent aux bénéficiaires de se procurer les aliments dont ils ont besoin par les circuits commerciaux habituels. Les transferts peuvent s'inscrire dans le cadre de programmes plus larges centrés sur l'alimentation des enfants vulnérables et des femmes enceintes.
- **La gestion des catastrophes et des conflits** : les efforts déployés pour prévenir des catastrophes ou pour résoudre rapidement des conflits peuvent atténuer les effets de la famine et de la malnutrition.

Si un meilleur pouvoir d'achat est certes essentiel, il a néanmoins été constaté que les pays qui mettaient en place des programmes nutritionnels directs avaient mieux réussi à réduire l'incidence de la malnutrition¹⁰. La mise en œuvre de programmes nutritionnels ciblés suppose un meilleur accès à des services de santé efficaces offrant des programmes de santé tant maternelle et qu'infantile. L'amélioration des programmes de santé dans les écoles offrira aussi de nouvelles possibilités en ce qui concerne l'éducation sanitaire et les programmes nutritionnels. Parmi les actions s'adressant aux groupes les plus touchés par la malnutrition et la faim, on peut citer les suivantes qui méritent une attention particulière :

- **La conception de programmes spécifiques pour les nourrissons et les enfants**, portant notamment sur la promotion de l'allaitement maternel, d'une alimentation complémentaire et de l'immunisation et sur le traitement des diarrhées, des infections respiratoires et du paludisme ; *en ce qui concerne les femmes et les adolescentes* : apport d'additifs nutritionnels durant la grossesse et l'allaitement, comme le fer, l'acide folique, le sel iodé, des compléments alimentaires et des aliments riches en micronutriments. La prévention et le traitement du paludisme et du VIH/sida sont aussi particulièrement importants.
- **La prévention des carences en micronutriments** en concevant et en gérant des programmes efficaces visant à garantir un apport suffisant en iode, vitamine A et fer chez les enfants d'âge préscolaire et les femmes enceintes. L'enrichissement des aliments et l'addition de micronutriments sont aussi essentiels. L'exemple le plus connu à l'échelle mondiale est l'iodisation du sel.

- **La promotion de pratiques appropriées concernant l'alimentation des enfants** en mettant en place des politiques nationales globales propres à garantir que tous les services de santé protègent, encouragent et soutiennent l'allaitement au sein exclusivement pendant les six premiers mois¹¹.
- **La gestion nutritionnelle dans les situations d'urgence ou en cas de conflit ou de catastrophe naturelle** visant les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou d'autres groupes vulnérables. Les programmes nutritionnels doivent être étroitement liés aux programmes de santé prioritaires comme ceux concernant l'immunisation et le traitement des maladies infectieuses. *L'aide alimentaire d'urgence* peut sauver des vies et protéger la santé lors de ces crises aiguës. L'aide alimentaire peut aussi être valablement ciblée sur des populations victimes d'une grande insécurité alimentaire en cas de fragilité ou de mauvais fonctionnement des marchés et de graves carences institutionnelles.

4. Pauvreté, santé et environnement

Selon des estimations, au moins 25 % de la charge mondiale de morbidité sont imputables aux conditions environnementales¹². Cette section est consacrée à deux domaines où les liens entre la pauvreté, la santé et l'environnement sont particulièrement étroits – à savoir l'eau et l'assainissement, et la pollution – et où les politiques sectorielles devraient être évaluées et améliorées pour offrir un maximum de possibilités de promotion et de protection de la santé. Les décideurs ne doivent toutefois pas négliger d'autres risques inhérents à l'environnement qui peuvent avoir des effets démesurés sur la santé des populations pauvres. Celles-ci sont souvent exposées, dans leur habitation et sur le lieu de travail, à des polluants toxiques provenant de dépôts d'ordures et d'incinérateurs. Un mauvais état de santé rend plus vulnérable aux produits chimiques toxiques. Il est donc important d'assurer un environnement de travail sain et sûr, et d'élaborer une politique cohérente régissant l'utilisation sans risque des produits chimiques à tous les stades : production, manipulation, stockage, destruction¹³.

4.1. Eau et assainissement

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

Les objectifs concernant la réduction de moitié, d'ici à 2015, du pourcentage de la population n'ayant pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et la réduction de moitié de la proportion de la population n'ayant pas accès à des installations sanitaires de base, qui ont été adoptés par la communauté internationale, reflètent l'importance que revêt un meilleur accès à l'eau et à un système d'assainissement pour la réduction de la pauvreté¹⁴.

Près de 1.2 milliard de personnes n'ont pas accès à une eau potable ; deux fois plus d'individus ne bénéficient pas d'installations d'assainissement appropriées¹⁵. La mauvaise qualité de l'eau est à l'origine de maladies comme la diarrhée, le choléra, le trachome et l'onchocercose. La gale et le trachome sont liés à la quantité d'eau disponible tandis que les eaux stagnantes sont un milieu favorisant la transmission du paludisme et de la schistosomiase¹⁶. L'accès à des quantités d'eau suffisantes est également essentiel pour la production alimentaire, laquelle permet d'améliorer la nutrition, la santé et la capacité des individus de résister aux maladies et d'en guérir. L'absence d'installations d'assainissement accroît la transmission des maladies liées aux excréments parmi lesquelles figurent

certaines maladies transmises par voie fécale-orale, comme le choléra, les helminthes transmis par le sol (par exemple, ascarides, ankylostomes) et les helminthes transmis par l'eau (qui causent, par exemple, la schistosomiase). De plus, la contamination de l'eau et des aliments par des pesticides et des produits chimiques toxiques comme le mercure, le plomb et l'arsenic est à l'origine de milliers de cas d'empoisonnement par an¹⁷.

La majorité des personnes touchées par ces maladies sont pauvres. La plupart des décès qui en résultent frappent des enfants de moins de 5 ans et sont concentrés dans les familles et les milieux les plus défavorisés. Selon une estimation, la moitié de la population urbaine souffrirait à tout moment d'une ou plusieurs maladies liées à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement¹⁸. Durant les conflits et les situations d'urgence, les individus sont encore plus vulnérables aux maladies imputables à l'eau et à l'assainissement.

Les femmes sont touchées de manière disproportionnée. Dans les zones rurales, les femmes passent chaque jour de nombreuses heures à aller chercher de l'eau et à la transporter sur de longues distances tandis que dans les zones urbaines, elles font la queue pour prendre de l'eau dans des puits ou aux fontaines publiques. Le transport de l'eau entraîne des maux de dos chroniques, de nombreuses fausses couches et un prolapsus de l'utérus. Le fait de soigner des membres de la famille et de manipuler des vêtements souillés est particulièrement risqué lorsque l'approvisionnement en eau est limité et que les installations sanitaires sont inadéquates. Et comme l'élimination des déchets incombe aux femmes, celles-ci sont davantage exposées à la maladie. La mise en place d'installations sanitaires est importante pour les femmes du point de vue non seulement de la santé physique mais aussi de la sécurité et de la dignité. Dans de nombreuses cultures, les femmes et les filles ne peuvent déféquer qu'à l'extérieur, après la tombée de la nuit, ce qui entraîne une gêne physique, voire de graves maladies, et les expose au risque d'abus sexuel. Qui plus est, l'absence d'installations sanitaires dans les écoles contribue dans une large mesure à décourager les filles de s'y rendre, surtout lorsqu'elles commencent à être réglées.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

Les objectifs concernant l'accès à une eau salubre et à des installations sanitaires ne pourront être atteints que dans le cadre d'une action concertée des gouvernements nationaux agissant en partenariat avec les collectivités, la société civile, le secteur privé et les organismes internationaux de développement. Il appartient aux gouvernements d'améliorer les programmes pour la gestion intégrée des ressources en eau. Cela suppose qu'ils conçoivent et mettent en œuvre des politiques qui déterminent les priorités, répartissent les ressources en eau selon les différents usages, fixent les prix, établissent des règles à l'intention des prestataires du secteur privé, créent des instruments juridiques et financiers appropriés et garantissent l'accès à l'eau, en particulier pour les pauvres. La gestion intégrée des ressources en eau doit être fondée sur l'idée que l'offre générale de ces ressources est fixe mais que du fait de la croissance démographique, de l'augmentation de la demande alimentaire et du développement du secteur industriel, la demande d'eau continuera d'augmenter.

Les organismes d'aide peuvent jouer un rôle en veillant à ce que les intérêts des populations pauvres soient pris en compte dans ces programmes en renforçant les liens entre les politiques sectorielles, la situation sanitaire et les stratégies de lutte contre la pauvreté. Ils peuvent aussi amener les gouvernements à reconnaître l'intérêt qu'il y a à associer les collectivités, notamment les femmes, à la gestion et au financement des

systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Enfin, ils peuvent aider à renforcer les capacités d'institutions publiques clés. Une attention particulière pourrait notamment être accordée aux aspects ci-après :

- **Des données plus fiables sur l'accès aux systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, sur l'utilisation de ces systèmes et sur la demande en la matière** qui permettent d'améliorer la planification et la gestion et de garantir une offre durable d'eau potable aux populations pauvres.
- **L'élaboration d'une méthode appropriée de financement des approvisionnements en eau** – fondée notamment sur le principe du recouvrement des coûts et les subventions – qui couvre les coûts récurrents tout en protégeant l'accès des pauvres à ces approvisionnements.
- **Une prise en compte plus explicite du rôle que peut jouer le secteur privé** dans la gestion ou le développement des services relatifs à l'eau et à l'assainissement dans le cadre de partenariats entre le secteur public et le secteur privé. Parmi les entités du secteur privé peuvent figurer des ONG et des groupes de la société civile qui fournissent des services dans certains pays et se sont largement axés sur la lutte contre la pauvreté. Le rôle des organisations du secteur privé qui fournissent à petite échelle des services liés à l'eau et à l'assainissement et dont sont tributaires de nombreuses personnes pauvres est mal compris. Dans les pays où le cadre juridique et politique est déficient, les organismes d'aide peuvent aider à renforcer la capacité d'élaborer des réglementations propres à encourager l'initiative privée.
- **Une collaboration entre les services chargés de la santé publique et de l'environnement** au sein des collectivités locales et des organismes internationaux aux fins d'adopter une approche intégrée de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement, du drainage, de l'éducation communautaire et des pratiques en matière d'hygiène qui mette l'accent sur les liens existant entre l'eau, l'assainissement, la santé et la pauvreté. Une analyse de la situation sanitaire peut contribuer à centrer davantage l'attention sur ces liens, à condition qu'elle fasse partie intégrante de toutes les procédures d'évaluation environnementale appliquées par les pouvoirs publics et les organismes d'aide.
- **Le renforcement des capacités locales** en matière de contrôle de la qualité de l'eau, du degré de pollution s'il y a lieu et de l'impact sur la santé.
- **La promotion de l'éducation à la santé et à l'hygiène** pour stimuler la demande de meilleurs systèmes d'assainissement. L'enseignement, qu'il soit formel ou non, peut contribuer à la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de l'hygiène conçus en fonction du contexte local, qui joue un rôle essentiel dans la conduite d'interventions efficaces pour l'amélioration des services liés à l'eau et à l'assainissement. Le comportement en matière d'hygiène – par exemple, le fait de manipuler des aliments sans s'être lavé les mains – peut constituer un risque sérieux pour la santé même lorsque l'accès à l'eau a été amélioré, et de nombreux programmes ont échoué en raison de l'attention insuffisante accordée au contexte local.

Les organismes d'aide doivent aussi aider à combler le déficit de ressources pour que les objectifs en matière d'eau et d'assainissement puissent être atteints. Or les estimations des besoins étant extrêmement variables, il est nécessaire de s'employer à produire des estimations plus précises des besoins de financement à couvrir à l'échelle mondiale¹⁹. Le volume des ressources requises semble être tel qu'au-delà des financements publics et privés, une aide au développement devra être apportée.

4.2. Pollution intérieure et extérieure

La pollution de l'air, à l'intérieur et à l'extérieur, est un problème majeur qui affecte de manière disproportionnée la santé des populations pauvres. La pauvreté crée une dépendance à l'égard des combustibles traditionnels bon marché utilisés pour la cuisson des aliments et le chauffage qui, dans des logements sans ventilation et surpeuplés, entraînent une pollution de l'air intérieur. De plus, dans les zones urbaines, les pauvres vivent à proximité d'industries et de réseaux de transport extrêmement polluants, ce qui a des effets évidents sur leur santé.

Pollution intérieure

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

Quelque 3 milliards de personnes sont exposées à la pollution intérieure du fait de l'utilisation de combustibles traditionnels à des fins domestiques. Les familles pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie ont principalement recours à la biomasse ou au kérosène pour des raisons de coût ; seuls les ménages plus prospères utilisent le gaz ou l'électricité. Selon des estimations, *la pollution intérieure cause 2 millions de décès par an, principalement dans les pays en développement*²⁰. Elle touche surtout les pauvres en milieu rural, mais les populations urbaines y sont de plus en plus exposées.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

Un certain nombre d'interventions ont réussi à réduire efficacement l'impact de la pollution intérieure, mais le soutien des organismes d'aide en faveur de programmes dans ce domaine reste limité. La réussite de ces interventions est fonction non seulement de l'accès aux technologies, mais aussi d'une gestion décentralisée des programmes et de la formation, associée à une participation active de la collectivité²¹. Les organismes d'aide devraient s'appuyer sur les évaluations de ces interventions et soutenir les efforts déployés pour reproduire les actions énumérées ci-après afin de toucher un plus grand nombre de pauvres.

- **L'accès à des fourneaux de cuisine améliorés est ce qui a le mieux contribué à réduire la pollution intérieure** en diminuant les émissions de particules provenant des combustibles traditionnels. De vastes programmes d'offre de fourneaux améliorés ont été mis en œuvre en Chine (où ils ont touché 120 millions de personnes) et en Inde. Il ressort de l'évaluation de ces programmes que des progrès considérables ont été accomplis. Outre la valeur économique résultant des économies de combustible, une analyse coûts-avantages a fait apparaître que les améliorations sur le plan de la santé ont généré des économies supplémentaires de l'ordre de 25 à 100 USD par an et par foyer²².
- **Développer l'accès à des combustibles moins polluants** en augmentant l'offre et la distribution de combustibles comme le kérosène.
- **Modifier l'environnement domestique pour améliorer la ventilation** – des ouvertures d'aération, par exemple, pouvant réduire les niveaux de monoxyde de carbone à l'intérieur des logements.
- **Mettre en place des programmes visant à modifier les comportements** – par exemple en faisant mieux comprendre les liens de cause à effet entre la pollution et la maladie et en incitant à tenir les enfants à l'écart de la fumée pendant la cuisson des aliments.

Pollution extérieure

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

Environ 1.5 milliard d'individus sont exposés à une grave pollution atmosphérique urbaine, principalement dans les pays en développement. Les villes les plus polluées se trouvent dans le monde en développement. Il s'agit notamment de Beijing, du Caire et de Lagos où les enfants subissent régulièrement des degrés de pollution atmosphérique 2 à 8 fois supérieurs au maximum fixé par l'OMS dans ses directives concernant l'exposition à la pollution. La pollution associée à des émissions de dioxyde de soufre est à l'origine de 4 à 5 millions de nouveaux cas de bronchite chronique par an. Les émissions dues à la combustion de combustibles fossiles et aux transports représentent près de 90 % des émissions dans les zones urbaines. Une réglementation inadéquate, une urbanisation rapide, l'implantation d'industries à proximité de zones résidentielles et une forte densité démographique aggravent le degré d'exposition des populations pauvres.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

L'impact sur la santé de la pollution atmosphérique urbaine soulève des questions complexes. Des instruments techniques, juridiques et économiques sont actuellement utilisés avec succès pour lutter contre la pollution dans certains pays, même si la capacité d'élaborer les cadres juridiques, institutionnels et réglementaires requis est parfois limitée. Les organismes d'aide doivent donc s'efforcer de la renforcer²³. Des grandes villes de Chine et d'Inde ont de plus en plus recours à des sources d'énergie moins polluantes, comme les centrales hydroélectriques, les panneaux solaires et l'énergie éolienne. Dans le domaine des transports, les villes de Phnom Penh et d'Harare ont adopté des mesures concrètes pour inciter à utiliser la bicyclette, et Manille a augmenté les taxes sur les carburants et construit un chemin de fer léger, ce qui doit permettre de réduire la consommation d'essence de 43 % sur dix ans.

Les organismes d'aide devraient travailler en collaboration avec les pays partenaires pour promouvoir des politiques énergétiques multisectorielles qui associent des approches économiques et réglementaires, et reposent sur la coopération entre les secteurs public et privé et la société civile²⁴. Ils devraient prévoir notamment :

- **Le renforcement des capacités dans le domaine de la gestion de la qualité de l'air**, ce qui suppose l'utilisation d'instruments économiques, la gestion de la qualité des combustibles, la tarification, et l'étude des incidences de la pollution atmosphérique sur la santé.
- **L'amélioration du rendement énergétique et une réorientation vers des sources d'énergie modernes.**
- **Un investissement dans le renforcement des capacités** de gestion et de planification des ressources énergétiques.

5. La violence et les traumatismes : un problème de santé publique

La violence est l'une des principales causes de décès dans le monde pour la tranche d'âge des 15-44 ans, plus de 90 % des décès dus à la violence survenant dans les pays en développement²⁵. On estime qu'en 2000, 1.6 million de personnes sont mortes des suites d'actes de violence, qu'il s'agisse de violence collective (guerres et conflits violents à grande échelle), de violence interpersonnelle ou de violence contre soi-même. L'impact des conflits tant sur la santé des pauvres que sur les services de santé est abordé dans le chapitre 2, section 3. Outre la violence, les accidents de la route sont une cause majeure de décès et de

traumatismes dans les pays en développement et ils interviennent dans près de 90 % des décès liés à la circulation survenant dans le monde^{26, 27}.

Les individus appartenant aux groupes socio-économiques les plus défavorisés sont les plus exposés à la violence, et des facteurs liés à la pauvreté, comme un logement insalubre, le manque d'instruction et le chômage, accroissent le risque de violence. C'est ainsi que, statistiquement, les femmes pauvres sont plus exposées à la violence de leurs partenaires et que les jeunes des milieux pauvres sont plus susceptibles d'être impliqués dans des actes de violence. La violence entraînant la mort, notamment si elle touche des apporteurs de revenu, augmente le risque d'appauvrissement et le rapport de dépendance. La pauvreté réduit la probabilité d'avoir accès aux services de santé, et les traumatismes se traduisent par une moindre productivité et une perte de revenu.

Une approche de la violence et des traumatismes s'inscrivant dans le contexte de la santé publique met l'accent sur la prévention. Cette section prend deux exemples – la violence interpersonnelle et les accidents de la route – pour mettre en lumière leurs effets sur la santé des pauvres et la nécessité d'interventions multisectorielles.

5.1. Violence interpersonnelle

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

En 2000, la violence interpersonnelle a causé au moins 520 000 décès, mais ce chiffre sous-estime la charge véritable qu'impose la violence dans la mesure où la violence n'entraînant pas la mort est largement sous-déclarée et sévèrement stigmatisée. Les enquêtes donnent toutefois à penser que *les femmes et les jeunes filles pauvres sont particulièrement exposées à la violence physique, sexuelle et psychologique*, ce qui recouvre le viol, la mutilation génitale, le mariage et la prostitution forcés, la maltraitance des veuves, l'abandon moral des personnes âgées, et le meurtre (tant de nourrissons de sexe féminin que de jeunes femmes). Chaque année, deux millions de femmes et de jeunes filles subissent une mutilation génitale, tandis que des milliers d'autres sont tuées par des membres de leur famille pour protéger « l'honneur familial ». De plus, on estime que chaque année deux millions de jeunes filles participent au commerce international du sexe. Il semblerait aussi que, compte tenu du sexe et de l'âge, l'exposition à la violence soit beaucoup plus forte pour les jeunes appartenant à des catégories socio-économiques défavorisées. Dans les pays en développement, les femmes perdraient 5 % de leurs années de vie en bonne santé par suite de viols ou de violences familiales.

La violence interpersonnelle a des conséquences directes allant du traumatisme au décès ; ses effets sont aggravés lorsque l'accès aux soins médicaux est refusé aux femmes. Les femmes victimes de la violence sont aussi plus exposées au risque de voir leur santé se détériorer sous l'effet de diverses maladies et affections. En particulier, la violence sexuelle peut entraîner une grossesse non désirée et des maladies sexuellement transmissibles, comme le VIH, et la violence des partenaires entre pour une très large part dans la mortalité maternelle. Les femmes maltraitées sont plus susceptibles de devenir des usagers chroniques des services de santé et d'alourdir ainsi les dépenses de santé. Par ailleurs, plusieurs études consacrées au fardeau économique résultant de la violence interpersonnelle et aux conséquences de celle-ci sur la santé ont fait apparaître qu'au Nicaragua par exemple, les femmes victimes de maltraitance familiale gagnaient 46 % de moins que les femmes qui n'en sont pas victimes, compte tenu des autres facteurs susceptibles d'affecter les gains.

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

La violence interpersonnelle peut être sensiblement réduite²⁸. La création de sociétés en bonne santé et en sécurité requiert un engagement multisectoriel des gouvernements et des collectivités afin de sensibiliser les populations au problème de la violence, d'encourager la conception et l'expérimentation de programmes de prévention, et de partager les enseignements tirés de l'expérience. Les organismes d'aide peuvent soutenir les efforts déployés par les pays partenaires dans les domaines suivants :

- **L'adoption d'une approche de la santé publique accompagnée de ressources suffisantes qui soit centrée sur la prévention** et contribue à réduire la violence moyennant l'élaboration de politiques et de plans nationaux, la facilitation de la collecte des données et l'instauration de partenariats multisectoriels.
- **L'intégration de la prévention de la violence dans les politiques sociale, de santé et d'éducation.**
- **La formation du personnel de santé** – qui a un rôle essentiel à jouer en dispensant des soins et des conseils et en apportant un soutien psychosocial aux victimes d'actes de violence, mais aussi en décelant les signes d'incidents violents.

5.2. Accidents de la route

Principaux liens avec la pauvreté et la santé

Les accidents de la route tuent plus d'un million de personnes par an dans les pays en développement ; dans le monde, le nombre d'accidentés ou de handicapés atteint 10 millions²⁹. Les pauvres sont plus exposés aux accidents de la route, notamment en tant qu'usagers vulnérables : piétons, cyclistes, utilisateurs de deux roues à moteur ou encore passagers de minibus. Ces catégories entrent pour 90 % dans les accidents mortels dans les pays en développement. On estime que d'ici 2020, les accidents de la route seront la troisième cause de morbidité mondiale. *Dans les pays en développement, les accidents de la route sont une des principales causes de mortalité et de morbidité ; ils imposent un énorme fardeau aux systèmes nationaux de santé.* D'après une étude, les accidentés de la route peuvent à tout moment occuper jusqu'à 25 % des lits d'hôpitaux, causant par là de graves problèmes économiques et sociaux, et ponctionnant une forte part de ressources nationales déjà limitées³⁰.

Des véhicules mal entretenus, de mauvaises infrastructures routières et des services inefficaces pour faire appliquer la loi représentent une accumulation de risques sur la route sans précédent. Des soins inadéquats des traumatismes, des infrastructures de santé publique déficientes et des soins préhospitaliers réduits aggravent les lésions, impliquent des traitements plus longs et/ou entraînent des séquelles invalidantes³¹. Les personnes les plus touchées par des traumatismes ont moins de 45 ans et leur productivité en est souvent sérieusement diminuée. Ce sont les personnes appartenant à la tranche de revenu la plus faible qui sont les plus exposées au risque. La disparition d'un apporteur de revenu, le coût élevé de soins médicaux prolongés, notamment en cas d'hospitalisation, et la perte du revenu familial par suite d'une incapacité peuvent plonger une famille dans la pauvreté. Ces accidents et leurs suites peuvent avoir des répercussions sur la famille élargie et les systèmes informels de soutien communautaire qui sont souvent mis à contribution pour régler des factures de soins médicaux pour la famille endeuillée³².

Recommandations à l'intention des organismes d'aide

Il faut s'attacher davantage à rendre l'environnement plus sûr pour ceux qui n'utilisent pas de voiture, mais qui risquent fort d'être heurtés par un véhicule. Les types d'accidents de la route dans les pays en développement étant très différents de ceux qui se produisent dans les pays développés, les stratégies de prévention ne sauraient être transposées tout simplement des uns chez les autres. Des programmes efficaces de prévention des accidents de la route sont actuellement mis en œuvre dans certains pays, souvent à titre expérimental. Les organismes de coopération pour le développement peuvent favoriser la prévention en soutenant l'évaluation et la reproduction de programmes efficaces présentant notamment les caractéristiques suivantes :

- **L'élaboration d'une approche multisectorielle** – consistant à améliorer, par exemple, la collecte de données par le financement de systèmes de recensement des accidents dans les hôpitaux, les dispensaires et les postes de police. Des groupes de personnes travaillant dans les secteurs de la santé, de la police, des transports et de l'éducation devraient concevoir des interventions à partir d'une analyse des données. Parmi les interventions possibles figurent l'adoption et le contrôle de l'application de règlements concernant le port obligatoire de ceintures de sécurité et l'interdiction absolue de brûler les feux rouges, et de lois relatives au port du casque et à la consommation d'alcool.
- **L'utilisation des circuits des secteurs de la santé et de l'éducation pour sensibiliser les populations au problème de la sécurité** et renforcer celle-ci en centrant particulièrement l'attention sur les enfants et les usagers de la route vulnérables.
- **L'amélioration des chaussées** et la réalisation d'autres ouvrages de travaux publics, comme des ronds-points et des passerelles réservées aux piétons, qui peuvent réduire le nombre d'accidents.
- **La mise en place de systèmes appropriés de gestion des risques financiers pour mettre les ménages à faible revenu à l'abri** de dépenses de santé excessivement lourdes encourues à la suite d'accidents de la route.

Notes

1. L'investissement dans l'éducation de base pour les filles produit l'un des rendements les plus élevés de tous les programmes de développement économique. Les femmes instruites sont plus susceptibles d'envoyer leurs enfants à l'école, gagnent mieux leur vie, ont plus de chances de participer à la vie de la collectivité et à la protection de l'environnement, et ont des enfants moins nombreux et en meilleure santé. Les sociétés qui refusent aux filles l'accès à l'éducation ont une situation sanitaire moins bonne et une croissance économique plus faible.
2. Les technologies de l'information et des communications (TIC) peuvent être un précieux instrument d'éducation sanitaire et permettre un recours accru aux stations de radio locales, à la radio-télévision, aux télécommunications, etc. aux fins d'une large diffusion de messages sur la santé.
3. FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation) (2001), La Réduction de la faim dans le monde subit un ralentissement, selon la FAO – Dans la plupart des pays en développement, le nombre de personnes sous-alimentées a même augmenté. *Communiqué de presse 01/69*. Accessible à l'adresse suivante : www.fao.org/waicent/ois/press_ne/presseng/2001/pren0169.htm
4. Deux indicateurs de performance sont le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale et la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique.
5. ACC/SCN et IFPRI (2000), Fourth Report on the World Nutrition, sous-comité de la nutrition du Comité administratif de coordination (Nations Unies). Voir aussi ACC/SCN (2002), *Nutrition: A Foundation for Development*, ACC/SCN, Genève.

6. UNICEF (2001), *Vitamin A Deficiency*. Accessible à l'adresse : www.childinfo.org/eddb/vita_a/index.htm
7. Banque mondiale (2002), *Reaching the Rural Poor*. Accessible à l'adresse : <http://wbln0018.worldbank.org/ESSD/rdu/vta.nsf/Gweb/Strategy>
8. Banque mondiale (2002), *ibid.*
9. Voir Smith, L. et Haddad, L. (2000), *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices*. 2020 Brief No. 64, IFPRI. Accessible à l'adresse : www.ifpri.org/2020/briefs/number64.htm
10. Alderman, H. et al. (2001), *Reducing Child Malnutrition: How Far Does Income Growth Take Us?*, CREDIT Research Paper No. 01/05, Université de Nottingham. Accessible à l'adresse : www.nottingham.ac.uk/economics/credit/research/papers/cp.01.05.pdf
11. OMS (2002), Résolution 55.25 de l'Assemblée mondiale de la santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Cette résolution insiste aussi sur le rôle de la collectivité qui peut être renforcé par une attitude positive à l'égard de la mère et de l'enfant dans les hôpitaux et sur les lieux de travail, et sur la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé.
12. Groupe de travail WEHAB (2002a), *Cadre d'action concernant la santé et l'environnement*, Nations Unies. Accessible à l'adresse : www.johannesburgsummit.org/html/documents/summit_docs/wehab_papers/wehab_health.pdf
13. Voir la Convention sur les produits chimiques (C170, 1990) de l'OIT et la Convention de l'OIT sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (C176, 2001) et autres conventions et recommandations sur la santé et la sécurité. Accessible à l'adresse : www.ilo.org
14. Voir l'objectif 7, cible 10 des OMD, et le Plan de mise en œuvre du Sommet mondial pour le développement durable (version provisoire du 4 septembre 2002).
15. On fait ici référence à la gestion sans risque des déchets. Les hôpitaux et les établissements sanitaires sont eux-mêmes une source de déchets toxiques qui peuvent porter atteinte à l'environnement et avoir une incidence sur la santé des pauvres.
16. Les maladies diarrhéiques causent 3.3 millions de décès prématurés par an, le trachome entraîne la cécité de 6 à 9 millions de personnes par an et la schistosomiase touche 200 millions d'individus chaque année. WELL (1999), *DFID Guidance Manual on Water Supply and Sanitation Programmes*, WELL Resource Centre. Accessible à l'adresse : www.Ibono.ac.uk/well/index.htm
17. Groupe de travail WEHAB (2002a), *op. cit.*
18. OMS (1996), document d'information sur le thème « Fonder les villes-santé du XXI^e siècle » établi pour la Conférence des Nations unies sur les établissements humains, Habitat II, OMS, Genève.
19. Groupe de travail WEHAB (2002b), *Cadre d'action pour l'eau et l'assainissement*. Accessible à l'adresse : www.johannesburgsummit.org/html/documents/summit_docs/wehab_papers/wehab-water-sanitation.pdf
20. Groupe de travail WEHAB (2002a), *op. cit.*
21. Kammen, D.M. (1995), « Cookstoves for the Developing World », *Scientific American*, juillet, pp. 64-66.
22. *Ibid.*
23. Groupe de travail WEHAB (2002a), *op. cit.*
24. Groupe de travail WEHAB (2002a), *op. cit.*
25. La plupart des données statistiques sur la violence sont tirées de OMS (2002), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, Genève.
26. Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (1996), *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions*, Harvard University Press, Boston.
27. Krug, E. (dir. pub.) (1999), *Injury. A Leading Cause of the Global Burden of Disease*, OMS, Genève.
28. Ces recommandations sont tirées de OMS (2002), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, Genève et de l'expérience du GTZ (German Agency for Technical Co-operation).
29. Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (1996), *op. cit.*

30. Andrews, C.N, O.C. Kobusingye, O.C et R. Lett (1999), « Road Traffic Accident Injuries in Kampala », *East African Medical Journal* ; vol. 76, n° 4, pp. 189-194 ; Hajar, M., C. Carrillo, M. Flores, R. Anaya, et V. Lopez (2000), « Risk factors in highway traffic accidents: a case control study », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 32, pp. 703-709.
31. Nantulya V. et M. Reich (2002), « The Neglected Epidemic: Road Traffic Injuries in Developing Countries », *British Medical Journal* ; pp. 324:1139-1141.
32. Jamison, D.T. (1996), « Investing in Health Research and Development », *Rapport du Comité ad hoc sur la recherche en santé de l'Organisation mondiale de la Santé concernant les options d'interventions futures*, OMS, Genève.

Chapitre 4

Cadres et instruments de programmation et de suivi de la santé

Résumé. *Les organismes d'aide ont pour mission de soutenir les politiques de santé favorables aux pauvres que les pays partenaires se sont appropriées. Ils ont recours, pour ce faire, à toute une gamme d'approches et d'instruments favorisant la coopération : dialogue sur les orientations, soutien budgétaire, programmes sectoriels, projets, coopération technique, allègement de la dette et initiatives mondiales en faveur de la santé. Pour être efficaces, ces instruments et approches doivent s'inscrire dans des cadres adoptés par le pays, comme la Stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP). En complément, un programme national pour le secteur de la santé peut constituer un cadre propice à la négociation et au soutien des politiques susceptibles d'améliorer la santé des pauvres. L'approche sectorielle vise expressément à renforcer la coordination entre les organismes pour améliorer les politiques de santé arrêtées par les gouvernements et s'appuie de plus en plus sur les autorités nationales pour les procédures de gestion, de mise en œuvre et de financement. Les organismes d'aide doivent assister les pays partenaires dans le suivi des performances du système de santé et de ses résultats, et de la mesure dans laquelle le système est favorable aux pauvres. C'est là leur contribution à la mise en œuvre de la SLP et des programmes du secteur santé.*

1. Introduction

Le souci de promouvoir les OMD relatifs à la santé doit donner lieu à l'instauration d'une relation durable avec les pays partenaires. Les organismes d'aide doivent s'efforcer de constituer des partenariats leur permettant *de soutenir des politiques en faveur de la santé des pauvres arrêtées par les pays bénéficiaires, et de coordonner leur action avec celle d'autres organisations bilatérales et multilatérales* afin d'assurer la cohérence des approches.

Les organismes d'aide disposent à cette fin d'un ensemble d'instruments et d'approches favorisant la coopération : dialogue sur les orientations, soutien budgétaire, programmes sectoriels, projets, coopération technique, allègement de la dette ou initiatives mondiales en faveur de la santé. *Pour être efficaces, ces instruments et approches doivent s'inscrire dans des cadres approuvés d'un commun accord*, qui permettent de fixer les priorités et de cibler les interventions. Le cadre principal est la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SLP) décrite ci-dessous. En complément, un programme pour le secteur de la santé peut constituer un cadre propice à la négociation et à la définition des priorités du secteur de la santé, en particulier pour entamer le dialogue sur les mesures et les interventions susceptibles d'améliorer la santé des pauvres. L'approche sectorielle est examinée dans ce contexte, car elle vise expressément à renforcer la coordination entre les organismes pour une amélioration des politiques de santé arrêtées par les gouvernements, et s'appuie de plus en plus sur les autorités nationales pour les procédures de gestion, de mise en œuvre et de financement.

2. Instruments de coopération pour le développement en faveur de la santé des pauvres

Chacun des instruments sur lesquels se fonde la coopération pour le développement a ses avantages et ses inconvénients. Ils doivent être choisis et associés de façon à bien correspondre aux conditions nationales. La question à l'ordre du jour est avant tout de trouver un juste équilibre entre ces instruments, tant sur un plan d'ensemble que pour chaque organisme d'aide.

- **Lorsque l'aide est fournie en amont sous forme d'aide-programme et de soutien budgétaire**, il faut envisager de se tourner vers des approches pilotées par les gouvernements, fondées sur des politiques élaborées au niveau national et enracinées dans les systèmes et les procédures du pays. Cependant, plus l'aide fournie se situe en amont, plus l'organisme d'aide doit s'assurer qu'il existe : i) un consensus sur les politiques gouvernementales et l'allocation de ressources en faveur de la santé et de la réduction de la pauvreté ; ii) des capacités suffisantes et la volonté de mener le programme à bien ; iii) des systèmes financiers et d'évaluation des résultats permettant de s'assurer que les ressources sont dépensées comme convenu dans les cadres fixés pour les dépenses du secteur de la santé ; et iv) des mécanismes adéquats de communication des informations et de suivi permettant de contrôler les résultats attendus sur le plan de la santé des pauvres. Un soutien budgétaire en amont permet de

répondre aux enjeux fondamentaux et aux questions d'allocation des ressources, et exige un investissement important en faveur du renforcement des capacités et de la réforme des politiques. Pour influencer sur la situation sanitaire, il doit donc faire l'objet d'un engagement à long terme de la part des partenaires du développement.

- **L'aide-projet en aval** peut apporter des avantages mesurables immédiats aux groupes vulnérables ciblés, mais ne permet pas toujours de répondre aux problèmes inhérents au système de prestations des soins, ni aux problèmes de pauvreté transversaux et profondément enracinés. Les organismes d'aide doivent s'assurer que les projets sont bien intégrés au programme pour le secteur de la santé et ont pour effet d'améliorer la capacité des autorités locales à planifier et à mettre en œuvre l'offre de services de santé. Il faut éviter à cet égard de multiplier le nombre de projets associés à des missions et à des mécanismes de mise en œuvre différents, qui font peser de lourdes charges sur les capacités limitées des pays partenaires.

3. Stratégies de lutte contre la pauvreté et santé

L'accent mis sur la réduction de la pauvreté, par exemple dans les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP)¹, pourrait avoir d'importantes conséquences sur l'élaboration et le financement des programmes en faveur de la santé des pauvres. Plus généralement, les stratégies de lutte contre la pauvreté sont en quelque sorte une importante source d'informations permettant de mieux comprendre la relation pratique entre les objectifs d'amélioration de la santé des pauvres et les politiques menées dans d'autres secteurs. Comme il est indiqué plus bas, il faut surmonter certaines difficultés pour tirer parti de la capacité des stratégies de promouvoir les politiques en faveur de la santé des pauvres. Les organismes d'aide, en particulier, peuvent soutenir les actions suivantes :

- **Faire participer les autorités responsables de la santé à la formulation des stratégies de lutte contre la pauvreté et accroître leur capacité d'influer sur l'élaboration des politiques.** Les pays partenaires ont besoin de temps pour conduire, élaborer et s'approprier leurs stratégies de lutte contre la pauvreté. La concertation entre les pouvoirs publics et la société civile devrait faire partie intégrante de ce processus. Dans le gouvernement, l'élaboration de la SLP est généralement conduite par un petit groupe dépendant du ministère des Finances ou des Affaires économiques et de la Planification, ou encore de la présidence. Cette valorisation des problèmes de pauvreté, ainsi traités aux plus hauts niveaux de l'administration, est un motif de satisfaction, mais il faut maintenir l'équilibre en s'appuyant sur des mécanismes qui permettent de s'assurer que les ministères sectoriels jouent un rôle véritable dans l'élaboration de la stratégie. L'expérience acquise dans l'élaboration des CSLP² semble indiquer que les ministères de la Santé, en particulier, ont peu contribué jusqu'à présent à la conception des stratégies de lutte contre la pauvreté en général et même, dans certains cas, au volet santé de ces stratégies. Les organismes d'aide devraient s'efforcer d'accroître leur capacité d'y participer. Ils devraient aussi soutenir les efforts réalisés pour que les préoccupations sanitaires de la société civile (parlement, collectivités locales, organisations communautaires et syndicales, groupes de protection de la santé des femmes et secteur privé) soient prises en compte dans les choix et les priorités des politiques.

- **Mettre l'accent sur les liens de cause à effet entre l'amélioration de la santé et la réduction de la pauvreté.** La plupart des stratégies de lutte contre la pauvreté reconnaissent que la santé est une dimension de la pauvreté et beaucoup d'entre elles soulignent directement ou indirectement l'importance de l'amélioration de la santé pour le développement et la croissance. La santé apparaît en fait comme un élément fondamental de la plupart des cadres stratégiques³. Pourtant, même s'il y a peu de place pour de telles analyses dans les SLP, on peut déplorer qu'elles étudient rarement en profondeur les liens de causalité qui existent.
- **Améliorer les liens avec les programmes du secteur de la santé et les mesures en faveur de l'égalité entre les sexes.** Jusqu'à présent, les liens entre les stratégies de lutte contre la pauvreté, les programmes du secteur de la santé et les mesures en faveur de l'égalité entre les sexes sont restés fragiles. La stratégie de lutte contre la pauvreté laisse peu de place à l'analyse sectorielle détaillée et, souvent, n'est pas assez précise pour établir clairement les priorités ou faire accepter des décisions difficiles. En outre, il arrive souvent que les objectifs fixés dans l'un ou l'autre de ces cadres ne correspondent pas entre eux. Pour aider les pays partenaires à établir des liens explicites entre la santé, l'égalité homme-femme et la SLP, les organismes d'aide peuvent avoir recours aux moyens suivants :
 - ❖ S'assurer que les objectifs de la SLP figurent dans les programmes sectoriels de la santé et dans les cadres nationaux mis en place sur l'égalité homme-femme, et *vice versa*, et s'accompagnent de stratégies solides permettant de parvenir aux résultats attendus.
 - ❖ Encourager l'utilisation de méthodes d'analyse propres au secteur de la santé, pour apporter des informations à l'appui des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté et renforcer les capacités des ministères de la Santé en matière d'analyse de la problématique homme-femme et de la pauvreté⁴.
 - ❖ Utiliser le cadre de la SLP pour encourager le ministère de la Santé à communiquer avec d'autres ministères, y compris ceux qui sont responsables de la condition féminine, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation et de l'alimentation, afin d'élaborer des stratégies multisectorielles, connues pour avoir des effets notables sur la santé des populations pauvres (voir chapitre 3).
- **Étudier la valeur ajoutée apportée par la stratégie de lutte contre la pauvreté du point de vue de la santé.** Les SLP ne peuvent et ne doivent pas remplacer les programmes existants du secteur de la santé, mais elles offrent la possibilité de porter sur ces derniers un regard neuf afin de s'assurer de leurs effets positifs sur la santé des pauvres. Les organismes d'aide, en collaboration avec les gouvernements, doivent se servir de la SLP pour commencer à réévaluer les stratégies sanitaires en place en fonction de leurs résultats sur la pauvreté, plutôt que se contenter de dégager des programmes sanitaires nationaux les éléments perçus comme favorables aux pauvres.

4. Les programmes sectoriels dans le domaine de la santé et leur efficacité dans la lutte contre la pauvreté

Les programmes sectoriels dans le domaine de la santé fournissent un cadre essentiel à la coopération pour le développement mise en place à l'appui des politiques nationales de santé. Ils peuvent bénéficier de l'ensemble des instruments d'aide, tels que projets ou soutien du budget global dans lequel ils s'inscrivent. Ils permettent aux organismes d'aide d'entamer le dialogue sur les mesures et interventions susceptibles d'améliorer la santé des pauvres.

4.1. Axer les programmes pour le secteur de la santé sur des objectifs de lutte contre la pauvreté

Pour répondre aux besoins et aux priorités des pauvres en matière de santé, les programmes sectoriels doivent être explicitement axés sur des objectifs et des approches favorables aux pauvres. Pour y parvenir les organismes d'aide devraient privilégier plusieurs moyens :

- **La prise de décision sur les mesures à prendre pour améliorer la santé des populations pauvres doit se fonder sur une analyse rigoureuse de la pauvreté et de la problématique homme-femme⁵.** Il est par exemple nécessaire de mieux comprendre quels sont les services que les pauvres utilisent et pour quelles raisons, de quelle manière la problématique homme-femme agit sur l'accès aux services avec quelles conséquences, et comment les financements sont utilisés pour faire face aux problèmes prioritaires. Les organismes d'aide doivent appuyer le renforcement des capacités dans ce domaine à l'intérieur du ministère compétent et d'autres institutions, s'assurer que l'analyse de la pauvreté et de la problématique homme-femme figure dans les cycles de planification sectorielle et d'évaluation, et encourager un dialogue ouvert sur les résultats obtenus. L'appropriation des programmes par les gouvernements nationaux ne doit pas exclure l'examen des questions qui ne sont pas encore prioritaires pour eux, comme la santé des populations pauvres et l'égalité homme-femme. Le dialogue sur les politiques à suivre peut s'appuyer sur les priorités définies à l'échelle internationale, notamment dans le cadre des conférences des Nations Unies⁶.
- **Des systèmes de santé réceptifs supposent un dialogue dynamique entre les décideurs et les bénéficiaires.** Les programmes sectoriels ne prévoient pas toujours la participation des parties intéressées. Les organismes d'aide doivent cependant faire en sorte que la consultation et la participation continuent d'être assurées dans tous les cycles de planification et d'évaluation du secteur de la santé, à la fois à travers les structures existantes (collectivités locales, ONG, organisations communautaires et groupes de femmes) et au moyen d'approches novatrices permettant de recueillir les avis des populations pauvres ou difficiles à atteindre et des groupes sous-représentés.
- **Le programme sectoriel doit inclure les politiques et les services qui touchent le plus directement les populations pauvres** et les femmes pauvres en particulier (soins primaires, obstétrique de base, par exemple) ainsi que ceux dont le financement influe directement sur les ressources globales mises à la disposition des services en faveur des pauvres comme, par exemple le financement des hôpitaux universitaires, mais aussi les programmes de prévention du VIH/sida, de soins et de soutien aux malades. En principe, le programme sectoriel devrait s'efforcer de couvrir l'ensemble des services en faveur des populations pauvres, c'est-à-dire les programmes de santé publique, des services de santé, un financement des soins et une protection sociale (comme il est expliqué aux chapitres 2 et 3).
- **Le programme ne doit pas se limiter au secteur public mais inclure également le secteur privé et les ONG.** La contribution du secteur privé de la santé nécessite souvent une redéfinition des relations avec les pouvoirs publics (voir chapitre 2). Les organismes d'aide peuvent souhaiter encourager des formes contractuelles de relations en réorientant les financements des ONG par l'intermédiaire des systèmes gouvernementaux. Ils doivent cependant réfléchir à l'incidence de telles décisions sur le pilotage et l'innovation, qui sont

souvent des domaines d'excellence des ONG, et se demander si le financement de services en faveur de groupes minoritaires ou de groupes d'intérêts particuliers est politiquement acceptable.

- **Les initiatives mondiales en faveur de la santé doivent être intégrées au programme du secteur de la santé.** Dans le cadre de ces initiatives, des financements importants sont apportés à des programmes fondamentaux en faveur des populations pauvres (voir chapitre 2). Cependant, il est difficile de les intégrer aux processus nationaux de planification de la santé, en raison de leurs orientations distinctes et des modalités de financement vertical qui les caractérisent. Les organismes d'aide doivent s'assurer que les initiatives mondiales ne portent pas atteinte à l'appropriation locale ni aux progrès de la capacité nationale à planifier et à financer en l'absence de crédits affectés d'avance. Ils peuvent y parvenir : i) en s'assurant que les initiatives mondiales en faveur de la santé sont intégrées dans la stratégie de lutte contre la pauvreté, dans les plans nationaux en faveur de la santé et dans les cadres de dépenses à moyen terme ; ii) en essayant de remédier au manque de cohérence qui peut exister entre les contributions des initiatives mondiales en faveur de la santé et les structures nationales de reddition des comptes, grâce à des procédures communes de financement, de suivi et d'évaluation ; et iii) en rattachant la coordination nationale des initiatives mondiales aux structures de gestion, aux examens annuels du secteur santé et aux mécanismes de suivi du ministère de la Santé.
- **Le programme sectoriel devrait s'inscrire dans le cadre de systèmes bien conçus et gérés de façon décentralisée.** Dans de nombreux pays, la décentralisation est considérée comme essentielle à la mise en place de services accessibles, répondant aux besoins des populations pauvres, dans le secteur de la santé comme dans d'autres. Or, les programmes sectoriels sont négociés avec le gouvernement central et, en général, s'appuient, pour la consultation des collectivités locales, sur les mécanismes institutionnels existants, qui peuvent être insuffisants, peu transparents et peu représentatifs. Les organismes d'aide peuvent contribuer à faire en sorte que les programmes du secteur de la santé favorisent le processus de décentralisation et le renforcement des capacités locales à fournir les services appropriés.

4.2. Adopter une approche sectorielle à l'égard de la programmation et de la prestation des services de santé

Les approches sectorielles de la santé doivent faire l'objet d'une attention particulière, car elles sont relativement nouvelles et visent à renforcer la coordination. L'approche sectorielle est un programme du secteur de la santé, comme expliqué ci-dessus : i) incontestablement conduit et pris en main par le gouvernement partenaire ; et ii) bénéficiant des efforts concertés de partenaires extérieurs qui essaient en particulier d'apporter la totalité ou l'essentiel du financement nécessaire au secteur pour soutenir le programme unique de mesures et de dépenses du gouvernement. Avec le temps, certaines approches sectorielles progressent vers l'utilisation de procédures gouvernementales pour la gestion et le versement des fonds. En pratique, la plupart des programmes ont entrepris de mobiliser des financements provenant de sources diverses, d'élargir la couverture sectorielle, de faire mieux correspondre les projets en cours aux priorités du secteur, d'établir des procédures communes et d'accorder une plus grande confiance au gouvernement en matière de gestion.

Lorsqu'une approche sectorielle est adoptée, elle peut contribuer à renforcer la participation locale, la transparence et les capacités du pays partenaire. Elle n'est cependant pas une panacée, et n'est indiquée que lorsque certaines conditions

préliminaires fondamentales sont remplies pour l'essentiel. La décision de s'appuyer sur une approche sectorielle doit résulter d'une évaluation précise des conditions, en particulier macroéconomiques, administratives et institutionnelles, du pays partenaire.

● **Pour que l'adoption d'une approche sectorielle en faveur de l'amélioration de la santé des populations pauvres se justifie, il faut qu'elle s'inscrive dans le contexte suivant :**

- ❖ Le pays partenaire s'est doté d'une stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP) et s'est engagé à la mettre en œuvre.
- ❖ Les organismes d'aide et les pouvoirs publics peuvent parvenir à un accord sur les mesures et les priorités qui permettront de promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres.
- ❖ L'environnement budgétaire macroéconomique est favorable et toutes les parties en présence sont assurées que les ressources publiques convenues seront engagées pour encourager une approche de la santé favorable aux pauvres.
- ❖ Les mécanismes comptables et fiduciaires sont transparents.
- ❖ La contribution extérieure au secteur de la santé est suffisamment importante pour que la coordination pose des problèmes, et que le gouvernement soit prêt à laisser les organismes d'aide exercer leur influence ; les pouvoirs publics doivent comprendre qu'il est plus avantageux de piloter la gestion d'une coopération composite en faveur du développement que d'administrer des financements fragmentés en provenance de divers organismes.
- ❖ Il existe une masse critique d'organismes d'aide actifs dans le secteur de la santé et prêts à harmoniser leurs approches de la gestion, du suivi et, dans une certaine mesure, leurs dispositifs de financement.

Une approche sectorielle nécessite un partenariat dans le cadre duquel le gouvernement et les organismes d'aide modifient leurs relations (pour donner plus clairement la direction des opérations au gouvernement). Leur collaboration porte davantage sur l'élaboration des politiques et moins sur les détails de leur mise en œuvre. Ce partenariat devrait être fondé sur les éléments suivants : création d'un climat de confiance mutuelle et d'engagement plus grand ; partage des responsabilités face aux problèmes à résoudre ; acceptation du principe de la responsabilité conjointe et renoncement des donateurs à individualiser leur soutien ; gestion collective se substituant au contrôle et à l'administration de chaque transaction par les organismes d'aide ; et acceptation de niveaux plus élevés de risques financiers et institutionnels. Ces conditions présentent des difficultés pour les organismes d'aide, sur le plan des investissements à réaliser pour promouvoir l'appropriation et la transparence, renforcer les capacités du gouvernement partenaire, et aussi modifier leurs propres pratiques afin de faciliter la mise en place d'une approche sectorielle :

- **Promouvoir l'appropriation locale et la transparence.** L'approche sectorielle a incontestablement pour but d'assurer une forte appropriation par le gouvernement, essentielle pour que celui-ci joue un rôle pilote dans l'amélioration de la santé et la lutte contre la pauvreté. Une planification sectorielle intégrée, permettant de passer d'un ensemble de projets fragmentés à un système unifié, est un excellent instrument d'amélioration de l'appropriation et du contrôle par le gouvernement. Elle exige aussi que les organismes d'aide renoncent à leurs pratiques directives et à leur souci de tous les détails de la mise en œuvre, et qu'ils se concentrent sur les résultats attendus et les grandes orientations à adopter pour y parvenir. Il faudrait tenir compte des

préoccupations légitimes des organismes d'aide à l'égard de l'utilisation des fonds qu'ils ont versés, en adoptant des indicateurs de performance et en constituant des systèmes de gestion appropriés, dans lesquels s'inscrirait le processus d'examen annuel du programme du secteur de la santé. De nouvelles formes de partenariat mises en place pour une plus grande transparence visent à faciliter l'appropriation tout en assurant les performances, notamment par l'affectation des financements, des versements progressifs en fonction de critères de résultats définis par avance, des examens annuels conjoints, des aide-mémoire rappelant les objectifs de mise en œuvre approuvés, et des règles fondamentales contenues dans des « protocoles d'accord » et des « codes de conduite ».

- **Renforcer les capacités du gouvernement.** L'objectif premier d'une approche sectorielle est de renforcer les capacités du gouvernement, c'est-à-dire les capacités de s'approprier, de conduire, de mettre en œuvre et de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Elle offre la possibilité d'investir dans l'amélioration des capacités des grands systèmes gouvernementaux, sans se limiter au ministère de la Santé. Les problèmes qui gênent le ministère de la Santé proviennent souvent d'autres ministères plus puissants. Les organismes d'aide doivent donc collaborer plus largement avec les pouvoirs publics dans des domaines tels que le recrutement et les résultats du personnel, la gestion, l'établissement du budget, la comptabilité et les marchés publics. Ils doivent aussi, au-delà de leur mission technique, partager les investissements en faveur du renforcement des capacités, renoncer aux micro-initiatives et avoir le courage de s'attaquer à des problèmes plus fondamentaux. Dans la mesure où l'approche sectorielle enlève aux organismes la responsabilité des détails de la gestion des projets, le partenariat exige un dialogue de qualité sur les grandes orientations du développement.
- **Modifier les pratiques des organismes d'aide.** De nombreux organismes d'aide pensent que la nécessité de modifier leur comportement et leur façon de travailler est l'une des plus grandes difficultés que pose la création d'un environnement favorable aux approches sectorielles. Pour soutenir l'approche sectorielle, ils doivent prendre part à la coordination, adhérer à la stratégie sectorielle, accepter une certaine harmonisation dans la notification d'informations, permettre au gouvernement de diriger la mise en œuvre des projets en cours, et accepter des modalités de financement fongibles. Lorsque les organismes d'aide conservent leur propre système de notification et de gestion, l'approche sectorielle ne peut que partiellement améliorer l'appropriation et les capacités. Celle-ci doit permettre à la fois à l'organisme d'aide de rendre compte à ses mandants au niveau national, et aux gouvernements partenaires de mieux rendre compte à leur population de l'utilisation des fonds reçus de l'extérieur. Il faut pour cela que les gouvernements soient mieux à même de gérer l'utilisation des fonds et qu'ils s'approprient les résultats obtenus.

Pour assurer la viabilité des approches sectorielles, il est important que les organismes d'aide renoncent à leurs propres exigences de résultats immédiats. Les systèmes traditionnels de suivi, dans la mesure où ils mettent l'accent sur des indicateurs à court terme, ne permettent pas toujours de prendre immédiatement conscience des progrès réalisés. Cependant, le programme du secteur de la santé doit aussi comprendre un système de suivi rigoureux – utilisé par les gouvernements partenaires ainsi que par les organismes d'aide – qui ne se contente pas de mesurer les processus (voir la section suivante).

Il ne s'agit pas pour les organismes d'aide de cesser de soutenir des projets pour se tourner vers les approches sectorielles et le soutien budgétaire à l'exclusion de toute autre forme d'aide. La difficulté à laquelle ils doivent faire face, individuellement et

collectivement, consiste à trouver le bon dosage entre ces trois formes de soutien, et entre celles-ci et l'aide apportée dans le cadre de programmes mondiaux, aux niveaux national et international. C'est un aspect qui mérite une attention continue et doit donner lieu à des apprentissages conjoints.

5. Mesure et suivi des progrès réalisés

5.1. Mesurer les performances du système de santé et les résultats obtenus

Dans le cadre de leurs efforts de mise en œuvre des stratégies de lutte contre la pauvreté et des programmes du secteur de la santé, les pays partenaires doivent évaluer les performances de leurs systèmes de santé et les avancées obtenues sur le plan sanitaire, et voir dans quelle mesure elles sont favorables aux populations pauvres. Il est essentiel d'une part d'évaluer les résultats sur le plan de la santé, compte tenu du rôle de plus en plus reconnu que les mesures et interventions d'autres secteurs jouent dans l'amélioration de la santé, ainsi que de l'importance donnée aujourd'hui au soutien budgétaire dans la coopération pour le développement. D'autre part, il faut surveiller les performances des systèmes de santé pour vérifier dans quelle mesure ils sont favorables aux populations pauvres, et pour cela disposer d'indicateurs sur les intrants et processus.

Les systèmes statistiques des pays partenaires sont souvent défectueux. Les pays à faible revenu disposent rarement de systèmes de collecte qui fonctionnent correctement et de données sur les causes de décès et l'incidence des maladies. Pour ces pays, il existe donc peu d'estimations de référence permettant de mesurer les effets des interventions sanitaires. Du fait de l'absence de données ventilées (par sexe, par catégorie de revenu, par région), il est en outre difficile de comprendre les conséquences des politiques et des interventions – dans le secteur de la santé et dans d'autres – sur la santé des populations pauvres.

Lorsque les pays disposent de données, celles-ci sont souvent mal gérées et mal utilisées. Les systèmes nationaux de planification et d'exécution s'accompagnent rarement de pratiques institutionnalisées d'utilisation des données tirées des systèmes d'information et de gestion pour une plus grande efficacité des programmes mis en œuvre. Les données sur la pauvreté réunies par le service national de statistiques sont rarement comparées aux données sur la santé enregistrées par le ministère de la Santé. Les systèmes de collecte d'informations qui dépendent d'organismes extérieurs – comme les enquêtes démographiques et sanitaires et les études sur la mesure des niveaux de vie – ne permettent que partiellement de combler ces lacunes, car ils sont rarement intégrés aux systèmes nationaux de l'information pour la gestion de la santé.

5.2. Des systèmes adéquats de suivi pour répondre à des besoins hiérarchisés

Pour mesurer les performances des systèmes de santé et les résultats obtenus sur le plan de la santé des pauvres, il faut un système d'information comprenant : i) une analyse des facteurs de pauvreté et de santé, en particulier des disparités entre les hommes et les femmes ; ii) des objectifs chiffrés réalistes et des critères de résultats ; iii) des données de référence ; iv) un suivi des politiques et des programmes (intrants/extrants/résultats), des indicateurs ayant été élaborés dès le stade de la planification (modélisation) ; v) une analyse des incidences en termes d'avantages ; vi) une évaluation des impacts ; et vii) des mécanismes de retour d'information.

- **Les pays partenaires doivent disposer de systèmes de suivi adéquats pour répondre à différents objectifs.** Des informations sont nécessaires pour la planification fondée sur

l'observation des faits, pour la transparence, la sensibilisation, la communication et la mobilisation de ressources. Les ministères de la Planification et des Finances ont besoin d'un panorama des performances de l'ensemble des secteurs pour justifier les budgets établis, évaluer les progrès de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et rendre compte des mesures prises dans le cadre de leurs obligations internationales.

- **Les systèmes de suivi doivent aussi concilier les besoins et les obligations nationaux et internationaux.** Le principal objectif devrait être de renforcer la collecte et l'analyse de données nationales à l'appui des décisions locales et du suivi de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté et du programme du secteur de la santé. Cependant, les pays ont aussi des obligations internationales, notamment celle de déclarer les maladies transmissibles. En outre, un consensus de plus en plus large se dessine en faveur de la surveillance de quelques indicateurs fondamentaux étroitement liés aux huit OMD (associés à 18 cibles et 48 indicateurs), et plus particulièrement des trois objectifs ayant trait à la santé qui figurent au tableau 2. Il faudra s'assurer que la surveillance des OMD dans chaque pays est bien intégrée aux systèmes de suivi en place.

Tableau 2. **Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé**

Objectifs et cibles de la Déclaration du millénaire	Indicateurs de suivi des progrès réalisés
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants	
Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ● Taux de mortalité infantile ● Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	
Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de mortalité maternelle ● Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans ● Taux d'utilisation de la contraception* ● Nombre d'enfants orphelins du sida
Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie ● Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent les moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme ● Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie ● Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable

* Qui inclut le taux d'utilisation des préservatifs. De toutes les méthodes contraceptives, l'utilisation des préservatifs est la seule qui soit vraiment efficace pour éviter la transmission du VIH. Le taux d'utilisation de la contraception sert aussi à suivre les progrès réalisés dans la poursuite des objectifs relatifs à la santé, à l'égalité entre les sexes et à la pauvreté.

Source : Banque mondiale (2002).

5.3. Efforts concertés en faveur d'un renforcement des capacités statistiques et de suivi

Le renforcement des infrastructures et des systèmes statistiques nécessite des efforts de grande ampleur. La meilleure solution consiste à adopter une approche coordonnée, intégrée au processus de formulation, de mise en œuvre et de suivi des stratégies de lutte contre la pauvreté.

L'évolution progressive en direction de l'aide-programme et du soutien budgétaire a mis en lumière les lacunes des systèmes de suivi existants. De nombreux organismes d'aide commencent à privilégier des formes d'aide qui se fondent sur les résultats, et lient le financement accordé à l'amélioration des résultats sanitaires. De nouvelles initiatives mondiales en faveur de la santé – comme celles du GAVI et du GFATM – mettent l'accent sur les résultats. Il est important que ces multiples systèmes de suivi soient intégrés à un système efficace piloté par le pays, et que les incitations négatives (à surestimer l'impact des maladies pour obtenir de l'aide ou à surestimer les résultats pour assurer le maintien des financements, par exemple) soient évitées.

Le Consortium PARIS21⁷, un partenariat de dirigeants, d'analystes et de statisticiens, se consacre au renforcement des systèmes statistiques et s'efforce à plus long terme d'encourager dans tous les pays, mais plus particulièrement dans les pays à faible revenu, la généralisation de pratiques de prise de décision et de suivi étayées par des données d'observation. Ses travaux permettront d'améliorer la transparence, la reddition des comptes et la qualité de la gestion.

Plusieurs organismes d'aide ont commencé des travaux de sélection d'indicateurs adaptés au suivi des performances des systèmes de santé et des résultats des programmes de santé favorables aux pauvres. Le DFID, par exemple, conduit un programme conjoint (sur les années 2003-2009) auquel participent entre autres la Commission européenne, la Banque mondiale et l'USAID, et qui a pour objectif d'améliorer la capacité de mesurer la pauvreté et la santé, de suivre les performances des systèmes de santé et d'évaluer les stratégies de lutte contre la pauvreté et les réformes mises en place dans le secteur de la santé afin d'atteindre les résultats attendus en matière de santé des populations pauvres.

L'une des fonctions essentielles de l'OMS (qui diffuse régulièrement les résultats sanitaires de tous ses États membres) est d'aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire. L'OMS réalise une *enquête sur la santé dans le monde* destinée à aider les pays à combler les principales lacunes de leurs systèmes d'information sanitaire. Elle s'efforce aussi d'améliorer le processus de validation des indicateurs utilisés pour les mesures courantes en recommandant le recours à cinq critères de qualité : validité, comparabilité entre populations et pays, fiabilité, vérification et validation dans le pays lui-même.

5.4. Principes de suivi des progrès destinés à guider la coopération pour le développement

En aidant les pays partenaires à se doter de systèmes de suivi efficaces et à mesurer les progrès réalisés dans l'amélioration de la santé des pauvres, les organismes d'aide doivent tenir compte des principes directeurs suivants :

- **Dans la mesure du possible, utiliser et consolider ce qui existe déjà.** Éviter de créer des systèmes parallèles. Tout effort doit contribuer à renforcer les capacités nationales et l'appropriation locale. Plusieurs pays ayant mis en place des approches sectorielles dans

le domaine de la santé (Ghana, Mozambique, Ouganda) ont déjà choisi une vingtaine d'indicateurs sectoriels qui peuvent servir de base au suivi des résultats en matière de santé⁸.

- **La mesure des résultats sanitaires obtenus et le suivi des performances des systèmes de santé ont autant d'importance.** Bien que l'accent soit mis sur les résultats sanitaires, il faut aussi vérifier dans quelle mesure ces systèmes profitent davantage aux pauvres en facilitant l'accès, l'équité et un financement équilibré des soins médicaux. Il faut pour cela assurer le suivi de variables comme les comportements de recherche de soins, la volonté et la capacité de payer, l'utilisation par sexe, l'efficacité, la qualité, l'accessibilité financière et les progrès réalisés dans la poursuite des différents OMD. De nouveaux indicateurs intermédiaires sont nécessaires pour mettre en rapport les processus du secteur sanitaire et les résultats obtenus sur le plan de la santé des pauvres, et il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les indicateurs proposés peuvent faire l'objet de mesures fiables et comparables.
- **La coordination, la collaboration et l'harmonisation des procédures sont importantes.** Les indicateurs utilisés dans les stratégies de lutte contre la pauvreté, les programmes sanitaires, les plans annuels et à moyen terme, ainsi que les stratégies par pays des organismes d'aide, doivent être cohérents. Il faut utiliser des indicateurs et des principes directeurs fondamentaux approuvés par tous les organismes et toutes les parties, et se limiter à un nombre restreint de variables utiles et pratiques. Les informations fournies doivent répondre aux besoins de la mise en œuvre des politiques et d'une bonne gestion publique. Les indicateurs doivent être bien adaptés, mesurables et capables de déceler les évolutions dans le temps ; en outre, la collecte des données ne doit pas entraîner de frais importants ni de charge de travail supplémentaire. La tendance croissante à faire reposer les décaissements de l'aide sur les résultats peut toutefois inciter à vouloir obtenir des financements supplémentaires par des moyens détournés.
- **Il faut investir dans le renforcement des capacités nationales de gestion de l'information** à l'intérieur et à l'extérieur du secteur public. La collaboration entre les pouvoirs publics et la société civile dans le domaine de l'évaluation des performances devrait être facilitée. Tous les programmes devraient prévoir un budget adéquat pour les activités de suivi et d'évaluation ; il est préférable que ce principe soit inscrit dans la stratégie de lutte contre la pauvreté. Le système national d'information sanitaire peut être complété par des travaux confiés à des universités indépendantes ou à d'autres établissements de recherche. Dans certains pays, il est possible d'étendre le réseau des sites sentinelles et des laboratoires démographiques, et d'exploiter de manière optimale les résultats d'enquêtes spéciales (comme les enquêtes démographiques et sanitaires).
- **Il faut accepter de rechercher des compromis entre la qualité des statistiques, l'exhaustivité et les coûts de la collecte de données représentatives.** Il est possible d'utiliser des mesures approchées et de dresser un tableau général des progrès réalisés à partir de données provenant de sources diverses et complémentaires. On peut commencer avec quelques indicateurs quantitatifs fiables et de bons indicateurs qualitatifs de mise en œuvre. Les pays devront financer les systèmes de données à moyen ou à long terme. Un système limité axé sur quelques indicateurs fondamentaux sera plus facilement gérable qu'un système complet. Les données fondamentales n'ont d'ailleurs pas besoin d'être toutes révisées chaque année, même dans le cadre du système de gestion courante de l'information sanitaire ; un suivi intermittent peut convenir pour certaines variables fondamentales.

Notes

1. Tous les pays à faible revenu qui reçoivent de la Banque mondiale et du FMI un soutien assorti de conditions libérales doivent se doter de stratégies de lutte contre la pauvreté. Celles-ci permettent d'affecter au niveau national et sectoriel les ressources dégagées par les allègements de dette et peuvent inciter les donateurs à accroître les financements apportés aux programmes axés sur la pauvreté.
2. OMS (2002), *Health in PRSPs – WHO Submission to World Bank/IMF Review of PRSPs*, décembre 2001.
3. OMS (2002), *PRSPs – Their Significance for Health*, octobre 2002, STU/PRSP/02.1.
4. En se servant de matériels de référence tels que : directives applicables aux évaluations de l'égalité homme-femme (niveaux micro/méséconomiques) ; listes de critères relatifs à la problématique homme-femme et destinés au secteur institutionnel et aux analyses organisationnelles (niveau mésoéconomique) ; directives à appliquer pour la prise en compte des questions d'égalité homme-femme dans les analyses budgétaires ; ouvrages de référence destinés à étayer les analyses de la problématique homme-femme ainsi que les analyses sectorielles macroéconomiques. Banque mondiale (2002), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*, volume 1, Banque mondiale, Washington.
5. Le Groupe de travail du CAD sur l'égalité homme-femme a établi un guide de référence sur l'égalité homme-femme et les approches sectorielles, qui met l'accent sur les relations entre la pauvreté, l'égalité homme-femme et des instruments d'aide comme les cadres de dépenses à moyen terme. Il note en particulier que les programmes sectoriels doivent : évoluer vers des cadres généraux pour l'égalité homme-femme ; intégrer l'égalité homme-femme dans les objectifs sectoriels au cadre national ; assurer le développement institutionnel et le renforcement des capacités en faveur de l'égalité homme-femme ; coordonner les programmes des organismes d'aide de l'égalité homme-femme dans les approches sectorielles. Ces instructions valent tout particulièrement dans le secteur de la santé, dont les capacités d'analyse de la problématique homme/femme sont souvent faibles. OCDE (2002), *Guide de référence sur les approches sectorielles et l'égalité homme-femme*, Comité d'aide au développement de l'OCDE, Paris.
6. On peut citer la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), le Sommet mondial pour le développement social (1995), la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), et le Sommet du millénaire (2000).
7. PARIS21 a été créé au cours d'une réunion qui s'est tenue à Paris en novembre 1999, à l'initiative des Nations Unies, de l'OCDE, de la Banque mondiale, du FMI et de la Commission européenne, en réponse à une résolution du Conseil économique et social des Nations Unies sur les indicateurs et le renforcement des capacités statistiques.
8. Le Ghana a défini 25 indicateurs qui mesurent les intrants, les extrants et les résultats sur le plan de l'accès, de la qualité, de l'efficacité et de l'efficacéité, du partenariat et du financement [Accorsi, S. (2002), « Measuring Health Sector Performance Through Indicators: Toward Evidence-Based Policy: A Review of the Experience of Performance Monitoring in the Framework of the Sector-Wide Approach in Ghana ». Document non publié de la Commission européenne, mars 2002].

Chapitre 5

Cohérence des politiques et biens publics mondiaux

Résumé. *Les problèmes de santé des pauvres ne connaissent pas de frontières. La mondialisation engendre de nouveaux risques pour la santé et en même temps offre des moyens de prévenir, de traiter ou de contenir les maladies. Les organismes d'aide et les pays partenaires doivent renforcer leur collaboration au niveau mondial. L'un des moyens est de promouvoir l'offre de biens publics mondiaux relatifs à la santé qui peuvent apporter des bienfaits durables à tous les pays et à tous les peuples. Cette démarche comprend des actions comme la R-D sur les maladies qui touchent en particulier les pauvres. Les échanges de biens et de services et les accords commerciaux multilatéraux ont eux aussi une plus grande influence sur la santé des populations pauvres. Les plus importants de ces accords sont ceux qui concernent les aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle, l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), et le commerce de marchandises dangereuses.*

1. Introduction

Les problèmes de santé des pauvres ne connaissent pas de frontières. Dans un environnement mondialisé, les personnes et les informations, tout comme les biens et les services, circulent de plus en plus vite et de plus en plus facilement d'un bout à l'autre de la planète. La mondialisation engendre donc à la fois de nouveaux risques pour la santé, comme en témoigne la propagation rapide du VIH/sida ou la menace de bioterrorisme. Elle offre aussi de nouvelles possibilités de prévenir, traiter ou contenir les maladies. Dans ces conditions, il est impératif que les gouvernements nationaux, réunis aux niveaux régional et mondial, trouvent de nouveaux moyens de travailler ensemble pour affronter les problèmes communs qui mettent la santé en danger.

Au niveau national, une stratégie de réduction de la pauvreté, pour être cohérente, doit être axée sur l'amélioration de la situation sanitaire et d'autres OMD, et tenir compte du rôle des politiques et des programmes en vigueur dans tous les domaines en rapport avec la santé des populations pauvres et le fonctionnement des systèmes de santé (voir le chapitre 4). Elle doit notamment intégrer la politique économique et la politique budgétaire, car elles influent sur le revenu réel des populations défavorisées et sur le prix des produits et services de santé, ainsi que sur les financements publics et privés disponibles pour les dépenses de santé. En outre, les règles et les politiques qui régissent les échanges internationaux de biens et de services jouent un rôle majeur en déterminant à la fois la disponibilité et le prix de ressources essentielles – en particulier les produits pharmaceutiques – pour les populations et les pays pauvres.

Ce chapitre s'attache plus particulièrement à deux aspects essentiels de la coopération internationale qui complètent et renforcent les efforts déployés par les gouvernements nationaux pour améliorer l'état de santé des populations pauvres. Il s'agit en premier lieu de la question des biens publics mondiaux et des avantages qu'ils présentent pour la santé publique partout dans le monde, mais surtout dans les pays à faible revenu, et, en second lieu, des relations entre les accords commerciaux internationaux et la santé des populations pauvres, en particulier les accords relatifs aux aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle, au commerce des services de santé et au commerce des substances dangereuses. Un autre aspect important concerne les conséquences des migrations du point de vue de la santé.

Les organismes d'aide ont un rôle important à jouer en favorisant une action collective internationale axée sur l'amélioration de la santé des pauvres. Ils peuvent aider à renforcer les capacités des pays à faible revenu pour leur permettre de contribuer à l'offre des biens publics mondiaux relatifs à la santé. Ils peuvent encourager à soutenir les initiatives internationales qui rassemblent les pays développés et en développement, ainsi que les représentants du secteur privé et de la société civile – notamment les « partenariats public-privé » – en vue de créer de nouvelles incitations pour réduire la charge de morbidité que supportent les pays partenaires, et de renforcer les engagements pris à cet égard. Ils peuvent favoriser la concertation sur l'action à mener et fournir une assistance technique

aux responsables des pays en développement, notamment dans les secteurs de la santé et du commerce, afin de promouvoir la cohérence des politiques nationales. Enfin, ils peuvent sensibiliser les gouvernements de leurs pays aux divers aspects de la cohérence des politiques mondiales qui ont un lien avec la pauvreté et la santé – que ce soit dans le domaine de la recherche médicale, des échanges ou des migrations.

2. Les biens publics mondiaux relatifs à la santé

Les milieux internationaux du développement reconnaissent aux biens publics mondiaux une importance de plus en plus grande. Mais la notion elle-même – depuis la définition des principes de non-rivalité et de non-exclusion qui caractérisent les biens publics dans la théorie économique jusqu'à une conception étendue aux biens qui profitent à tous les pays, à toutes les personnes et à toutes les générations¹ – est diversement interprétée. Au sens où ils sont entendus ici, les « biens publics mondiaux » reflètent l'évolution de l'usage international et désignent l'ensemble des activités, des produits et des services dont l'offre par le marché est déficiente, qui présentent un caractère international et qui nécessitent une action publique à l'échelle mondiale.

L'offre de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé ne sera possible que si tous les pays s'y attellent ensemble, en ayant souvent recours à des partenariats avec le secteur privé. Pour les organismes d'aide, le défi à relever consiste à trouver les moyens d'appeler l'attention des gouvernements, à tous les niveaux, sur les bienfaits que les biens publics mondiaux relatifs à la santé peuvent apporter à tous les peuples et à tous les pays. Deux exemples de biens publics mondiaux relatifs à la santé sont présentés ci-après, ainsi que les moyens à mettre en œuvre pour en encourager l'offre, à savoir : i) des activités de recherche et développement visant à renforcer l'efficacité des systèmes de santé ; et ii) des systèmes de surveillance permettant de détecter et d'enrayer la propagation internationale des maladies transmissibles. Il existe d'autres biens publics mondiaux relatifs à la santé dont il ne sera pas débattu ici, notamment la sécurité d'approvisionnement des produits de santé², l'action mondiale visant à promouvoir les technologies et les méthodes de gestion de l'information et des communications, et d'autres formes de connaissances permettant d'organiser et de financer le mieux possible les systèmes de santé pour améliorer la situation sanitaire des pauvres (ce document de référence en est une bonne illustration).

2.1. Recherche et développement

La création et la diffusion de connaissances au sein du système de santé jouent un rôle fondamental dans la prévention et le traitement des maladies. Les pays pauvres sont ceux qui profitent le moins des activités de recherche et de développement (R-D) consacrées à la production de nouveaux médicaments, de vaccins et de techniques de diagnostic. Ils sont aussi ceux qui sont le moins à même d'investir des fonds publics dans la R-D, et leurs populations ne disposent pas d'un pouvoir d'achat suffisant pour inciter le secteur privé à financer des recherches sur les maladies chez eux les plus courantes.

D'après les estimations, sur la totalité des sommes investies dans la recherche médicale, moins de 10 % sont alloués aux maladies et aux problèmes de santé qui représentent 90 % de la charge de morbidité à l'échelle mondiale³. Pour définir les priorités de l'action à mener en vue de combler ce fossé, appelé aussi « écart 10/90 », il faut au

préalable identifier les différentes pathologies concernées. A cet égard, la CMS établit une distinction utile entre trois catégories de maladies⁴ :

- **Les maladies communes aux pays riches et aux pays pauvres**, telles que le diabète, l'hépatite B et la rougeole, pour lesquelles il existe déjà des incitations à la R-D privée. Dans ce cas, la question est de savoir comment faire en sorte que les nouveaux médicaments et vaccins mis au point pour traiter ces maladies aient un prix abordable pour les pauvres dans les pays à faible revenu. La mise en place par les entreprises pharmaceutiques, spontanément ou par voie de négociation, d'un système de prix différenciés qui permettrait aux pays pauvres d'acheter des médicaments brevetés à des prix plus bas que dans les pays riches, est une solution possible. C'est celle que préconise la CMS et que les organismes d'aide pourraient s'employer à promouvoir à l'échelle nationale et dans les enceintes internationales. Dans les cas où ce système ne peut pas fonctionner et où les prix des médicaments brevetés demeurent inaccessibles pour les pays pauvres, certains recours peuvent être envisagés dans le cadre des accords commerciaux, comme on le verra plus loin dans la section 3.
- **Les maladies communes aux pays riches et aux pays pauvres, mais qui touchent majoritairement les populations des pays à faible revenu**, comme le VIH/sida. Ce sont des maladies pour lesquelles il existe des incitations à la R-D, mais le volume des investissements réalisés dans ce domaine est sans commune mesure avec la charge de morbidité que supportent les pays à faible revenu. Dans ce cas, il sera peut-être nécessaire d'agir à la fois directement (en soutenant la recherche elle-même) et indirectement (en stimulant la demande de produits à développer par la recherche). Une augmentation des investissements publics mondiaux de R-D consacrés à la lutte contre des maladies qui touchent surtout les pauvres – canalisés par l'intermédiaire de coalitions internationales capables de définir les priorités et de repérer les initiatives prometteuses – pourrait inciter le secteur privé et les milieux de la recherche à faire eux aussi un plus gros effort pour ces maladies. Dans certains cas, l'engagement d'acheter les nouveaux médicaments et les nouveaux vaccins mis au point pour combattre des maladies jusque-là négligées serait peut-être à même d'accélérer le processus de R-D.
- **Les maladies spécifiques aux pays pauvres des régions tropicales**, telles que le paludisme, la maladie de Chagas, la maladie du sommeil et l'onchocercose (ou cécité des rivières). Pour ces pathologies, des efforts encore plus grands seront sans doute nécessaires pour que de nouvelles activités de R-D soient engagées. Et il faudra aussi bien un accroissement des fonds publics consacrés à la recherche biomédicale fondamentale que des mesures d'incitation directe et indirecte comme celles évoquées ci-dessus. Une solution intéressante consisterait à étendre aux maladies des pays en développement les programmes déjà en place dans les pays de l'OCDE pour le traitement des « maladies orphelines ». Les programmes d'incitation à la recherche sur les maladies orphelines pourraient bénéficier de mesures comme les bourses de recherche, les crédits d'impôt ou l'extension de la protection des brevets⁵.

L'harmonisation des incitations nécessaires pour accroître le financement de la R-D sur les maladies qui frappent principalement les populations déshéritées des pays à faible revenu passe obligatoirement par la coopération internationale et par une étroite collaboration des secteurs public et privé. Il existe actuellement un grand nombre d'initiatives dont le but est d'encourager la R-D médicale dans des domaines où elle fait

cruellement défaut, mais la part de la recherche consacrée aux problèmes de santé des pays pauvres est encore nettement inférieure au niveau requis⁶.

Ces efforts s'inscrivent souvent dans le cadre d'institutions multilatérales (OMS, ONUSIDA, PNUD ou Banque mondiale), mais on voit aussi apparaître de plus en plus de partenariats entre organismes internationaux, entreprises pharmaceutiques, associations sans but lucratif, organismes d'aide bilatéraux, instituts de recherche et fondations privées. Lorsqu'ils sont animés par la volonté d'agir et bien organisés, les partenariats public-privé constituent un élément clé de la stratégie visant à remédier aux problèmes de santé jusqu'ici négligés que connaissent les pays en développement.

La CMS a également proposé la création éventuelle d'un fonds mondial pour la recherche en santé – sorte de version internationale des National Institutes of Health ou des conseils de la recherche médicale qui existent dans les pays membres de l'OCDE. L'adoption de règles appropriées pour veiller à la bonne administration de ce fonds mondial deviendrait alors l'aspect essentiel d'une telle initiative.

2.2. Propagation internationale des maladies transmissibles

La multiplication des voyages, l'ampleur croissante des migrations et le développement du commerce international des produits alimentaires et des animaux augmentent le risque de propagation des maladies transmissibles dans le monde. Parallèlement aux activités de R-D dans le domaine médical, les mesures de surveillance, de prévention et de lutte constituent un bien public mondial fondamental pour la santé. Au niveau international, l'action collective peut se déployer sur trois fronts pour aider à prévenir la propagation des maladies : la surveillance des maladies ; la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens ; les programmes d'éradication des maladies. L'efficacité de cette action dépend toutefois dans une large mesure des moyens disponibles aux niveaux national et régional. Des systèmes sanitaires aux capacités insuffisantes ou qui fonctionnent mal dans un pays sont une menace pour tous les autres, et dans le cas des maladies transmissibles, la production du bien public mondial suppose donc que des efforts soient faits pour renforcer le maillon le plus faible du dispositif.

Surveillance nationale et mondiale des maladies

Pour enrayer la propagation des maladies à l'échelle internationale, il faut tout d'abord être en mesure de les détecter. Il y a déjà plus d'un siècle que les pays s'efforcent ensemble d'organiser la surveillance et le dépistage des maladies transmissibles. Grâce au système mondial d'alerte et de vérification que l'OMS a mis en place, grâce à ses plans de préparation aux épidémies et à ses stocks de médicaments essentiels, le recours aux mesures d'embargo commercial et les restrictions aux voyages sont à présent moins nécessaires que dans le passé pour éviter que les maladies ne se propagent au-delà des frontières. Pourtant, le système actuel reste morcelé et souffre d'un manque chronique de moyens. Les pays à faible revenu constituent à cet égard le maillon faible de la chaîne : ils n'ont pas suffisamment de laboratoires et de techniciens, leurs infrastructures de communication laissent à désirer, de même que leurs systèmes de notification, et les liens entre leurs systèmes de surveillance et de riposte sont également inadéquats.

Avec l'assistance de l'OMS et des organismes d'aide, des efforts sont faits depuis de nombreuses années pour tenter de remédier aux problèmes des pays à faible revenu qui méritent qu'on s'y intéresse de plus près. Mais ce n'est pas seulement avec des professionnels de santé mieux formés que l'on parviendra à combler les lacunes d'un

système mondial qui demeure incapable de faire face aux problèmes que posent l'apparition de nouveaux agents pathogènes, la résurgence de maladies plus anciennes et le développement de souches microbiennes pharmacorésistantes.

En 1995, l'OMS a engagé un processus de révision du Règlement sanitaire international (RSI), seule convention internationale actuellement en vigueur dans le domaine de la santé, en vue notamment d'étendre l'obligation de notification imposée aux États membres, limitée aujourd'hui aux seuls cas de peste, de choléra et de fièvre jaune, à toutes « *les urgences sanitaires de portée internationale* ». Les pays à faible revenu ont besoin d'une aide pour pouvoir participer pleinement aux négociations sur le RSI, et, une fois la révision de ce texte adoptée, pour apporter les changements requis à leur système de surveillance.

Stratégies mondiales pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène biologique naturel, l'aptitude des micro-organismes à développer une résistance aux antibiotiques n'en pose pas moins un problème qui s'est trouvé exacerbé par un mauvais usage des médicaments antimicrobiens. A l'heure actuelle, la résistance aux antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH/sida est en passe de devenir alarmante. Dans plusieurs pays, il existe maintenant des souches de bacilles tuberculeux qui résistent à deux au moins des traitements les plus efficaces contre la tuberculose. Ailleurs, ce sont des médicaments antipaludiques couramment utilisés qui ont pratiquement perdu toute efficacité car le germe responsable du paludisme y est devenu insensible – et lorsque le traitement échoue, le malade reste infectieux plus longtemps, ce qui accroît le risque de propagation de la souche résistante. Et les médicaments nécessaires au traitement des tuberculoses à bacilles multirésistants sont presque cent fois plus chers que les médicaments utilisés contre les souches non résistantes.

Tout ce qui est fait d'utile dans un pays peut avoir des retombées positives pour tous les autres. S'agissant des antibiotiques, la surconsommation pose un problème à l'échelle mondiale, tandis que dans beaucoup de pays en développement, la mauvaise utilisation ou la sous-utilisation de ces médicaments sont des phénomènes plus préoccupants. Or, l'action collective internationale peut faire beaucoup pour l'instauration de règles et de normes propres à favoriser des politiques nationales responsables. En 2001, l'OMS a lancé une stratégie mondiale pour enrayer la propagation des pharmacorésistances, qui se décline en 50 recommandations adressées aux patients, aux prescripteurs et prestataires de soins, aux administrateurs d'hôpital, aux ministres de la Santé et aux responsables du secteur agricole (les antibiotiques utilisés dans la lutte contre les maladies ou comme activateurs de croissance chez l'animal contribuent à la résistance des germes chez l'homme).

La mise en œuvre des recommandations étant pour l'essentiel du ressort des gouvernements nationaux, il est de l'intérêt des organismes d'aide de prêter assistance aux pays à faible revenu qui n'ont pas de ressources suffisantes pour prendre les mesures nécessaires. L'action de renforcer les capacités de régulation de ces pays dans le domaine pharmaceutique, notamment pour la surveillance de l'usage des antimicrobiens et la maîtrise des pharmacorésistances, est un exemple de bien public mondial relatif à la santé qui mérite le soutien de l'ensemble des organismes d'aide.

Programmes d'éradication et d'élimination des maladies

On cite souvent l'éradication des maladies comme un exemple de bien public mondial « pur » : une fois la maladie éliminée, tous les pays sont gagnants et il n'y a plus de rivalité

entre eux pour le partage des bienfaits. En outre, l'éradication a des avantages évidents et durables : depuis que la variole a été définitivement éradiquée en 1979, on estime que 30 millions de vies ont été sauvées et qu'il en est résulté une économie directe de 275 millions USD chaque année.

La poliomyélite a été éradiquée à 99 % en grande partie grâce aux vastes campagnes nationales de vaccination qui ont été organisées avec l'appui d'une coalition mondiale d'organisations internationales, d'organismes d'aide bilatéraux et d'organisations de la société civile. Lorsque cette maladie aura été éliminée, on réalisera une économie de plus de 1 milliard USD par an sur les coûts de vaccination dans le monde entier. C'est dans les pays qui ont déjà ramené la prévalence de la maladie à des niveaux relativement bas sur leur territoire que les efforts de lutte ont les plus grandes retombées. Toutefois, les économies escomptées ne pourront pas se concrétiser tant que la polio n'aura pas été éradiquée du monde entier. Ainsi, les États-Unis dépensent encore aujourd'hui environ 250 millions USD chaque année sur des programmes de vaccination antipoliomyélitique pour prévenir le risque de réimportation d'un virus qu'ils ont déjà éradiqué.

Un certain nombre d'autres pathologies pourraient être éliminées ou éradiquées. L'existence de moyens efficaces de prévention ou de traitement est une condition préalable, mais il faut aussi des ressources financières suffisantes et la volonté de généraliser l'accès à la vaccination ou aux traitements. Outre la polio, l'effort international porte à présent sur l'élimination (ou la réduction du nombre de cas à moins de 1 pour 10 000 habitants) de la filariose, de la lèpre, de la dracunculose, du tétanos, de la maladie de Chagas et de la rougeole. La coopération pour le développement a aidé à renforcer les programmes de lutte contre ces maladies dans les pays à faible revenu, mais les ressources débloquées à cette fin restent jusqu'à présent modestes au regard des besoins. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires, aussi bien au niveau national qu'au niveau international, pour aider à la réalisation d'objectifs qui se font désormais plus proches.

2.3. Les biens publics mondiaux relatifs à la santé – recommandations à l'intention des organismes d'aide

Les organismes d'aide ont un rôle essentiel à jouer pour remédier au manque d'incitations dont pâtit la production de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé. Comme on a pu le constater récemment, en plaidant pour le financement et la création de ces biens, on peut aussi renforcer la mobilisation en faveur de l'aide dans le domaine de la santé et de l'aide en général. Puisque les biens publics mondiaux relatifs à la santé procurent des avantages aussi bien aux pays riches qu'aux pays pauvres, *leur financement devrait provenir, autant que possible, d'autres sources que l'APD* (par exemple des budgets nationaux de la recherche ou de la santé dans les pays de l'OCDE, mais aussi de budgets internationaux en faveur de la coopération). Cette diversification pourrait permettre de disposer de moyens techniques et financiers plus importants pour s'attaquer aux graves problèmes sanitaires qui se posent dans le monde. Pour être plus efficace, l'aide consentie par les organismes d'aide doit aussi contribuer à la création de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé.

Les organismes de coopération pour le développement peuvent aider à combler le fossé qui existe actuellement entre les efforts de R-D et les problèmes de santé des pauvres *en soutenant dans les pays à faible revenu les activités insuffisamment financées qui auront des retombées positives pour la santé à l'échelle mondiale*. Leur aide renforcerait la capacité des pays

en développement à participer, en tant que partenaires, à la production de biens publics mondiaux en rapport avec la santé. Plusieurs options sont envisageables, par exemple :

- **Aider les pays partenaires à créer les institutions nécessaires pour tester les nouvelles technologies de la santé** et les mettre en œuvre avec efficacité.
- **Encourager la collaboration entre les instituts de recherche** des pays développés et des pays en développement dans le domaine des biens publics mondiaux, particulièrement en ce qui concerne la R-D sur les maladies négligées, et le financement des centres régionaux de recherche et de formation.
- **Promouvoir le dialogue** entre pays développés et pays en développement afin de créer un environnement favorable à la production des biens publics mondiaux.
- **Encourager les responsables de la recherche médicale dans les pays en développement à se préoccuper davantage des maladies qui frappent les pauvres** et aider les institutions qui coordonnent les activités de recherche à l'échelon international.
- **Inviter les pays à faible revenu à participer au processus de révision du Règlement sanitaire international** pour qu'il soit tenu compte de leurs besoins et de leurs priorités, et faciliter la mise en œuvre des changements qu'ils pourraient avoir à apporter à leurs systèmes de surveillance.
- **Renforcer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique** pour lutter contre les résistances aux antimicrobiens et faciliter la mise en œuvre des programmes d'élimination et d'éradication des maladies.

Les organismes d'aide peuvent aussi apporter un soutien financier déterminant aux initiatives internationales visant à produire de nouveaux vaccins, de nouveaux médicaments et de nouvelles connaissances afin de remédier prioritairement aux problèmes de santé des pauvres. D'après la CMS, 3 milliards USD seront nécessaires d'ici 2007 et 4 milliards d'ici 2015 pour la mise au point de nouveaux vaccins et médicaments. Que ce financement soit fourni directement ou par l'intermédiaire d'incitations directes ou indirectes, notamment dans le cadre des programmes relatifs aux « médicaments orphelins » évoqués précédemment, il est important qu'il soit systématique. Les organismes d'aide peuvent aussi encourager d'autres instances gouvernementales, au nom de la cohérence des politiques, à accorder une priorité plus haute à la recherche médicale sur les maladies qui touchent plus particulièrement les pays en développement.

Enfin, il faudrait aussi envisager la possibilité, dans le cadre de projets pilotes, de pré-affecter des fonds qui serviraient à acheter les nouveaux produits issus de la recherche. Ces achats se feraient aux plus bas prix commercialement viables que des spécialistes de la passation des marchés se chargeraient au préalable de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques.

3. Santé, commerce et développement

Les échanges de biens et de services ont des retombées de plus en plus importantes pour la santé des populations pauvres. Il est donc logique de s'intéresser ici aux accords bilatéraux, régionaux et multilatéraux qui régissent le commerce international, dont il sera donné ci-après un bref aperçu dans la perspective des échanges de vues que les organismes d'aide pourraient avoir avec les autorités nationales chargées du commerce à propos de la cohérence des politiques et de son intérêt pour la santé dans le monde. Le champ des

relations entre commerce et santé étant très vaste⁷, cette section ne portera que sur les trois points suivants : i) les droits de propriété intellectuelle et l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels ; ii) le commerce des services et ses conséquences en termes d'accès des pauvres aux soins médicaux ; iii) le commerce des marchandises dangereuses.

3.1. Droits de propriété intellectuelle et accès aux médicaments essentiels

● **Garantir l'accès des pays et des populations pauvres aux médicaments essentiels et aux vaccins à des coûts abordables est un objectif dont l'importance est soulignée dans la Déclaration des Nations Unies pour le millénaire et dans les OMD⁸.** Cet accès dépend de plusieurs éléments déterminants, parmi lesquels des systèmes de santé favorables aux pauvres, une sélection et une utilisation rationnelles des produits, des prix raisonnables, un financement durable et des systèmes fiables d'approvisionnement et de distribution. Certains de ces aspects ayant déjà été commentés, c'est la question des prix dans le contexte des accords commerciaux qui fera l'objet de cette section. Dans les pays en développement, qui consacrent une large part (entre 25 et 65 %) de leurs dépenses de santé aux produits pharmaceutiques mais dont les budgets dans ce domaine sont généralement trop faibles pour financer des programmes en faveur de l'accès des pauvres aux médicaments essentiels, la baisse du prix de ces médicaments est un enjeu vital pour la santé des plus démunis.

L'Accord de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur les *aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (ADPIC) fixe à 20 ans la durée minimale de la protection par brevet que les États membres sont tenus d'assurer pour toutes les inventions de produits et de procédés, mais les pays en développement, et plus particulièrement les pays les moins avancés (PMA), disposent de périodes de transition pour se conformer à cette disposition. Le brevet confère à son détenteur le droit exclusif de fabriquer, d'utiliser, d'offrir à la vente, de vendre ou d'importer le produit qu'il protège. Du fait de ce monopole, les prix pratiqués sont généralement beaucoup plus élevés pendant la durée de validité des brevets, c'est-à-dire avant que la concurrence des produits génériques ne soit autorisée. Dans l'industrie pharmaceutique, la protection offerte par les brevets revêt une importance capitale, car c'est elle qui permet de rentabiliser les coûts de R-D et qui encourage la mise au point de nouveaux médicaments.

Cependant, l'importance de la protection assurée par les brevets, par rapport à d'autres contraintes telles que l'insuffisance de la demande et les problèmes institutionnels que connaissent les pays à faible revenu, ne doit pas être exagérée. La plupart des médicaments essentiels dont l'OMS a dressé la liste sont déjà dans le domaine public, soit parce qu'ils n'ont jamais été brevetés, soit parce que les brevets qui les protégeaient ont expiré. Bien que les produits pharmaceutiques soient brevetables dans la plupart des pays en développement, les laboratoires ne déposent pas de demandes de brevets dans chacun d'eux et s'abstiennent de le faire, en particulier dans les PMA et dans d'autres pays caractérisés par un marché étroit ou des moyens techniques limités. Ces derniers sont alors obligés d'importer les produits en question, c'est-à-dire de les acheter sur des marchés où ils sont protégés par des brevets ou bien, si possible, dans des pays où ils ne sont pas brevetés. Ce système d'*importation parallèle* – qui consiste à acheter un produit breveté ou protégé par une marque dans un pays où il est commercialisé par le détenteur du droit à un prix inférieur à celui pratiqué sur le marché exportateur – n'est pas couvert par l'Accord sur les ADPIC.

● **L'Accord sur les ADPIC énonce comme un principe le droit des membres d'adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition** et pour défendre

l'intérêt général dans des secteurs d'importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient conformes aux dispositions de l'Accord. Il prévoit en outre un nombre limité d'exceptions aux droits exclusifs conférés par les brevets, par exemple pour des raisons liées à la protection de la vie humaine ou de la santé. La possibilité, dans une situation d'urgence nationale, de concéder des licences obligatoires pour autoriser la fabrication d'un produit breveté ou l'utilisation d'un procédé breveté sans le consentement du titulaire du brevet pourrait relever de ces cas de dérogation.

Lors de la conférence ministérielle qu'elle a tenue au Qatar, en novembre 2001, l'OMC a adopté la *Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique* qui apporte un certain nombre d'éclaircissements importants. Ce texte précise en particulier que chaque membre de l'OMC a le droit de délivrer des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels il décide de le faire. Chaque État membre a également le droit, dans des situations d'urgence nationale, d'utiliser l'objet d'un brevet sans l'autorisation de son titulaire, et de déterminer ce qui constitue une urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises de santé publique liées au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies peuvent répondre à cette définition.

Les règles de l'Accord sur les ADPIC relatives aux licences obligatoires stipulent que l'utilisation de ces dernières « sera autorisée principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur du membre qui a autorisé cette utilisation » (article 31f). La Déclaration de Doha reconnaît que les membres de l'OMC qui ont des capacités de fabrication insuffisantes ou qui n'ont pas de capacités de fabrication dans le domaine pharmaceutique peuvent avoir des difficultés à recourir aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, et donne instruction au Conseil des ADPIC de trouver rapidement une solution à ce problème⁹. L'OMC a par ailleurs étendu jusqu'en 2016 la période de transition au-delà de laquelle les PMA seront tenus de délivrer des brevets dans le secteur pharmaceutique.

- **Les organismes des pays membres doivent encourager leurs gouvernements à suivre la mise en œuvre de la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique**, et notamment les résultats des efforts du Conseil de l'OMS pour trouver des solutions aux problèmes de certains pays qui ont des difficultés à recourir aux licences obligatoires. Il est important d'évaluer la capacité des pays en développement, en particulier ceux à faible revenu, de se prévaloir de l'Accord sur les ADPIC pour améliorer leur accès, à un coût raisonnable, aux médicaments protégés par des brevets qui sont essentiels pour la santé des pauvres.

3.2. Commerce international des services de santé et migrations

Le commerce international des services de santé connaît actuellement une expansion sous l'effet de multiples facteurs. Grâce aux progrès des communications, la télémédecine se pratique désormais par delà les frontières et donne naissance à de nouvelles formes d'échanges, par exemple dans le domaine de l'aide au diagnostic et à la décision thérapeutique, dont bénéficient les praticiens des pays à faible revenu. Les voyages étant plus rapides et moins coûteux, il est également plus facile aujourd'hui d'aller se faire soigner à l'étranger, et certains pays en développement n'hésitent d'ailleurs pas à jouer la carte du « tourisme médical » en proposant des formules spécialement conçues à cette fin. Dans certains cas, la réforme des systèmes de santé a offert aux prestataires de soins

privés – nationaux et étrangers – de nouvelles possibilités de fournir des services. Enfin, les professionnels de la santé sont de plus en plus nombreux à émigrer – temporairement ou définitivement – des pays moins développés vers les pays plus développés, à la recherche de meilleures conditions de travail et de salaires plus élevés.

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) offre aux membres de l'OMC un éventail d'options pratiques pour libéraliser progressivement le commerce des services, compte tenu de leurs objectifs de développement. Les négociations qui se déroulent actuellement à l'OMC en vertu de cet accord ont pour but de parvenir peu à peu à un plus haut degré de libéralisation des échanges de services. Bien qu'aucun secteur n'en soit exclu *a priori*, chaque pays membre est libre de choisir les services pour lesquels il est disposé à renforcer ses engagements et dans quelle mesure il souhaite le faire. Avant de décider de l'opportunité et de l'ampleur des mesures de libéralisation à mettre en œuvre dans le domaine des services de santé, il est indispensable que les membres de l'OMC s'interrogent sur les avantages et les risques qui pourraient en découler pour l'accès des populations pauvres à ces services.

En effet, l'accroissement des investissements étrangers dans les infrastructures de santé du secteur privé peut améliorer la qualité des soins dans les pays bénéficiaires, surtout dans le secteur tertiaire (hôpitaux universitaires ou services hospitaliers hautement spécialisés), mais il peut aussi, s'il s'agit d'investissements massifs destinés à des hôpitaux et à d'autres structures qui offriront de ce fait des conditions de rémunération et de travail plus attrayantes, aggraver les pénuries de personnel médical et infirmier dans les établissements du secteur public et des zones rurales vers lesquels se tournent les pauvres. Étant donné l'absence de données concrètes sur les conséquences de la privatisation (laquelle n'entre pas dans le cadre de l'AGCS) pour l'accès des pauvres aux services de santé dans les pays à faible revenu, il semble qu'un travail d'observation et de recherche plus poussé soit encore nécessaire à ce sujet. Pour le moment, en tout cas, les enseignements tirés d'autres secteurs en ce qui concerne l'ordre de succession des réformes donnent à penser que pour atteindre l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres, les pays doivent mettre en place un cadre réglementaire cohérent avant de commencer à privatiser et d'ouvrir leur marché aux investisseurs étrangers.

Les pays à faible revenu souffrent d'une pénurie générale de personnel convenablement formé. Il est essentiel de renforcer les capacités du personnel médical dans ces pays, ce qui suppose non seulement une amélioration des conditions de travail, et surtout la rénovation des installations et des équipements, mais aussi des réformes dans la gestion des ressources humaines, la mise en place de systèmes d'aide et des mesures de réinsertion dans le secteur public pour les praticiens du secteur privé. Les partenariats institutionnels entre le Nord et le Sud peuvent ici jouer un rôle utile, par exemple sous la forme de programmes de formation et d'information, entre autres options.

Il arrive souvent que les membres des professions de santé émigrent pour bénéficier de salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail. Leur émigration, qui peut être temporaire ou définitive, pose évidemment des problèmes différents dans les pays d'origine et dans les pays d'accueil. Or leur formation professionnelle a été largement subventionnée par l'État dans la plupart des cas, justement pour assurer dans le pays l'offre de personnel qualifié. Dans seulement quelques pays (dont les Philippines) on peut raisonnablement avancer que les fonds envoyés par les personnels de santé expatriés compensent largement le coût que représentent les pertes de main-d'œuvre correspondantes.

Face à leurs propres pénuries de personnels de santé, certains pays de l'OCDE encouragent les migrations de personnels en provenance des pays en développement par une politique active de recrutement favorisant tous ceux qui possèdent les compétences professionnelles et linguistiques requises. Si cette politique n'est pas explicitement repensée et tempérée, elle risque d'aggraver les problèmes de capacité des systèmes de santé dans les pays d'origine et leurs pénuries de professionnels de la santé. Certains pays de l'OCDE prennent actuellement des mesures pour remédier à ces problèmes, en particulier sur le plan du recrutement, et pour renforcer la cohérence des politiques de santé favorables aux pauvres. Il a également été proposé que l'OMS élabore un code d'éthique applicable au recrutement international des professionnels de la santé, qui encouragerait notamment à améliorer les conditions d'emploi dans les pays à faible revenu d'où provient la main-d'œuvre immigrée.

Face à l'expansion et à la diversification du commerce international des services de santé, et dans la perspective d'une extension des accords sur le commerce des services au secteur de la santé, les pays en développement ont besoin de moyens et de conseils pour pouvoir évaluer les avantages et les risques de ces évolutions, ainsi que leurs conséquences sur le plan de la réglementation. Les organismes d'aide pourraient s'interroger sur les moyens de répondre aux besoins d'assistance technique spécialisée des pays à faible revenu en ce qui concerne le commerce des services de santé et d'encourager le dialogue entre les responsables ministériels chargés du commerce et de la santé afin d'assurer la cohérence des politiques au niveau national. Ils pourraient aussi chercher à appuyer des travaux de recherche crédibles concernant les effets de la libéralisation du commerce sur l'accès des pauvres aux services de santé, et accroître ainsi les connaissances accumulées à ce sujet.

3.3. Commerce des marchandises dangereuses

Le commerce international de biens, de produits et de marchandises peut être à l'origine de problèmes de santé publique. Les accords de l'OMC prévoient des exceptions aux règles du libre-échange lorsqu'il est nécessaire d'intervenir pour préserver la vie ou la santé des personnes ou pour protéger l'environnement, même si les fabricants des produits incriminés prétendent que le niveau de risque peut être contrôlé¹⁰. Le commerce des produits dangereux fait déjà l'objet de plusieurs conventions internationales qui témoignent des préoccupations et des responsabilités de la communauté internationale eu égard aux problèmes d'environnement transnationaux ou mondiaux qui affectent la santé humaine¹¹.

Une convention-cadre pour la lutte antitabac est actuellement en cours d'élaboration¹². Les dispositions liées au commerce que contient ce texte visent notamment à lutter contre le commerce illicite et la contrebande, à supprimer progressivement la vente en franchise de droits, à relever et harmoniser les taxes au plan international, à exclure les produits du tabac du champ d'application des accords prévoyant l'abaissement des droits de douane, et à imposer diverses restrictions en matière d'emballage, d'étiquetage et de publicité.

Les organismes d'aide qui s'emploient à protéger la santé des populations pauvres dans les pays en développement par des mesures visant à réduire l'exposition aux marchandises et aux produits dangereux, tabac compris, devraient tenir des consultations avec les responsables du commerce et de l'environnement au niveau national, afin de promouvoir la cohérence des politiques des pays de l'OCDE dans les domaines de l'aide, du commerce, de l'environnement et de la santé.

Notes

1. Traduction d'une citation extraite de Kaul, P., P. Conceição, K. Le Goulven et R. Mendoza (responsables de la publication) (non daté), *Providing Global Public Goods, Managing Globalization*, Oxford University Press pour le compte du Programme des Nations Unies pour le développement, p. 26.
Le principe de *non-exclusion* signifie qu'il est impossible ou tout au moins excessivement coûteux d'exclure de la consommation d'un bien ou d'un service ceux qui ne contribuent pas à son financement, et celui de *non-rivalité*, que la consommation d'un bien public par une personne ne réduit pas la quantité de ce même bien qui peut être consommée par une autre. La notion opposée de *mal public* désigne les biens ou les services qui ont une utilité négative et que la collectivité aurait avantage à éviter ou à limiter.
2. Cette formule renvoie à la fourniture de préservatifs et d'autres contraceptifs en vue d'atteindre les objectifs convenus à l'échelle internationale en matière de santé génésique.
3. Global Forum for Health Research (2002), *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*, Genève. Accessible à l'adresse : www.globalforumhealth.org
4. OMS (2001), *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, OMS, Genève.
5. Les « maladies orphelines » sont celles dont l'incidence est si faible dans les pays développés qu'il n'y a pas suffisamment d'incitations commerciales pour que des efforts de recherche et de développement leur soient consacrés.
6. Certaines de ces initiatives sont exposées dans *The Global Forum for Health Research (2002) op. cit.*, chapitre 8, « Some networks in the priority research areas ».
7. Voir le rapport OMS/OMC (2002), *Les accords de l'OMC et la santé publique, étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Disponible à l'adresse www.who.int/media/homepage/who_wto_e.pdf
8. Objectif 8 : « Mettre en place un partenariat mondial » ; cible 17 « En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement ».
9. Aucune solution n'avait encore été approuvée par le Conseil des ADPIC en février 2003.
10. Dans une affaire récemment portée devant l'OMC concernant l'amiante dont les effets cancérigènes ne sont plus à démontrer, il a été décidé que les pays avaient le droit d'interdire le commerce de produits présentant un danger pour la santé. Cette affaire est relatée en détail dans OMS/OMC (2002), *op. cit.*
11. Il s'agit en particulier de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et leur élimination, de la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international, et de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants.
12. Voir chapitre 2, l'encadré 2. La convention-cadre pour la lutte antitabac est en cours de négociation. Elle doit être soumise à la signature des gouvernements en 2003.

Bibliographie

- ACDI (Agence canadienne de développement international) (2001),
Plan d'action de l'ACDI en matière de santé et de nutrition, mai 2001.
- Banque asiatique de développement (2001),
Attacking the Double Burden of Malnutrition in Asia and the Pacific. BAsD, Manille. Accessible à l'adresse : www.adb.org/documents/books/nutrition/malnutrition/default.asp
- Banque mondiale (2001),
Making Sustainable Commitments: An Environment Strategy for the World Bank, Banque mondiale, Washington.
- Banque mondiale (2002),
Indicateurs du développement dans le monde 2002, Banque mondiale, Washington.
- Banque mondiale (2002),
Objectifs du millénaire pour le développement, Banque mondiale, Washington.
- Bennett, S. et L. Gilson (2001),
Health Financing: Designing and Implementing Pro-poor Schemes, Centre de ressources du DFID pour les systèmes de santé, Londres. Accessible à l'adresse : www.healthsystemsrc.org
- Commission des Communautés européennes (2002),
La santé et la lutte contre la pauvreté dans les pays en développement, Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, Bruxelles, COM (2002) 129 Final. Accessible à l'adresse : www.europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2002/com2002_0129en01.pdf
- DFID (2000),
Better Health for Poor People, Issues paper, DFID, Londres. Accessible à l'adresse : www.dfid.gov.uk/PolicyAndPriorities/files/better_health.htm
- Diamond, I., Z. Matthews et R. Stephenson (2001),
Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-poor Measurement Strategy, Centre de ressources du DFID pour les systèmes de santé, Londres. Accessible à l'adresse : www.healthsystemsrc.org
- Fonds monétaire international/Banque mondiale (2001),
Poverty Reduction Strategy Papers – Progress in Implementation, DC2001-0010, FMI/Banque mondiale, Washington.
- GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) (2002),
Die Dinge beim Namen nennen – Gewalt gegen Frauen im Alltag, (voir les choses en face – La violence contre les femmes au quotidien). Accessible à l'adresse : www.gtz.de
- IFPRI (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires) (2000),
« Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries », *Food, Agriculture and the Environment Discussion Paper No. 30*, IFPRI, Washington.
- Inter-Agency Group on Sector-Wide Approaches for Health Development (2001),
Orientation and Training Seminars for Agency Staff: Sector-Wide Approaches for Health in a Changing Environment: Seminar Handbook, IHSD Ltd., Londres.
- JICA (Agence japonaise de coopération technique à l'étranger) (2001),
Lusaka District Primary Health Care Project in Zambia, Rapport d'évaluation de projet.
- OCDE (2000),
L'environnement urbain au XXI^e siècle : Comprendre pour agir, CAD/OCDE, Paris.
- OCDE (2000),
Resource Book for Urban Development and Co-operation 2000, OCDE, Paris.

- OCDE (2002),
Santé, éducation et réduction de la pauvreté, Centre de développement de l'OCDE, Cahier de politique économique n° 19, OCDE, Paris.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé) (1997),
Rapport sur la santé dans le monde 1997. Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité, OMS, Genève.
- OMS (1999),
Rapport sur la santé dans le monde 1999. Pour un réel changement, OMS, Genève.
- OMS (2000),
Health: A Precious Asset, Accelerating Follow-up to the World Summit for Social Development, Proposals by WHO, OMS, Genève (WHO/HSD/HID/00.1).
- OMS (2000),
Sector-Wide Approaches for Health Development: A Review of Experience, Strategies for Co-operation and Partnership, Global Programme on Evidence for Health Policy, OMS, Genève.
- OMS (2001),
Review of Implementation and Effectiveness of Existing Policy Instruments on Transport, Environment and Health, and of their Potential for Health Gain, OMS, Genève.
- OMS (2001),
Macroeconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique, OMS, Genève.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) (2000),
Combattre la pauvreté tout en améliorant l'environnement : vers des options optimales, Initiative concernant la pauvreté et l'environnement, PNUD/CE.
- SIDA (Agence suédoise de coopération internationale au développement) (2001),
Health and Environment, SIDA, Stockholm.
- SIDA (2002),
Health is Wealth, projet, SIDA, Stockholm.
- USAID (Agence des États-Unis pour le développement international),
Serving the Poor: The USAID Global Health Experience in Poverty Reduction, document interne, USAID, Washington.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(43 2003 05 2 P) ISBN 92-64-10019-9 – n° 52896 2003