



Santé et pauvreté dans les pays en développement – Les grandes lignes d'action

L'amélioration de la santé peut-elle réduire la pauvreté ?

Qu'est-ce qu'une approche de la santé « axée sur les plus démunis » ?

Quel rôle pour les politiques menées en dehors du secteur de la santé ?

Qu'entend-t-on par biens publics mondiaux dans le domaine de la santé et pourquoi sont-ils importants ?

En quoi les accords commerciaux ont-ils une incidence sur la santé dans les pays pauvres ?

Quelles sont les ressources nécessaires pour améliorer la santé dans les pays en développement ?

Pour plus d'information

Autres lectures

Où nous contacter ?

Introduction

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. Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes que le reste de la population. Leurs taux de mortalité maternelle et infantile et l'incidence de la maladie sont en moyenne plus élevés que dans les autres catégories, avec un accès plus limité aux soins de santé et aux dispositifs de protection sociale. Pour les pauvres, en particulier, la santé est aussi un actif économique de première importance, 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.

Pareillement, un bon état de santé ne bénéficie pas uniquement à la génération qui en profite directement. C'est un aspect particulièrement important pour les pauvres du fait qu'ils ont souvent davantage d'enfants et moins de ressources à investir dans l'éducation et la santé de chaque enfant. La taille des familles diminuant à mesure que la situation s'améliore sur le plan 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 santé et l'éducation de leurs propres enfants.

La place accordée aujourd'hui à la santé est représentative de la prise de conscience par la communauté internationale de la forte corrélation qui existe entre pauvreté et santé. Sur les huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), trois appellent des améliorations précises dans le domaine de la santé d'ici 2015 : faire baisser la mortalité infantile, réduire la mortalité maternelle et ralentir la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. En outre, la santé est de plus en plus perçue comme le pendant du premier objectif, qui est d'éradiquer l'extrême pauvreté et la faim, constat à mettre en partie à l'actif des travaux de la Commission macroéconomie et santé (CMS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui ont mis en évidence les liens entre santé et développement économique. Les gouvernements et le secteur privé se sont unis pour créer en 2002 un Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et, en 2003, le G8 a réaffirmé sa détermination à améliorer la santé des pauvres et à mobiliser les ressources nécessaires. ■

L'amélioration de la santé peut-elle réduire la pauvreté ?

L'investissement dans la santé est un vecteur important de développement économique. Comme l'a montré la CMS, une amélioration sensible de la situation sanitaire est un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté. La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes :

L'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.

L'accroissement de l'investissement national et étranger.

De même, une forte productivité de la main-d'œuvre encourage l'investissement. Il est en outre vraisemblable que l'enraiment des maladies endémiques et épidémiques, 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.

Le 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.

L'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.

L'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 le nombre 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 revenu. 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, le taux de natalité ne peut guère baisser davantage et le nombre de retraités augmente, de sorte que le rapport de dépendance économique s'accroît également. ■

Qu'est-ce qu'une approche de la santé « axée sur les plus démunis » ?

Bien que l'on dispose des connaissances techniques nécessaires pour remédier aux principales causes de mauvaise santé, 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 privilégie la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres. C'est ce type de démarche qui doit être encouragé dans les pays en développement, et les priorités de la coopération pour le développement doivent être définies dans ce contexte.

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 d'autres 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 vise à susciter une action à l'échelle mondiale sur les effets du commerce des 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.

L'instauration et le bon fonctionnement de systèmes de santé axés sur les pauvres exigent que le secteur public s'acquitte mieux 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 sur le plan 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 nécessite un recentrage sur les maladies comme 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, notamment celles liées au tabagisme. Parallèlement, des stratégies de ciblage des catégories pauvres et vulnérables doivent être élaborées et des dispositions doivent être 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 les processus de planification et de mise en œuvre tiennent compte du point de vue des pauvres, des organisations non gouvernementales (ONG) et de la société civile.

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 œuvrent à l'amélioration de la santé des pauvres. Le type de partenariats susceptible d'être mis en place 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 choisiront de sous-traiter certains services à des ONG, tandis que dans d'autres, ils s'attacheront à améliorer la qualité des services offerts dans le secteur privé à but lucratif. Quel que soit leur choix, ils devront améliorer leurs capacités en matière de réglementation, de sous-traitance et de suivi.

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 faramineux 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. ■

Quel rôle pour les politiques menées en dehors du secteur de la santé ?

Faire en sorte que les pauvres aient accès à des services de santé de qualité à un prix abordable ne suffit cependant pas, en soi, à améliorer leur état de santé car celui-ci 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 seront pas en mesure de payer les soins dispensés par les services de santé. 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 accidents et des effets dévastateurs des conflits et catastrophes naturelles, contribuera aussi à améliorer leur état de santé. Les gouvernements des pays en développement et les organismes d'aide doivent évaluer dans quelle mesure les politiques suivies dans des secteurs clés comme l'éducation, la nutrition et l'environnement contribuent, ou au contraire nuisent, à la réalisation des objectifs de santé et, d'une manière plus

générale, à la réduction de la pauvreté. 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 Objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé dépend ainsi largement de la réalisation des objectifs d'égalité entre les sexes et d'universalisation de l'enseignement primaire.

Les inégalités entre hommes et femmes sont une cause majeure de pauvreté et de mauvaise santé. Les femmes pauvres sont doublement pénalisées : elles vivent dans la pauvreté et sont moins bien loties que les hommes au sein du ménage. 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 encore plus que les autres d'être privées d'accès aux ressources indispensables pour se soigner, qu'il s'agisse d'argent liquide, d'autres sources de financement, 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 cependant 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 conjugale ou interpersonnelle. Des mesures tendant à remédier aux disparités entre hommes et femmes sont donc un volet essentiel de toute approche de la santé axée sur les pauvres.

L'éducation est également un facteur déterminant. 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 pour conjuguer les efforts en matière de santé et d'éducation, tant au sein du système scolaire lui-même que dans le cadre de l'enseignement informel.

La sécurité alimentaire et l'alimentation ont aussi 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

Tableau 1. 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 un 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).

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 vivent les pauvres influe directement sur leur état de santé et le taux de mortalité. Souvent, ils habitent dans les bas quartiers des villes ou dans des villages éloignés, où les possibilités d'accès à une eau salubre et le raccordement aux réseaux d'assainissement sont limités 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.

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. La plupart des SLP reconnaissent que le mauvais état de santé est une dimension de la pauvreté, mais elles doivent s'appuyer 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.

Des études de l'OMS indiquent 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 de développement devraient s'efforcer d'accroître la capacité des ministères de la Santé de contribuer à l'analyse des liens entre santé et réduction de la pauvreté. Ils devraient aussi soutenir les efforts réalisés pour que les préoccupations sanitaires de la société civile (parlement, administrations 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.

L'élaboration d'une stratégie de lutte contre la pauvreté offre la possibilité de porter un regard neuf sur les programmes de santé afin de s'assurer de leurs effets positifs sur la santé des pauvres. Ce processus pourrait être un premier pas vers une réévaluation des stratégies sanitaires en place en fonction de leur impact sur la pauvreté. ■

Qu'entend-t-on par biens publics mondiaux dans le domaine de la santé et pourquoi sont-ils importants ?

On entend par biens publics mondiaux l'ensemble des activités, des produits et des services que les mécanismes de marché ne suffisent pas à fournir, qui présentent un caractère international et qui nécessitent une action publique à l'échelle mondiale. Les biens publics mondiaux dans le domaine de la santé constituent un exemple représentatif, car les problèmes de santé des pauvres ne connaissent pas de frontières. Dans un environnement mondialisé, les personnes et les informations 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 récente épidémie de pneumonie atypique (SRAS). Elle offre aussi de nouvelles possibilités de prévenir, traiter ou contenir les maladies, si les gouvernements nationaux, souvent en partenariat avec le secteur privé, s'appliquent à travailler ensemble pour affronter les problèmes communs qui mettent la santé en danger.

La recherche médicale offre une telle opportunité. À l'heure actuelle, 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 mondiale. Cela signifie que la gestion de maladies telles que le trachome, qui touche 145 millions d'individus dans le monde et peut entraîner une cécité irréversible, a peu de chances de réussir, faute de ressources supplémentaires à l'appui d'initiatives internationales pour combler ce déficit de la recherche.

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'Aide publique au développement (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 d'envergure mondiale.

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, US\$3 milliards 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 (en soutenant la recherche elle-même) ou indirectement (en stimulant la demande de produits à développer par la recherche), il est important qu'il soit systématique. Les organismes d'aide peuvent aussi encourager d'autres instances gouvernementales à accorder une priorité accrue à la recherche médicale sur les maladies qui touchent plus particulièrement les pays en développement. ■

En quoi les accords commerciaux ont-ils une incidence sur la santé dans les pays pauvres ?

Les échanges de biens et services et les accords commerciaux multilatéraux ont des retombées directes sur la santé des pauvres. À cet égard, les accords relatifs aux Aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC) et les évolutions auxquelles donnent lieu l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) ont une importance particulière.

Le capital intellectuel est une composante importante de la valeur ajoutée apportée par les médicaments et les produits pharmaceutiques. 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. En concédant des licences obligatoires, un gouvernement peut, dans une situation d'urgence nationale, autoriser la fabrication d'un produit breveté ou l'utilisation d'un procédé breveté sans le consentement du titulaire du brevet. Chaque état membre a également le droit 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 problème, ce qui n'a pas pu être fait jusqu'ici.

L'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 éventuels pour l'accès des populations pauvres à ces services.

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). Il peut cependant 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 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. 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 à ouvrir leur marché aux investisseurs étrangers.

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 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 fournir une assistance technique spécialisée aux 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. Les professionnels de la santé des pays en développement émigrent, temporairement ou définitivement, à la recherche de meilleures conditions de travail et de salaires plus élevés. Dans l'un ou l'autre cas, leur formation a généralement fait l'objet d'importantes subventions publiques dans leur pays d'origine qui visaient à améliorer l'offre de personnel qualifié au sein des systèmes de santé. Face à leurs propres pénuries de personnel de santé, certains pays de l'OCDE encouragent les migrations de personnel 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 la pénurie de professionnels de santé dans les pays d'origine. 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. ■

Quelles sont les ressources nécessaires pour améliorer la santé dans les pays en développement ?

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, à environ US\$30 à 40 par habitant. 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.

En 2000, l'OMS était arrivée à un chiffre de US\$60 par habitant pour la mise en place de systèmes de santé plus complets. Or, le chiffre moyen des dépenses de santé dans les pays les moins avancés est de US\$11 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. Il est donc impératif de mobiliser davantage de ressources financières en faveur de la santé. Sans argent pour acheter des vaccins et des médicaments, pour construire des établissements sanitaires, les équiper et les doter du personnel voulu, pour gérer le système de santé et pour accroître l'investissement dans d'autres secteurs importants pour la 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.

Les ressources supplémentaires nécessaires pour préserver, promouvoir et améliorer la santé des pauvres doivent provenir de diverses sources, nationales ou étrangères, publiques ou privées, y compris l'APD et les initiatives mondiales en faveur de la santé comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La plupart des pays partenaires peuvent envisager d'accroître leurs dépenses publiques de santé. Les budgets nationaux devraient refléter à quel point la pauvreté et la santé sont des défis urgents, aussi bien en termes de volume des ressources allouées à la santé et aux autres secteurs sociaux qu'en ce qui concerne la part des dépenses de santé destinées à des activités susceptibles de profiter aux catégories les plus pauvres. 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 (PPTTE).

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 ressources doivent être allouées de façon à privilégier les besoins des pauvres et des catégories socialement vulnérables. La plupart du temps, toutefois, les ressources qu'il sera possible de dégager par ces divers moyens seront 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 US\$3.7 milliards par an entre 1999 et 2001. La part de la santé dans l'aide publique au développement a augmenté ces dernières années, passant de 9 % en 1996-98 à la moyenne actuelle de 11 %. Une progression qui, bien qu'elle parte d'un niveau faible, reflète l'importance grandissante qui est accordée à la santé en tant que dimension clé de la pauvreté. L'aide multilatérale consacrée à la santé, notamment par l'Association internationale de développement (IDA) du Groupe de la Banque mondiale, a fléchi en dépit de l'engagement croissant en faveur d'objectifs de développement à caractère social. L'aide acheminée par l'intermédiaire des organismes des Nations unies tels que l'OMS et l'UNICEF, les apports d'aide non concessionnelle et les financements en provenance de fondations à but non lucratif ont porté l'aide consacrée à la santé à un total estimé de US\$6.7 milliards par an à la fin des années 1990, d'après les chiffres de l'OMS. Cependant, en dépit de l'évolution positive du montant de l'aide allouée à la santé, le niveau actuel des crédits est bien inférieur aux besoins de financement estimés du secteur. On peut toutefois attendre des effets positifs du Sommet du G8 de juin 2003, où il a été reconnu que des ressources supplémentaires considérables en faveur de la santé et en particulier de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme étaient nécessaires. ■

Pour plus d'information

Cette synthèse s'inspire du *Document de référence du CAD sur la pauvreté et la santé*, établi par le Réseau du CAD sur la réduction de la pauvreté et publié conjointement par l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2003.

Des informations complémentaires sur les travaux que l'OCDE consacre à la pauvreté et à la santé peuvent être obtenues auprès de Stéphanie Baile, (e-mail : stephanie.baile@oecd.org, tél. : 33-1-45 24 90 30). ■

Autres lectures

■ Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD – Pauvreté et santé, 2003

ISBN : 92-64-100199-9, 21 €, 112 p.

■ Lignes directrices du CAD – La réduction de la pauvreté, 2001

ISBN : 92-64-29506-2, 20 €, 158 p.

■ Pour un système de santé plus performant,

Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS.

■ Macroéconomie et santé – Investir dans la santé pour le développement économique,

Rapport de la Commission macroéconomie et santé, OMS

■ Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site Internet :

www.oecd.org/dac

Vous pouvez acheter en toute sécurité les publications de l'OCDE par l'intermédiaire de la librairie en ligne de l'OCDE

www.oecd.org/bookshop

Les Synthèses de l'OCDE sont préparées par la Division des relations publiques,
Direction des relations publiques et de la Communication.

Elles sont publiées sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.

Où nous contacter ?

ALLEMAGNE

Centre de l'OCDE de BERLIN
Albrechtstrasse 9/10
D-10117 BERLIN
Tél. : (49-30) 2888353
Fax : (49-30) 28883545
E-mail : berlin.contact@oecd.org
Internet : www.oecd.org/deutschland

ÉTATS-UNIS

Centre de l'OCDE de WASHINGTON
2001 L Street N.W.,
Suite 650
WASHINGTON D.C. 20036-4922
Tél. : (1-202) 785 6323
Fax : (1-202) 785 0350
E-mail : washington.contact@oecd.org
Internet : www.oecdwash.org
Toll free : (1-800) 456 6323

FRANCE

Siège de l'OCDE de PARIS
2, rue André-Pascal
75775 PARIS Cedex 16
Tél. : (33) 01 45 24 81 81
Fax : (33) 01 45 24 19 50
E-mail : sales@oecd.org
Internet : www.oecd.org

JAPON

Centre de l'OCDE de TOKYO
Nippon Press Center Bldg
2-2-1 Uchisaiwaicho,
Chiyoda-ku
TOKYO 100-0011
Tél. : (81-3) 5532 0021
Fax : (81-3) 5532 0036/0035
E-mail : center@oecdtokyo.org
Internet : www.oecdtokyo.org

MEXIQUE

Centre de l'OCDE du MEXIQUE
Av. Presidente Mazaryk 526,
Colonia: Polanco,
C.P. 11560
MEXICO D.F.
Tél. : (00.52.55) 5281 3810
Fax : (00.52.55) 5280 0480
E-mail : mexico.contact@oecd.org
Internet : www.rtn.net.mx/ocde/

Les Synthèses de l'OCDE sont disponibles sur le site Internet de l'OCDE

www.oecd.org/publications/Pol_brief/index-fr.htm