

Bulletin de santé

Une publication du Population Reference Bureau

Numéro 1

Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde

par Dara Carr

Le Population Reference Bureau

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est la principale source d'information actualisée et objective sur les tendances démographiques et leurs implications aux États-Unis et dans le reste du monde. Le PRB fournit ces renseignements aux décideurs politiques, aux éducateurs, aux médias et aux citoyens intéressés ; il réalise toute une gamme d'activités d'intérêt public dans le monde entier, notamment des publications, des services d'information, des séminaires et des ateliers, et fournit un soutien technique. Nos efforts sont appuyés par des contrats publics, les dons de fondations, les contributions d'entreprises et de particuliers et la vente de nos publications. Le PRB est régi par un Conseil d'administration représentant divers groupements communautaires et professionnels.

Le Bulletin de santé propose une présentation simple des principales questions relatives aux stratégies internationales en matière de santé. Cette publication est distribuée aux décideurs politiques, aux analystes, aux responsables de programmes, aux groupes de défense d'intérêts particuliers, aux journalistes, aux bibliothécaires, aux enseignants et aux étudiants. *Le Bulletin de santé* bénéficie du soutien financier d'un don versé au PRB par la Fondation Bill & Melinda Gates pour la dissémination aux usagers du monde entier des résultats d'études cruciales. Cette initiative comporte également un volet formation, un volet Internet et plusieurs autres activités ayant pour objet de renforcer les politiques et programmes en matière de santé. Cette publication est disponible auprès du PRB. Pour devenir membre du PRB ou commander de la documentation, contacter le PRB au 1875 Connecticut Avenue, N.W., Suite 520, Washington, D.C. 20009-5728 ; tél. (202) 483-1100 ; télécopieur : (202) 328-3937 ; courriel : popref@prb.org. Site Internet : www.prb.org.

Citation recommandée pour cette publication : Dara Carr, « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde », *Bulletin de santé* n°1 (Washington, D.C. : Population Reference Bureau, 2004). Pour obtenir l'autorisation de reproduire des extraits du *Bulletin de santé*, écrire au PRB, A/S : Permissions.

Rédaction : Allison Tarmann

Production/Composition : Sharon Hershey Fay/Heather Lilley

Traduction : Pascale Ledeur-Kraus

Éditrice de la traduction : Pascale De Souza

Coordinatrice de la traduction et l'édition : Sara Adkins-Blanch

Photo page couverture [G à D] :

Shehzad Noorani/White Ribbon Alliance for Safe Motherhood 2001, Sean Sprague, Thassanee Srisawas/UNEP/Peter Arnold, et Sean Sprague/Peter Arnold

Juin 2004, Population Reference Bureau



Imprimé sur papier recyclé, imprimé à l'encre de soja

■ Table des matières

Introduction	1
La fracture de santé entre pays riches et pays pauvres	2
La fracture de santé au sein des pays	4
Questions élémentaires en matière de recherche	4
Identification des pauvres.....	5
Mesures de la santé.....	6
Résultats : situation des pauvres par rapport aux riches	7
Inégalités dans le domaine de la santé.....	7
Inégalités dans le recours aux services de santé.....	10
Tendances des inégalités en matière de santé.....	11
Avantages offerts par les services de santé publique aux pauvres.....	13
Déterminants de la situation de santé et des disparités y afférentes	14
Comment expliquer les disparités	15
Comment déterminer les inégalités inacceptables	16
Approches favorables aux pauvres	17
Approches socioéconomiques	17
Stratégies en faveur de la croissance et des plus démunis.....	18
Investissements dans le secteur de l'éducation.....	19
Activités en faveur du développement rural.....	19
Approches fondées sur les services de santé	20
Comment offrir davantage de bénéfices aux plus démunis.....	21
Ciblage direct	22
Ciblage spécifique.....	22
Promotion des services de santé primaires et essentiels	24
Renforcement de la disponibilité des services de santé.....	24
Amélioration de la qualité des services	25
Établissement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour améliorer la portée et la sensibilité des services.....	27
Mobilisation des ressources communautaires	28
Approches du financement des services de santé	29
Inégalités des financements.....	30
Stratégies pour le renforcement de la protection financière	31
Approches utilisées pour mesurer les progrès accomplis	33
Conclusion	33
Références	35
Ressources suggérées	39
Sites Internet recommandés	40

(suite page suivante)

■ Table des matières (suite)

Encadrés

Encadré 1	Une question de vie ou de mort au Cambodge.....	2
Encadré 2	Inégalités en matière de santé selon les facteurs sociaux et géographiques	6
Encadré 3	Comment faire face aux causes des inégalités dans le secteur de la santé	18
Encadré 4	Amélioration de l'équité grâce aux livraisons à domicile au Bangladesh	25
Encadré 5	Kerala : une réussite dans le secteur de la santé.....	26
Encadré 6	Options pour le financement des services de santé au Niger.....	32

Figures

Figure 1	Espérance de vie à la naissance, 1995-2000	3
Figure 2	Inégalités dans le secteur de la santé dans les pays moins avancés, 1990-2002	7
Figure 3	Taux de mortalité des moins de 5 ans par quintile économique.....	10
Figure 4	Inégalités dans l'usage des services de santé, 1990-2002.....	10
Figure 5	Vaccination intégrale par quintile économique, Afrique sub-saharienne	11
Figure 6	Déterminants des résultats en matière de santé	15
Figure 7	Évaluation de l'équité des résultats en matière de santé	16

Tableaux

Tableau 1	Dépenses de santé par habitant, selon le niveau de revenu national, 1997	3
Tableau 2	Inégalités entre pauvres et non pauvres dans le secteur de la santé, indicateurs choisis	8
Tableau 3	Tendances des inégalités dans le secteur de la santé.....	12
Tableau 4	Bénéfices tirés par les quintiles le plus riche et le plus pauvre des dépenses publiques pour les services curatifs	13
Tableau 5	Part des dépenses de santé publique perçue par les quintiles le plus riche et le plus pauvre, pays choisis	14
Tableau 6	Mécanismes de protection des plus démunis : ciblage direct et ciblage spécifique	21

Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde

Les changements profonds survenus dans le domaine de la santé publique ont radicalement transformé la vie au cours des cent dernières années. En moyenne, les gens vivent plus longtemps et dans de meilleures conditions que jamais auparavant. Cependant, la révolution du siècle dernier en matière de santé et de bien-être humains est restée inachevée. Pour ceux qui vivent avec moins d'un dollar par jour — et ils sont plus d'un milliard¹ — les services de santé et la médecine moderne demeurent hors de portée. Qui plus est, maintes initiatives visant à améliorer la santé des personnes vivant dans des conditions de pauvreté extrême sont restées sans succès.²

Les gouvernements et les organisations internationales ont tous reconnu qu'il était nécessaire d'améliorer la santé des plus démunis. Pendant les années 70, par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mené un effort mondial visant à parvenir à l'objectif de la « Santé pour tous » d'ici l'an 2000. Les représentants de plus de 130 gouvernements se sont rencontrés en 1978 à Alma-Ata (connue maintenant sous le nom de Almaty, au Kazakhstan) pour signer une déclaration précisant que « les inégalités de la situation de santé des gens, notamment entre les habitants des pays en développement et ceux des pays développés, et au sein même des pays, est politiquement, socialement et économiquement inacceptable ».³

Pourtant, plus de 25 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, la Santé pour tous demeure un objectif hors de portée. En moyenne, ceux qui vivent dans les pays les plus pauvres du monde n'atteindront pas l'âge de 50 ans. En Afrique, les principales causes de décès continuent à comprendre des maladies telles que la diarrhée, la rubéole et le paludisme. D'importantes disparités de santé demeurent, que ce soit d'un pays à l'autre ou au sein d'un même pays, et les différences entre pays riches et pays pauvres en matière de santé continuent à s'amplifier.

Quelques mots sur l'auteure

Dara Carr est directrice technique des communications en matière de santé au Population Reference Bureau. Auteure de maintes publications sur la santé reproductive et infantile, elle dispose de plus de 10 ans d'expérience en gestion de projets de communication en Afrique et en Asie. Dara Carr travaillait auparavant à la Banque mondiale et aux Programmes d'enquêtes démographiques et de santé (EDS). Au PRB, elle est chargée de la supervision des efforts d'amélioration de la qualité et de la quantité de données démographiques et de santé mises à la disposition des décideurs des pays moins avancés.

L'auteure souhaite exprimer toute sa gratitude aux réviseurs suivants pour leurs commentaires et suggestions précieux : Mushtaque Chowdhury, Gordon Perkins, Shea Rutstein, et Barbara Starfield. Des remerciements particuliers sont dus à Davidson Gwatkin pour son assistance dès le début du projet, à William Newbrander qui a répondu à nos questions alors qu'il se trouvait en Afghanistan, et à Gopi Gopalakrishnan, James Phillips, Laura Raney et Abu Sayeed pour les renseignements qu'ils nous ont fournis sur les activités des différents programmes. L'auteur remercie Allison Tarmann du PRB pour ses conseils rédactionnels, Lori Ashford, Mary Kent et Nancy Yinger pour leurs suggestions, Zuali Malsawma pour ses recherches en bibliothèque et Carl Haub pour ses conseils sur les données.

Une question de vie ou de mort au Cambodge

Rien ne semblait sortir de l'ordinaire lorsque Sath, une jeune Cambodgienne de 27 ans, enceinte pour la première fois et attendant des jumeaux, a ressenti les premières douleurs de l'accouchement. Elle a alors commencé à saigner profusément. Il n'y avait pas de médecin de garde à la clinique la plus proche — au Cambodge, dans les régions rurales, les médecins gagnent si peu d'argent qu'ils augmentent souvent leurs revenus en exerçant en parallèle — et aucun des habitants de son village de Phum Dok Po n'avait le téléphone ; un membre de sa famille a enfourché sa bicyclette pour aller obtenir du village voisin un mode de transport jusqu'à l'hôpital. Un chauffeur de taxi du village a accepté d'emmener Sath à l'hôpital, à une cinquantaine de kilomètres de là, pour 37 \$ US — plus d'un tiers du salaire annuel du mari de Sath. Désespéré, son mari a emprunté l'argent à des agriculteurs voisins et a envoyé Sath à l'hôpital. Après un long trajet pénible, sur une route boueuse et difficile, Sath est enfin arrivée à l'hôpital. Mais elle avait perdu trop de sang. Son premier enfant est mort-né, le deuxième a survécu, mais pas Sath. Un médecin consulté plus tard sur son cas a déclaré que l'hémorragie avait sans doute été causée par une rupture de l'urètre aggravée par l'anémie, une carence en vitamine A et d'autres conditions sans complication qui ne devraient plus causer la mort au XXI^e siècle.

« Les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres », déclare le Docteur Nicole Séguy, coordinatrice médicale au Cambodge de l'organisation Médecins sans Frontières. « De plus, leur maladie les plonge plus profondément dans la misère ». Selon une étude de l'agence humanitaire Oxfam, 45 % des agriculteurs cambodgiens qui ont perdu leurs terres ont été contraints de vendre leurs propriétés pour des raisons de maladie, ce qui fait de la maladie le principal facteur de perte des moyens de survie agraires. Les quatre maladies déclarées le plus fréquemment par ceux qui ont perdu leurs terres sont le paludisme, la fièvre dengue, la tuberculose et la typhoïde — toutes des maladies évitables ou guérissables.

« La mauvaise santé est une garantie qu'un pays ne parviendra pas à briser les chaînes de la misère », déclare Jim Tulloch, représentant national pour l'Organisation mondiale de la Santé basée à Genève. « Les enfants malades ne deviennent pas des travailleurs productifs. L'argent consacré à la lutte réactive contre les maladies ne peut être consacré au développement économique. Un pays dont la population souffre de maladies chroniques est un pays condamné à rester à jamais au bord de l'abîme ».

Extrait de « Lives Lost, Cambodia » de Colin Nickerson, *The Boston Globe*, 26 janvier 2003. Réimpression autorisée par le *Boston Globe*.

Les coûts humains, économiques et sociaux des problèmes de santé sont considérables. Des millions de personnes meurent trop tôt des suites de maladies parfaitement évitables ou traitables (voir l'encadré 1). Moyennant des investissements relativement modestes, nombreux sont ceux qui pourraient bénéficier d'une existence plus longue, plus saine et plus productive. Des données de plus en plus nombreuses confirment les liens étroits existant entre la santé, la réduction de la pauvreté et la croissance économique, et la notion selon laquelle « santé égale richesse ».⁴

Le présent numéro du Bulletin examine la fracture entre riches et pauvres sous différents angles, ainsi que les facteurs intervenant dans les disparités en matière de santé et les approches permettant d'améliorer l'état de santé des plus démunis. Au cours des dernières années, un important volume de recherches concernant les inégalités en matière de santé au sein des pays à faible revenu est devenu disponible. Ces études révèlent le sort des plus démunis de notre monde et confirme, dans la plupart des cas, la persistance et la fréquence des inégalités en matière de santé.

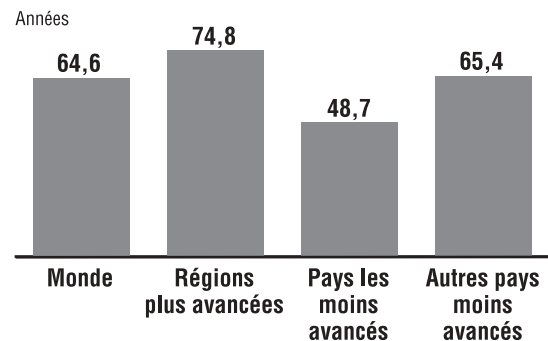
La fracture de santé entre pays riches et pays pauvres

Les maladies évitables et celles pouvant être soignées représentent un fardeau considérable pour les plus pauvres de notre monde. En 2001, les maladies infectieuses et parasitaires étaient responsables de plus de la moitié des décès survenus en Afrique, contre 2 % en Europe.⁵ Plus de 2,3 millions de personnes, essentiellement dans les pays en développement, meurent chaque année de huit maladies pour lesquelles existent des vaccins.⁶ Qui plus est, l'écart entre pays riches et pays pauvres semble se creuser encore davantage. À titre d'exemple, les taux de mortalité des moins de cinq ans ont décliné de plus de 70 % dans les pays à revenu élevé entre 1970 et 2000, alors que dans les pays à faible revenu, seule une réduction de 40 % a été enregistrée.⁷

Ces différences de santé se reflètent également dans les durées moyennes de vie. Dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie moyenne à la naissance est de l'ordre

Figure 1

Espérance de vie à la naissance, 1995–2000



Note : Selon la Division des Nations Unies chargée des questions de population, les régions plus avancées du monde comprennent l'Australie, la Nouvelle Zélande, l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon. Les régions moins avancées comprennent l'Afrique, l'Asie (sauf le Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes ; 49 pays de ces régions sont considérés comme les moins avancés.

Source : Division des Nations Unies chargée des questions de population, *Perspectives de la population mondiale. Édition 2002 – points saillants* www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF, consulté en ligne le 17 juin 2003.

Tableau 1

Dépenses de santé par habitant, selon le niveau de revenu national, 1997

Groupe de revenus	Dépenses totales de santé par personne (US \$)
Pays les moins avancés	11
Autres pays à faible revenu (PNB par habitant < 760 \$ US en 1998)	23
Pays à revenu faible à intermédiaire (761 \$ US < PNB par habitant < 3 030 \$ US en 1998)	93
Pays à revenu intermédiaire à élevé (3 031 \$ US < PNB par habitant < 9 360 \$ US en 1998)	241
Pays à revenu élevé (PNB par habitant > 9 360 \$ US en 1998)	1,907

Note : Les fourchettes de revenus sont celles précisées dans le Rapport sur la coopération au service du développement 2002 de l'Organisation pour la coopération économique et le développement.

Source : OMS, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development* (2001) : 56.

de 49 ans ; par contre, dans les régions plus développées telles que l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'espérance de vie moyenne est de près de 75 ans (voir la figure 1).

Selon l'OMS, la « fracture de santé » entre pays riches et pays pauvres au niveau mondial est essentiellement attribuable à un nombre limité de maladies frappant de manière disproportionnée les populations du monde en développement, notamment le

VII/sida, le paludisme, la tuberculose, les problèmes maternels et périnataux, les maladies infantiles telles que la rougeole, le tétanos, la diphtérie, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les maladies liées au tabagisme. Ces maladies sont responsables du plus grand nombre de décès évitables ou excessifs au sein des populations pauvres par rapport aux plus nantis.

Quels sont les facteurs qui contribuent à ces différences entre pays pauvres et pays riches en matière de santé ? Les niveaux élevés de pauvreté absolue — c'est-à-dire des revenus par habitant, ajustés pour le pouvoir d'achat, ne dépassant pas 1 \$ US par jour — accroissent la vulnérabilité des populations des pays pauvres à la maladie. Près de la moitié des personnes vivant en Afrique subsaharienne dispose de moins d'un dollar par jour, alors qu'en Asie du Sud, 37 % de la population, soit 488 millions d'êtres humains, vivent dans des conditions de pauvreté absolue.⁸ Ceux qui vivent dans des conditions de pauvreté extrême n'ont généralement pas accès à des sources d'eau salubre ou à des logements décentes et ne bénéficient guère de services d'hygiène, d'alimentation, d'éducation, de santé professionnels, de transport, d'emplois sûrs et sans danger ou d'informations relatives à la santé.

Dans le secteur de la santé, les différences existant entre les niveaux de dépenses pour les soins, les investissements en matière de recherche, les capacités et l'accès à la technologie et à l'information contribuent aux disparités enregistrées au niveau mondial.

À l'échelle planétaire, selon l'OMS, les pays à revenu faible à intermédiaire représentent 11 % des budgets de santé.

Cependant, la population de ces pays constitue plus de 80 % de la population mondiale et assume plus de 90 % du fardeau des maladies pour l'ensemble de notre planète.⁹

Dans les pays les moins avancés, les dépenses de santé sont de l'ordre de 11 \$ US par personne et par an (voir le tableau 1). Ce chiffre est nettement inférieur au montant de 30 à 40 \$ US par personne qui constitue, selon l'OMS, le niveau minimum des dépenses de santé requis pour les interventions essentielles.¹⁰ À titre de comparaison, les dépenses de santé dans les pays à

revenu élevé dépassent 1 900 \$ US par personne et par an.

Les maladies affectant le plus fréquemment les groupes démunis font l'objet d'investissements très limités en matière de recherche et de développement. Ce genre de dépenses est en effet essentiellement déterminé par les forces du marché, qui ne sont pas aussi favorables aux médicaments utilisés pour le traitement de maladies affectant essentiellement les plus pauvres de notre monde. Dans l'une de ces études, les chercheurs ont déclaré que l'investissement

[L]es maladies responsables de l'essentiel de la fracture de santé — notamment les maladies parasitaires et infectieuses, les carences nutritionnelles et les complications à l'accouchement — sont concentrées parmi les populations les plus démunies des pays les plus pauvres.

annuel mondial en matière de paludisme dans les années 1990 était de l'ordre de 65 \$ US par décès attribuable à la maladie, contre 789 \$ US pour chaque décès lié à l'asthme.¹¹ Entre 1975 et 1977, sur les 1 233 médicaments lancés sur le marché mondial, 13 seulement concernaient le traitement des maladies tropicales infectieuses frappant avant tout les pauvres des pays à revenu faible ou intermédiaire.¹²

Au cours des dernières années, diverses initiatives — notamment l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (Global Alliance for Vaccines and Immunizations) — ont encouragé le renforcement de la recherche et du développement pour les maladies affectant les plus pauvres de notre monde. Mais même ainsi, le Forum mondial pour la Recherche en matière de Santé (Global Forum for Health Research) estime que seule une fraction infime des dépenses de recherche et de développement est consacrée aux maladies responsables de 90 % des problèmes de santé à l'échelle mondiale.¹³

Les personnes vivant dans les pays pauvres ont en outre moins d'accès aux tech-

nologies médicales que celles vivant dans les pays mieux nantis.¹⁴ Plus récemment, l'attention à l'échelle mondiale s'est portée sur la forte disparité en matière d'accès aux médicaments permettant de prolonger la vie des personnes atteintes du sida. Dans les pays plus avancés, les médicaments et les anti-rétroviraux qui permettent de prévenir et de traiter les infections opportunistes ont réduit de manière sensible le nombre des décès. Mais ces médicaments ne sont généralement pas disponibles dans les pays les plus pauvres. En conséquence, les taux de mortalité liés au sida explosent et l'espérance de vie moyenne diminue dans les pays pauvres les plus frappés par cette maladie. Dans huit pays d'Afrique — l'Angola, le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Rwanda, la Zambie et le Zimbabwe — l'espérance de vie est maintenant de 40 ans ou moins.¹⁵

La fracture de santé au sein des pays

Les inégalités en matière de santé sont intenses. Même dans des endroits sains tels que les Pays-Bas, la Finlande et le Royaume-Uni, les pauvres décèdent 5 à 10 ans plus tôt que les riches. Les chercheurs ont découvert des différences considérables entre les espérances de vie selon les lieux de résidence aux États-Unis. Qui plus est, les disparités socio-économiques en matière de santé s'aggravent dans un grand nombre de pays.¹⁶

Cependant, les maladies responsables de l'essentiel de la fracture de santé à l'échelle mondiale — notamment les maladies parasitaires et infectieuses, les carences nutritionnelles et les complications à l'accouchement — sont concentrées parmi les populations les plus démunies des pays les plus pauvres.¹⁷ Les indigents subissent de plus en plus un triple fardeau disproportionné, qui comprend des niveaux élevés de maladies infectieuses, des maladies non contagieuses et l'invalidité ou la mort dues aux blessures, à la toxicodépendance et à la violence.¹⁸

Questions élémentaires en matière de recherche

La communauté médicale internationale s'accorde pour reconnaître que l'amélioration de la santé des populations les plus pauvres du monde représente une priorité.

Cependant, la procédure à suivre pour répondre aux besoins des plus démunis est complexe. Les chercheurs tentent de trouver la réponse aux questions les plus élémentaires — à commencer par l'identification des pauvres et la mesure du niveau de santé — en examinant la situation des plus démunis par rapport à d'autres groupes et en tentant d'éliminer les disparités.

Identification des pauvres

Dans de nombreux pays moins avancés, il est particulièrement difficile d'identifier les pauvres. Les économistes peuvent déterminer les seuils de pauvreté des grands pays industrialisés, sur la base des niveaux de revenu, mais dans les pays moins avancés, les données sur les revenus ne sont pas systématiquement fiables, ni même disponibles. Dans bien des pays, une vaste proportion de la population travaille en dehors de l'économie formelle — notamment dans l'économie agricole de subsistance.

Dans ce genre de contexte, les chercheurs peuvent se servir des données relatives aux niveaux de consommation ou aux biens des ménages pour déterminer les niveaux de pauvreté. Les données relatives à la consommation indiquent le budget consacré à la nourriture, au logement, aux soins de santé, à l'éducation et à divers autres postes. Les données sur les ménages révèlent également le statut socioéconomique. Selon certaines études, les biens des ménages sont en outre une mesure énergique de la consommation et du statut économique.¹⁹

L'une des études les plus poussées réalisées jusqu'à présent sur les inégalités en matière de santé dans les pays moins avancés se fonde sur les biens des ménages, les services et d'autres données tirées du programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), un projet d'enquêtes de recherche mené en Afrique, en Asie et en Amérique latine, pour mesurer le statut socioéconomique. L'indice de richesse ainsi composé se fonde sur des mesures telles que la possession d'un réfrigérateur, d'un téléviseur ou d'un poste de radio, celle d'une automobile, d'une motocyclette ou d'une bicyclette, les matériaux de construction du foyer, sa taille et sa source d'approvisionnement en eau potable, le type d'installations sanitaires de la maison et l'emploi de personnel domestique à domicile. L'un des inconvé-

nients de cette approche est que certains des éléments de cet indice, notamment l'accès à l'eau potable, sont également des déterminants de l'état de santé.²⁰

Dans le contexte de l'étude fondée sur les données provenant des EDS (mentionnée plus haut), l'indice de richesse des ménages propose une définition relative, ou nationale, du statut économique et non pas une définition absolue. Les chercheurs ont divisé la population de chaque pays en cinq groupes de revenus ou quintiles, suivant leur classement relatif concernant l'indice de richesse des ménages de chaque pays. En conséquence, le statut économique du quintile le plus pauvre à Haïti (celui qui se trouve le plus bas au classement), est par exemple très différent de celui du quintile le plus pauvre au Brésil.²¹

Pour bien des activités de recherche à l'échelle mondiale, les économistes font appel à une mesure absolue ou universelle de la pauvreté. Cette approche tente de définir la pauvreté en termes de niveau minimal de revenu ou de consommation universellement applicable et fixé dans le temps. Généralement, les économistes préparent une estimation des sommes minimales requises pour se nourrir ou pour d'autres éléments essentiels applicable à tous les pays. Selon les estimations de la Banque mondiale, le seuil de pauvreté internationale ou absolue pour les pays les plus pauvres est d'environ 1 \$ US par jour en moyenne, ajusté en fonction des différences entre les pouvoirs d'achat des divers pays. À la fin des années 1990, toujours suivant les estimations de la Banque mondiale, 1,2 milliard de personnes vivaient avec moins de 1 \$ US par jour, contre 1,3 milliard en 1990.²²

Les chercheurs utilisent parfois également des mesures telles que l'éducation, la santé, la langue et le lieu de résidence comme substituts du statut économique. Ces mesures ont peut-être l'avantage de refléter différentes dimensions de la pauvreté, notamment l'exclusion sociale et l'isolement géographique. Au fur et à mesure que s'élargit la définition de la pauvreté, les chercheurs risquent d'aller de plus en plus au-delà des mesures traditionnelles des revenus et de la consommation pour déterminer qui peut être défini comme étant indigent.

La Banque mondiale et d'autres organisations ont longtemps considéré la pauvreté

Inégalités en matière de santé selon les facteurs sociaux et géographiques

Ce *Bulletin* focalise avant tout sur les inégalités économiques dans le secteur de la santé. Cependant, il existe aussi dans la plupart des pays des disparités selon le sexe, l'appartenance ethnique, la langue, la profession et le domicile. Des chercheurs au Bangladesh, par exemple, ont découvert des disparités considérables en matière de vaccination infantile : les fillettes, les minorités ethniques et les enfants des régions isolées étant moins susceptibles d'avoir reçu tous les vaccins recommandés.¹ Les effets de la misère sur la santé sont souvent exacerbés par l'ostracisme social et l'exclusion des services de santé et d'éducation entre autres.

Les disparités entre les groupes sociaux sont parfois plus prononcées que les différences basées exclusivement sur les niveaux de revenu. En 1993, par exemple, sous le régime de l'apartheid, les enfants noirs de l'Afrique du Sud couraient 5,5 fois plus de risques de mourir avant leur premier anniversaire que les enfants blancs. Les enfants pauvres des deux races étaient 2,9 fois plus susceptibles de mourir pendant cette période que les enfants des groupes plus aisés.²

Les femmes et les fillettes sont souvent confrontées à la discrimination dans le domaine de la santé et à des obstacles particuliers lorsqu'elles tentent de se procurer des soins de santé. En Inde, l'écart entre les taux de mortalité des fillettes et des garçons se creuse au fil du temps. À l'heure actuelle, selon les estimations, 2 millions de fillettes âgées de 6 ans ou moins sont « manquantes » en raison des pratiques d'avortement sélectif ou des négligences dans le domaine de la santé et de la nutrition.³

Lorsque l'accès aux services est difficile, le coût des déplacements est souvent plus prohibitif pour les femmes que pour les hommes. Les femmes gagnent généralement moins d'argent que les hommes et elles exercent moins de contrôle sur l'usage des fonds du ménage que les hommes. En outre, les normes culturelles empêchent parfois les femmes de se déplacer sur des distances éloignées, surtout seules, pour se procurer des services médicaux.

Les communautés pauvres se heurtent souvent à des risques de santé multiples liés à leur emplacement géographique. Les plus démunis sont surtout présents dans les zones rurales et isolées, sans infrastructures, sans services et sans personnel qualifié. Dans les villes, les pauvres se concentrent souvent à proximité de zones polluées, comme par exemple les autoroutes et les sites industriels. Lorsque survient une catastrophe naturelle, les populations pauvres sont généralement frappées de manière disproportionnée parce qu'elles vivent dans des logements fragiles situés dans des secteurs vulnérables tels que les plaines d'inondation.

1. A. Mushtaque Chowdhury et al., « Who Gets Vaccinated in Bangladesh : the Immunization Divide », *Bangladesh Health Inequity Watch* (mars 2002), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.gega.org.za/download/newsvol1_6/BHEWImmunization_brief.pdf, le 21 novembre 2003.

2. Lucy Gilson et Di McIntyre, « South Africa : Addressing the Legacy of Apartheid », dans *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York : Oxford University Press, 2001) : 198.

3. Carl Haub et O. P. Sharma, « India's 2 Million Missing Girls » (Washington, DC : Population Reference Bureau), document non publié, juin 2003.

comme définie essentiellement par les niveaux de revenu, mais ce phénomène est maintenant reconnu comme étant multidimensionnel.²³ Cette évolution est avant tout le fruit des travaux d'Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998. Sen a rejeté la méthode traditionnelle de mesure de la pauvreté, fondée sur le calcul du nombre de personnes dont les revenus tombaient en dessous d'un seuil prédéterminé. « Il est impossible, a-t-il déclaré, de définir un seuil de pauvreté et de l'appliquer sans discrimination à l'ensemble de la population mondiale, sans prendre en considération les caractéristiques et les circonstances particulières de chacun ». ²⁴ Sen a proposé que l'analyse de la pauvreté se fonde plutôt sur l'accès des personnes aux opportunités et sur divers facteurs tels que la santé, la nutrition et l'éducation, qui reflètent les capacités spécifiques de chacun à fonctionner au sein de la société.²⁵

Mesures de la santé

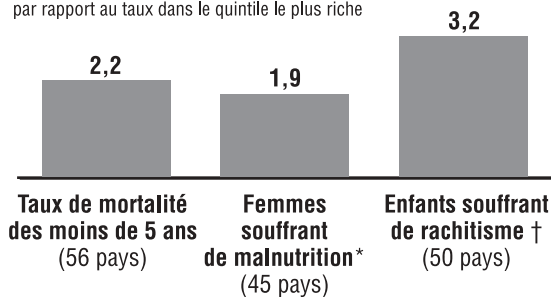
Les chercheurs disposent de différentes méthodes pour évaluer la santé. L'une des options consiste à s'en remettre aux informations sur la santé fournies par les personnes elles-mêmes. Cette stratégie présente de nombreux inconvénients en raison de sa nature subjective. La perception qu'a une personne de son état de santé risque d'être radicalement différente de l'évaluation d'un professionnel médical. Les plus pauvres, dont les niveaux de connaissance et de compréhension des questions de santé sont souvent limités, sont en outre moins susceptibles de déterminer leur état de santé et d'en faire la description.

Une autre option consiste à se servir des données des enquêtes pour déterminer l'état de santé et le recours aux services médicaux. Les enquêtes démographiques et de santé recueillent des informations sur certains indicateurs de santé tels que la mortalité infantile, la fécondité et l'état nutritionnel. Les données sur la fécondité et la mortalité émanant des EDS se fondent sur les souvenirs des femmes indiquant le nombre d'enfants qu'elles ont eus et le nombre d'enfants décédés. Dans le cas du statut nutritionnel, les agents qui procèdent aux entretiens mesurent et pèsent les membres de la famille. Ces enquêtes pourraient bien inclure de plus en plus des prises de sang pour pré-

Figure 2

Inégalités dans le secteur de la santé dans les pays moins avancés, 1990–2002

Ratio moyen du taux dans le quintile le plus pauvre par rapport au taux dans le quintile le plus riche



Note : Les ratios ne tiennent pas compte des différences de taille des populations d'un pays à l'autre. Les pays présentant des valeurs d'indicateurs < 1 % ont été exclus des calculs pour éviter qu'ils ne déforment les résultats.

* Dans certains pays, les enquêtes ont mesuré la malnutrition chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ou de 15 à 44 ans ; dans d'autres pays, les enquêtes ont mesuré la malnutrition chez les femmes ayant des enfants âgés de moins de 5 ans.

† Les enfants atteints de rachitisme sont d'une taille trop petite pour leur âge par rapport à une population internationale de référence d'enfants bien nourris.

Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

parer des estimations des niveaux d'anémie ou de séropositivité au sein de la population.²⁶

Une autre stratégie consiste à déterminer si la population fait appel aux services de santé lorsqu'elle en a besoin ou lorsque cela lui est recommandé. Les EDS collectent des informations sur la couverture de vaccination, les visites médicales de santé infantile et le recours aux services de planification familiale et de maternité. Les intervieweurs posent aux mères des questions visant à déterminer si leurs enfants ont été vaccinés et contre quoi, et si elles ont emmené leurs enfants dans un centre médical lorsque ceux-ci présentaient les symptômes de maladies diarrhéiques ou d'accès de fièvre, si elles utilisent ou ont jamais utilisé une méthode contraceptive, si elles ont bénéficié de soins prénatals pendant leur dernière grossesse, si elles ont eu leur dernier enfant dans un centre de soins et si elles ont accouché en présence de personnel médical qualifié.

Les chercheurs peuvent évaluer les niveaux de santé en examinant les dossiers des services médicaux et la disponibilité de ces services et de personnel qualifié. Dans la

plupart des pays, les chercheurs calculent les taux de séroprévalence à partir des données collectées par certains centres de santé. Pour évaluer le statut de santé d'une communauté donnée, les analystes peuvent examiner le nombre de lits d'hôpital ou de personnel médical qualifié dans une région donnée. Ces stratégies sont moins efficaces quand il s'agit de mesurer la santé des plus pauvres si ces derniers semblent préférer faire appel à leurs prestataires traditionnels plutôt que de se rendre dans un hôpital ou une clinique.

Resultats : situation des pauvres par rapport aux riches

Dans les pays les moins avancés, les pauvres se trouvent en situation désavantagée par rapport aux riches dans le domaine de la santé. Les chercheurs ont découvert des disparités à plusieurs niveaux de la situation de santé, notamment les risques de santé, les comportements de sollicitation de soins, de diagnostic et de traitement, et l'incidence des maladies, des invalidités et des décès.²⁷ Une étude plurinationale des données des EDS pour la période 1990-2002 révèle l'existence de différences entre l'état de santé des pauvres et des moins pauvres et leur recours aux services pour toute une série d'indicateurs de santé reproductive et de santé infantile (voir les résultats par pays au tableau 2, pages 8 et 9). D'autres études multi-pays ont découvert des corrélations statistiques significatives entre la situation économique et la nutrition et la mortalité infantiles. Divers facteurs géographiques et sociaux semblent également être responsables des disparités entre la santé de ces deux groupes (voir l'encadré 2).

Inégalités dans le domaine de la santé

Après avoir analysé les données de récentes EDS portant sur plus de 50 pays en développement, les chercheurs ont déterminé que la situation des quintiles les plus pauvres est pire que celle des groupes mieux nantis pour toute une série de sujets de santé, notamment la mortalité infantile et l'état nutritionnel. En moyenne, un enfant du quintile le plus pauvre est deux fois plus susceptible de mourir avant l'âge de cinq ans qu'un enfant du quintile le plus riche (voir la figure 2). La même disparité ressort en matière de nutrition maternelle, les femmes du quintile le

Tableau 2

Inégalités entre pauvres et non pauvres dans le secteur de la santé, indicateurs choisis

Pays	Taux de mortalité des moins de 5 ans (nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes)		Malnutrition chez les femmes et les mères (% de l'indice de masse corporelle* < 18,5 kg/m ²) †		Enfants de 12 à 23 mois entièrement vaccinés (en %)		Femmes accouchant avec l'assistance d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme (en %)	
	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche
Asie de l'Est, Pacifique								
Cambodge, 2000	155	64	24	17	29	68	15	81
Indonésie, 1997	109	29	—	—	43	72	21	89
Philippines, 1998	80	29	—	—	60	87	21	92
Vietnam, 1997	63	23	—	—	42	60	49	99
Vietnam, 2000	53	16	—	—	44	92	58	100
Europe, Asie centrale								
Arménie, 2000	61	30	3	4	66	(68)	93	100
Kazakhstan, 1995	48	40	11	7	21	(34)	99	100
Kazakhstan, 1999	82	45	7	9	69	(62)	99	99
Kirghizistan, 1997	96	49	7	7	69	73	96	100
Ouzbékistan, 1996	70	50	12	8	81	78	92	100
Turquie, 1993	125	27	3	3	41	82	43	99
Turquie, 1998	85	33	2	2	28	70	53	98
Turkménistan, 2000	106	70	11	10	85	78	97	98
Amérique latine et Caraïbes								
Bolivie, 1998	147	32	0,5	2	22	31	20	98
Brésil, 1996	99	33	9	5	57	74	72	99
Colombie, 1995	52	24	6	1	58	77	61	98
Colombie, 2000	39	20	3	3	50	65	64	99
Guatemala, 1995	89	38	4	2	49	46	9	92
Guatemala, 1998	78	39	4	0,5	66	56	9	92
Haïti, 1994-1995	163	106	25	9	19	44	2	65
Haïti, 2000	164	109	17	8	25	42	4	70
Nicaragua, 1997-1998	69	30	4	4	61	73	33	92
Nicaragua, 2001	64	19	3	4	64	71	78	99
Paraguay, 1990	57	20	—	—	20	53	41	98
Pérou, 1996	110	22	1	1	55	66	14	97
Pérou, 2000	93	18	1	2	58	81	20	98
République Dominicaine, 1996	90	27	10	6	34	47	89	98
Moyen-Orient/Afrique du Nord								
Égypte, 1995	147	39	—	—	65	93	21	86
Égypte, 2000	98	34	1	0,1	91	92	31	94
Jordanie, 1997	42	25	3	2	21	17	91	99
Maroc, 1992	112	39	6	2	54	95	5	78
Yémen, 1997	163	73	39	13	8	56	7	50
Asie du Sud								
Bangladesh, 1996-1997	141	76	65	33	47	67	2	30
Bangladesh, 1999-2000	140	72	—	—	50	75	4	42
Inde, 1992-1993	155	54	—	—	17	65	12	79
Inde, 1998-1999	141	46	50	15	21	64	16	84
Népal, 1996	156	83	26	21	32	71	3	34
Népal, 2001	130	68	27	15	54	82	4	45
Pakistan, 1990-1991	125	74	—	—	23	55	5	55

Pays	Taux de mortalité des moins de 5 ans (nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes)		Malnutrition chez les femmes et les mères (% de l'indice de masse corporelle* < 18,5 kg/m ²) †		Enfants de 12 à 23 mois entièrement vaccinés (en %)		Femmes accouchant avec l'assistance d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme (en %)	
	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche
	Afrique sub-saharienne							
Afrique du Sud, 1998	87	22	—	—	51	70	68	98
Bénin, 1996	208	110	21	7	38	74	34	98
Bénin, 2001	198	93	16	6	49	73	50	99
Burkina Faso, 1998-1999	239	155	16	9	21	52	18	75
Cameroun, 1991	201	82	—	—	27	64	32	95
Cameroun, 1998	199	87	12	4	24	57	28	89
Comores, 1996	129	(87)	7	9	40	82	26	85
Côte d'Ivoire, 1994	190	97	11	6	16	64	17	84
Érythrée, 1995	152	104	45	21	25	84	5	74
Éthiopie, 2000	159	147	32	25	7	34	0,9	25
Gabon, 2000	93	55	9	4	6	24	67	97
Ghana, 1993	156	75	12	7	38	79	25	85
Ghana, 1998	139	52	18	5	50	79	18	86
Guinée, 1999	230	133	17	9	17	52	12	82
Kenya, 1998	136	61	18	6	48	60	23	80
Madagascar, 1997	195	101	24	15	22	66	30	89
Malawi, 1992	253	172	14	6	73	89	45	78
Malawi, 2000	231	149	10	6	65	81	43	83
Mali, 1995-1996	298	169	16	12	16	56	11	81
Mali, 2001	248	148	13	10	20	56	8	82
Mauritanie, 2000-2001	98	79	17	9	16	45	15	93
Mozambique, 1997	278	145	17	4	20	85	18	82
Namibie, 1992	110	76	19	5	54	63	51	91
Namibie, 2000	55	31	—	—	60	68	55	97
Niger, 1998	282	184	27	13	5	51	4	63
Nigeria, 1990	240	120	—	—	14	58	12	70
Ouganda, 1995	192	113	13	6	34	63	23	70
Ouganda, 2000-2001	192	106	15	5	27	43	20	77
République Centrafricaine, 1994-1995	193	98	16	11	18	64	14	82
Rwanda, 2000	246	154	12	7	71	79	17	60
Sénégal, 1997	181	70	—	—	—	—	20	86
Tanzanie, 1996	140	98	12	7	57	83	27	81
Tanzanie, 1999	160	135	—	—	53	78	29	83
Tchad, 1996-1997	171	172	28	21	4	23	3	47
Togo, 1998	168	97	13	8	22	52	25	91
Zambie, 1996	212	136	10	8	71	86	19	91
Zambie, 2001-2002	192	92	21	10	64	80	20	91
Zimbabwe, 1994	85	56	6	1	72	86	55	93
Zimbabwe, 1999	100	62	9	4	64	64	57	94

Note : les chiffres ont été arrondis.

() Les parenthèses indiquent que le chiffre est basé sur un nombre de cas relativement faible et n'est donc pas entièrement fiable.

— Données non disponibles.

* L'indice de masse corporelle est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la hauteur en mètres.

† Dans certains pays, les enquêtes ont mesuré la malnutrition chez les femmes âgées de 15 à 49 ans ou de 15 à 44 ans ; dans d'autres pays, les enquêtes ont mesuré la malnutrition chez les femmes ayant des enfants âgés de moins de 5 ans.

Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

plus pauvre étant presque deux fois plus susceptibles de souffrir de malnutrition (c'est-à-dire d'avoir un indice de masse corporelle inférieur à 18,5, indice calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la hauteur en mètres) que celles du quintile le plus riche.

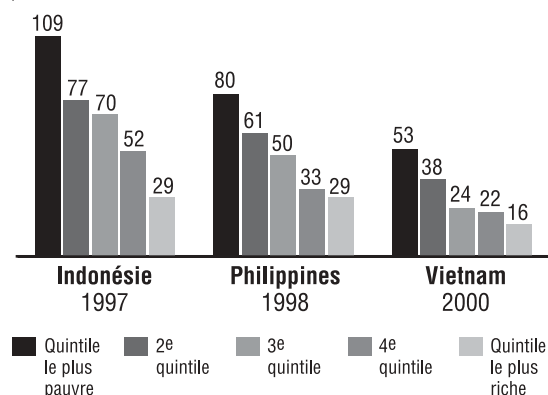
Le rachitisme, ou la malnutrition chronique, chez les enfants de moins de 5 ans révèle des niveaux d'inégalité plus prononcés. Les enfants souffrant de rachitisme sont considérés comme trop petits pour leur âge par rapport à une population internationale de référence. Le rachitisme est généralement considéré comme le résultat d'une malnutrition de longue durée sur la croissance physique d'un enfant. On décèle en moyenne trois fois plus de cas de rachitisme chez les enfants du quintile le plus pauvre que chez ceux du quintile le plus aisé. Ces inégalités en matière de rachitisme sont particulièrement prévalentes en Amérique latine et aux Caraïbes. Parmi les neuf pays de la région inclus dans l'étude — la Bolivie, le Brésil, la Colombie, la République Dominicaine, le Guatemala, Haïti, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou — une moyenne non pondérée de 35 % des enfants du quintile le plus pauvre souffrait de rachitisme, contre 5 % seulement de ceux du quintile le plus riche.

Généralement, les résultats en matière de santé diffèrent d'un quintile économique à l'autre, et pas seulement entre les quintiles le plus riche et le plus pauvre. Les taux moyens de mortalité infantile par quintile de revenus en Indonésie, aux Philippines et au Vietnam confirment cette tendance (voir la figure 3). Les chances de survie des enfants augmentent nettement avec l'amélioration de la situation matérielle.

L'analyse des résultats des EDS n'avait pas pour objet d'établir un lien de causalité entre l'aisance matérielle et la santé infantile. Cependant, d'autres études ont découvert des corrélations statistiques significatives (non aléatoires) entre la situation économique et la santé infantile. Dans une étude de la nutrition infantile dans vingt pays en développement, les chercheurs ont conclu que 18 de ces pays présentaient des inégalités marquées tant au niveau du rachitisme que des insuffisances pondérales.²⁸ L'auteur d'une autre étude a révélé des inégalités importantes des taux de mortalité des

Figure 3
Taux de mortalité des moins de 5 ans, par quintile économique

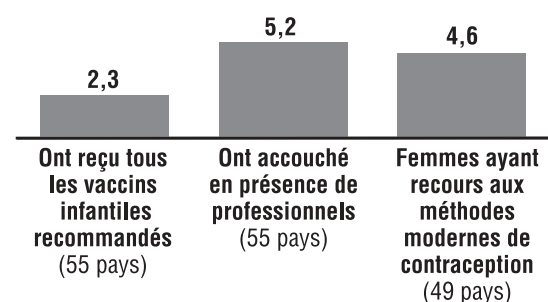
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes



Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

Figure 4
Inégalités dans l'usage des services de santé, 1990-2002

Ratio moyen du taux dans le quintile le plus pauvre par rapport au taux dans le quintile le plus riche



Note : Les ratios ne tiennent pas compte des différences de taille des populations d'un pays à l'autre. Les pays présentant des valeurs d'indicateurs < 1 % ont été exclus des calculs pour éviter qu'ils ne déforment les résultats.

Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

enfants de moins de 5 ans dans sept pays moins avancés sur neuf.²⁹

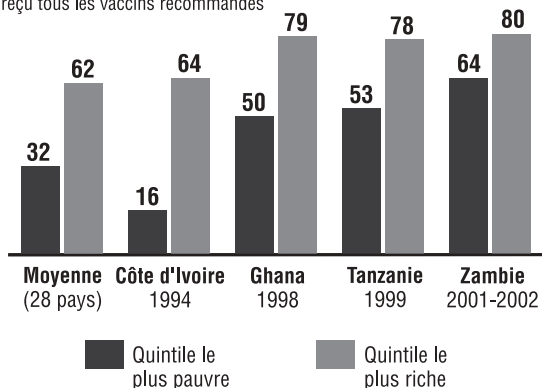
Inégalités dans le recours aux services de santé

L'étude des EDS révèle que les membres des quintiles les plus pauvres sont moins susceptibles que ceux des quintiles plus aisés de recourir aux services de santé de base, tels que la vaccination, les soins maternels et la planification familiale. En moyenne, les enfants de 12 à 23 mois des quintiles les plus

Figure 5

Vaccination intégrale par quintile économique, Afrique sub-saharienne

Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins recommandés



Note : Le niveau moyen de couverture de vaccination ne tient pas compte des différences de taille des populations des différents pays.

Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

riches ont deux fois plus de chances d'avoir reçu tous les vaccins infantiles de base que ceux des quintiles les plus pauvres (voir la figure 4). L'OMS recommande que les enfants reçoivent une dose de chacun des vaccins suivants : BCG (tuberculose) et rougeole, et trois doses de chacun des suivants : DPT (diphtérie, pertussis/coqueluche, tétanos) et polio, tout cela avant leur premier anniversaire. Parmi toutes les régions, l'inégalité des taux de vaccination est particulièrement marquée en Afrique subsaharienne : dans le quintile le plus pauvre, en moyenne 32 % seulement des enfants avaient reçu tous leurs vaccins, contre 62 % de ceux du quintile le plus riche (voir la figure 5).

Le recours aux services de santé professionnels pendant l'accouchement varie lui aussi considérablement. Les femmes du quintile le plus riche sont près de cinq fois plus susceptibles d'accoucher en présence d'un professionnel qualifié tel qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme que les femmes du quintile le plus pauvre (voir la figure 4).

Une assistance professionnelle au moment de l'accouchement est essentielle dans la mesure où de nombreuses complications graves de la grossesse sont impossibles à prédire. Le niveau des inégalités est également élevé en matière d'usage de contraceptifs modernes, particulièrement en Afrique sub-saharienne. En moyenne, les femmes

mariées du quintile le plus riche sont près de cinq fois plus susceptibles de recourir à la contraception que celles du quintile le plus pauvre (voir la figure 4). Ceci peut refléter des différences au niveau de l'accessibilité des services de planification familiale, ainsi qu'au niveau de la demande de contraceptifs. Les femmes moins éduquées, par exemple, veulent généralement des familles plus nombreuses que les femmes plus éduquées et plus aisées. Les différences les plus extrêmes entre les riches et les pauvres apparaissent dans certains pays où au maximum 10 % des femmes utilisent des contraceptifs modernes : le Tchad, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigér, le Nigeria, le Sénégal et le Yémen.

Tendances des inégalités en matière de santé

Les résultats sont mitigés lorsque l'on examine les tendances des niveaux d'inégalité en matière d'état de santé et de recours aux services de santé dans les pays pour lesquels on dispose de données (voir le tableau 3). Ces données sont parfois difficiles à interpréter. Dans certains cas, les inégalités ont diminué en raison de l'aggravation de la situation de santé des membres du quintile le plus riche. Dans d'autres cas, les inégalités se sont intensifiées, mais les indicateurs de santé (tableau 2) se sont améliorés tant pour le quintile le plus riche que pour le quintile le plus pauvre. Une augmentation des inégalités reflète le fait que les progrès se sont fait sentir plus rapidement pour les plus nantis que pour les pauvres. Relativement peu de pays ont réussi à réduire les inégalités tout en améliorant la santé ou l'accès aux services pour les quintiles les plus pauvres comme les plus riches.

En ce qui concerne la mortalité des moins de 5 ans, aucun des pays pour lesquels des données étaient disponibles n'avait réussi à réduire les inégalités et les taux de mortalité des enfants des quintiles le plus riche et le plus pauvre (voir le tableau 3). Toutefois certains pays ont notablement amélioré les perspectives de survie des enfants pauvres. Les résultats obtenus par l'Égypte en la matière méritent une mention particulière. En 1995, le taux de mortalité des moins des cinq ans était de 147 chez les enfants du quintile le plus pauvre. En 2000, ce taux était passé à 98.

Tableau 3

Tendances des inégalités dans le secteur de la santé

Pays	Ratio démunis-nantis		Ratio nantis-démunis	
	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Malnutrition chez les femmes †	Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins recommandés	Femmes ayant accouché en présence d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme
Asie de l'Est, Pacifique				
Vietnam, 1997	2,8	—	1,4	2,0
Vietnam, 2000	3,3 ^a	—	2,1	1,7 ^b
Europe, Asie centrale				
Kazakhstan, 1995	1,2	1,5	1,6	1,0
Kazakhstan, 1999	1,8	0,8	0,9 ^a	1,0
Turquie, 1993	4,6	0,8	2,0	2,3
Turquie, 1998	2,6	1,0	2,5	1,8 ^b
Amérique latine, Caraïbes				
Colombie, 1995	2,2	4,9	1,3	1,6
Colombie, 2000	1,9	1,1	1,3	1,5 ^b
Guatemala, 1995	2,4	2,1	0,9	9,8
Guatemala, 1998	2,0	7,4	0,8 ^a	10,4
Haïti, 1994-1995	1,5	2,7	2,3	31,0
Haïti, 2000	1,5	2,1	1,7	17,1
Nicaragua, 1997-1998	2,3	1,0	1,2	2,8
Nicaragua, 2001	3,3	0,9	1,1	1,3 ^b
Pérou, 1996	5,0	1,2	1,2	7,1
Pérou, 2000	5,3	0,7	1,4	6,7
Moyen-Orient, Afrique du Nord				
Égypte, 1995	3,8	—	1,4	4,2
Égypte, 2000	2,9	14,0	1,0 ^b	3,0 ^a
Asie du Sud				
Bangladesh, 1996-1997	1,9	2,0	1,4	16,6
Bangladesh, 1999-2000	1,9	—	1,5	12,0
Inde, 1992-1993	2,8	—	3,8	6,6
Inde, 1998-1999	3,1 ^a	3,5	3,0	5,1 ^a
Népal, 1996	1,9	1,2	2,2	11,6
Népal, 2001	1,9 ^a	1,8	1,5 ^a	12,5
Afrique sub-saharienne				
Bénin, 1996	1,9	3,0	1,9	2,8
Bénin, 2001	2,1 ^a	2,8	1,5	2,0 ^b
Cameroun, 1991	2,5	—	2,3	3,0
Cameroun, 1998	2,3	2,9	2,4	3,2
Ghana, 1993	2,1	1,6	2,1	3,4
Ghana, 1998	2,7 ^a	3,7	1,6	4,8
Malawi, 1992	1,5	2,4	1,2	1,7
Malawi, 2000	1,5 ^a	1,7	1,2	1,9
Mali, 1995-1006	1,8	1,3	3,5	7,3
Mali, 2001	1,7 ^a	1,3	2,9	10,1
Namibie, 1992	1,5	3,6	1,2	1,8
Namibie, 2000	1,8 ^a	—	1,1 ^a	1,8 ^b
Ouganda, 1995	1,7	2,2	1,8	3,1
Ouganda, 2000-2001	1,8	3,1	1,6	3,9
Tanzanie, 1996	1,4	1,7	1,4	3,0
Tanzanie, 1999	1,2	—	1,5	2,9
Zambie, 1996	1,6	1,3	1,2	4,7
Zambie, 2001-2002	2,1 ^a	2,0	1,3	4,6
Zimbabwe, 1994	1,5	4,8	1,2	1,7
Zimbabwe, 1999	1,6	2,1	1,0	1,6

Ratio démunis-nantis

Un ratio de un indique approximativement une égalité ; les valeurs supérieures à 1 indiquent la situation défavorisée du quintile **le plus pauvre**.

Ratio nantis-démunis

Un ratio de un indique approximativement une égalité ; les valeurs supérieures à 1 indiquent la situation favorisée du quintile **le plus riche**.

Note : Les ratios sont fondés sur les calculs réalisés par l'auteure à l'aide de données arrondies à la valeur décimale la plus proche. Les différences de ratios de 0,1 ou moins ne sont pas considérées comme un changement.

^a La situation du quintile le plus riche et celle du quintile le plus pauvre se sont améliorées au fil du temps (voir le tableau 2). Les différences de moins de trois points de pourcentage ne sont pas considérées comme un changement ; les réductions de 5 ou moins des taux de mortalité ne sont pas considérées comme un changement.

^b Quintile le plus riche à plus de 90 % ; amélioration pour les plus démunis.

† Dans certains pays, ceci inclut uniquement les femmes ayant des enfants âgés de moins de 5 ans.

Source : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

Dans seize pays, les inégalités n'ont quasiment pas changé au fil du temps ou se sont intensifiées. Toutefois, dans neuf de ces pays, la survie des enfants s'est en fait améliorée pour les quintiles le plus riche ou le plus pauvre. Les déclin des taux de mortalité semblaient un peu plus importants pour les enfants des quintiles les plus riches.

Dans deux des 15 pays pour lesquels on dispose de données sur la malnutrition chez les femmes — le Bénin et Haïti —, on a enregistré un déclin au fil des années, et les taux de malnutrition des femmes des quintiles les plus pauvres ont diminué d'au moins cinq points de pourcentage. Bien que les inégalités en matière de malnutrition semblent en déclin dans plusieurs pays, ceci est dû en partie à une légère aggravation de la condition des femmes des quintiles les plus riches. L'état nutritionnel des femmes du quintile le plus riche s'est quelque peu détérioré ou est resté à peu près constant en Colombie, au Kazakhstan, au Pérou et au Zimbabwe.

Les programmes d'immunisation organisent souvent des efforts particuliers pour atteindre les pauvres et dans deux pays, le Guatemala et le Kazakhstan, les enfants des groupes plus riches se trouvent en fait légèrement désavantagés par rapport aux enfants pauvres pour ce qui est de la couverture de vaccination. Le Kazakhstan et le Népal ont réussi à réduire les inégalités et à améliorer la couverture de vaccination pour les enfants des quintiles les plus riches et les plus pauvres. L'Égypte a également accompli des progrès importants, réduisant quelque peu les inégalités et augmentant de 26 points de pourcentage la couverture de vaccination intégrale des enfants du quintile le plus pauvre. Tout aussi impressionnants sont les résultats du Népal, qui a réussi à augmenter la couverture des pauvres d'environ 22 points de pourcentage.

Un certain nombre de pays ont progressé dans leurs efforts pour que les accouchements des femmes des quintiles les plus riches comme des plus pauvres se fassent en présence d'un professionnel médical qualifié. Les pays où on a enregistré une réduction des inégalités et une augmentation de la couverture fournie par la présence de personnel médical qualifié aux accouchements sont le Bénin, l'Égypte, l'Inde, le Nicaragua, la Turquie et le Vietnam. Le Nicaragua a plus que doublé la couverture au sein du quintile

Tableau 4

Bénéfices tirés par les quintiles le plus riche et le plus pauvre des dépenses publiques pour les services curatifs

Pays	Pourcentage de bénéficiés tirés des services de santé fournis au niveau des installations de soins primaires		Pourcentage de bénéficiés tirés de tous les services de soins curatifs* en milieu hospitalier et dans les installations de soins primaires	
	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche
	Afrique du Sud, 1994	18	10	16
Côte d'Ivoire, 1995	14	22	11	32
Ghana, 1992	10	31	12	33
Guinée, 1994	10	36	4	48
Kenya (rural), 1992	22	14	14	24
Madagascar, 1993	10	29	12	30
Tanzanie, 1992-1993	18	21	17	29

*Données fondées sur l'usage déclaré des services de santé par les ménages en réponse à une maladie ou à une blessure, et donc considérés comme curatifs par les auteurs de l'étude.

Source : Adapté de F. Castro-Leal et al., « Public Spending on Health Care in Africa : Do the Poor Benefit ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, n° 1 (2000) : 70.

le plus pauvre (de 33 % à 78 %). Qui plus est, le Bénin et la Turquie ont réalisé des améliorations de 15 et 10 points de pourcentage, respectivement, chez les femmes du quintile le plus pauvre, et la couverture était déjà de plus de 90 % chez les femmes du quintile le plus riche. Dans certains pays, les inégalités se sont accentuées sans aucun progrès de la couverture pour les femmes les plus pauvres.

Avantages offerts par les services de santé publique aux pauvres

Bien souvent, les gouvernements des pays moins avancés appuient la prestation de services de santé gratuits ou subventionnés pour améliorer les conditions de santé des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables. Dans certains cas, les services de santé primaire financés par les pouvoirs publics sont l'un des éléments d'une stratégie à l'échelle nationale visant à réduire la pauvreté.³⁰ Toutefois, dans de nombreux pays, les pauvres ne bénéficient pas autant que les groupes mieux nantis des subventions des pouvoirs publics pour le secteur de la santé.

Une étude portant sur sept pays africains a examiné quels groupes économiques bénéficiaient le plus des services et des traitements financés par le secteur public (voir le

tableau 4). Les résultats des recherches ont établi que le quintile le plus pauvre recevait moins de 20 % de ce type de dépenses dans chacun de ces sept pays.³¹ Pour ce qui est des services de niveau primaire tels que ceux assurés dans les cliniques et les dispensaires de base, les besoins des plus démunis étaient moins bien satisfaits que ceux des groupes plus aisés dans cinq des sept pays étudiés.

Ces résultats sont mitigés si on examine les dépenses publiques de santé dans d'autres régions. La Jamaïque et la Malaisie, par exemple, ont organisé des stratégies de répartition des dépenses de santé en faveur des plus démunis (voir le tableau 5). Dans d'autres cas, notamment au Brésil, les dépenses publiques dans le secteur de la santé favorisent le quintile le plus riche de manière flagrante.

Déterminants de la situation de santé et des disparités y afférentes

Quels sont les facteurs qui influencent le statut de santé d'une personne ? Divers éléments de nature sociale ou économique, ou relatifs aux systèmes de santé, jouent un rôle, comme l'illustre la figure 6. En général, les pauvres sont désavantagés au niveau de tous les déterminants de la santé. Ils courent aussi plus de risques de tomber malades. Une bonne compréhension des interactions entre les facteurs de risque sociaux et d'autre nature est essentielle pour comprendre les disparités existant dans le domaine de la santé.

Au niveau des ménages, les pauvres sont plus vulnérables à la maladie en raison de leur manque de ressources financières, de leurs connaissances et de leur éducation limitées en matière de santé, de leur utilisation limitée des services de santé et de leur nutrition inadéquate. Il existe une forte corrélation entre les niveaux de revenus et de biens d'une part et la santé de l'autre. Les mieux nantis font généralement plus souvent appel aux services de santé, ils font appel à des professionnels médicaux qualifiés plutôt qu'aux guérisseurs traditionnels et ils ont des familles moins nombreuses et mieux nourries. L'éducation — et en particulier celle des femmes — est au premier plan des pratiques et comportements ménagers concernant la santé.³²

Tableau 5

Part des dépenses de santé publique perçue par les quintiles le plus riche et le plus pauvre, pays choisis

Pays, année	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche
Brésil, 1985	17	42
Égypte, 1995	16	24
Indonésie, 1989	12	29
Jamaïque, 1989	30	9
Malaisie, 1989	29	11
Vietnam, 1992	12	29

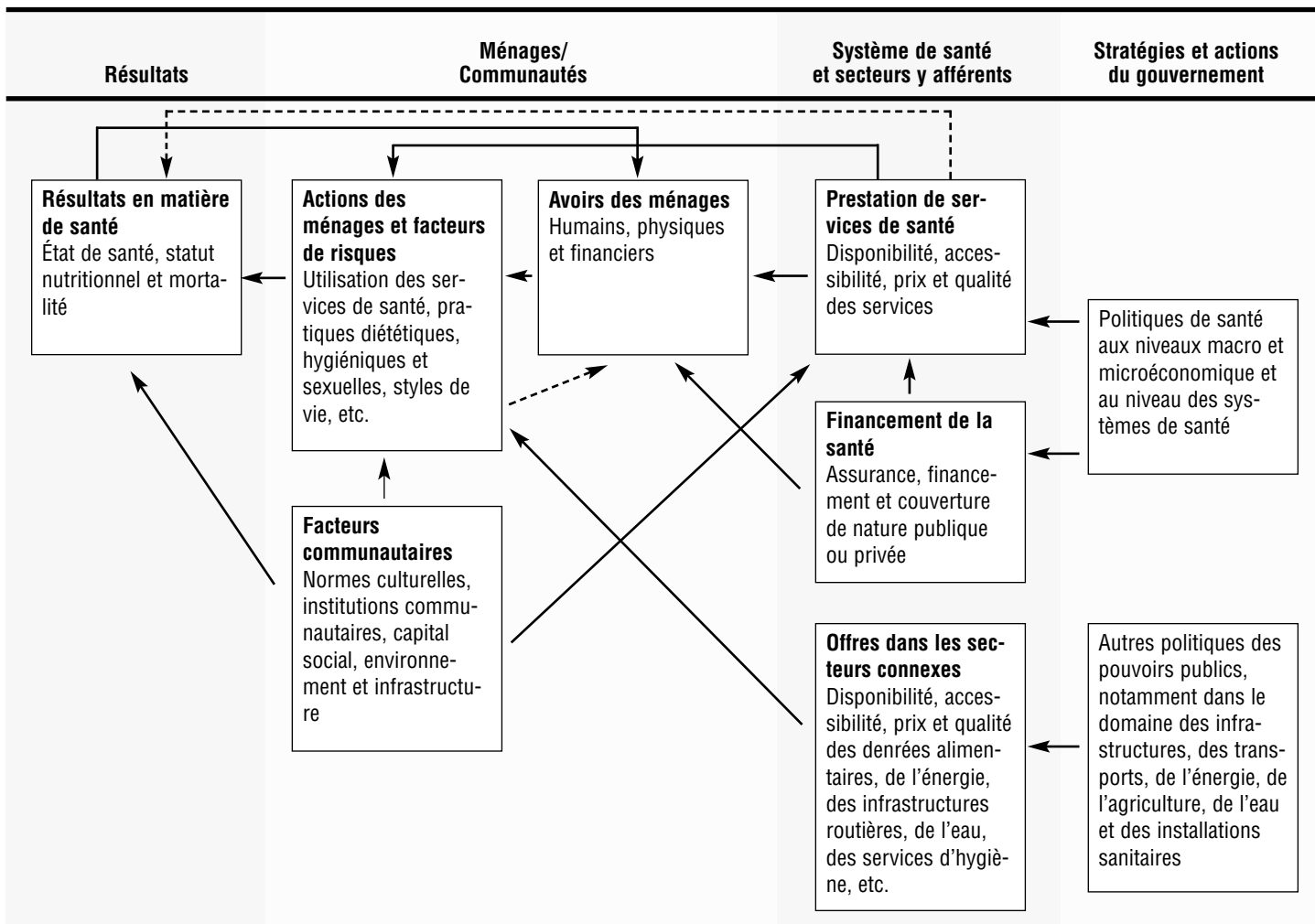
Source : W. Hsiao et Y. Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*, ed. T. Evans et al (2001) : 271.

Les facteurs communautaires, dont l'environnement et la géographie, défavorisent généralement les pauvres en ce qui concerne les services de santé. Les habitants des zones rurales isolées et mal desservies sont souvent pauvres, ils ont moins accès à des sources d'eau saine, des logements sûrs et des services de transport efficaces. Dans les communautés démunies, les sociétés sont plus susceptibles d'accepter des comportements associés à des problèmes de santé, notamment un mariage à un très jeune âge, une famille nombreuse et la discrimination envers les femmes.³³

En général, les plus démunis tirent moins d'avantages du système de santé que les plus riches. Les pauvres sont plus susceptibles de se heurter à des difficultés parce que les services de santé ne sont pas disponibles, sont inaccessibles, trop onéreux ou de qualité relativement médiocre. Une étude a révélé que les membres du quintile le plus pauvre en Afrique du Sud devaient en moyenne voyager près de deux heures pour se procurer des soins médicaux, contre 34 minutes pour ceux du quintile le plus riche.³⁴ Généralement, les zones rurales où vivent les plus pauvres ont très peu de professionnels de santé par habitant. Les chercheurs ont découvert que les distances à parcourir et les coûts d'opportunité associés aux déplacements jusqu'aux centres de santé revêtent une importance particulière pour l'usage des services de santé par les pauvres.³⁵

Figure 6

Déterminants des résultats en matière de santé



Source : A. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, n° 2 (2002) : 99.

Les politiques et les actions des pouvoirs publics ont aussi eu un impact sur l'état de santé des populations pauvres. Le montant des dépenses publiques dans le secteur de la santé peut influencer le type de services mis à la disposition des plus démunis et leur qualité. Nombreux sont les gouvernements qui affectent la part du lion de leurs budgets de santé aux hôpitaux des zones urbaines, laissant les résidents ruraux sans installations de santé adéquates. Les différentes approches du financement par les pouvoirs publics peuvent influencer les coûts des services mis à la disposition des pauvres. Les investissements publics dans des secteurs tels que les transports et l'eau ont aussi un impact sur les résultats en matière de santé.³⁶

Comment expliquer les disparités

Les chercheurs ont mis au point un instrument de référence pour expliquer les disparités dans le domaine de la santé. Ce modèle prend en considération les vulnérabilités multiples des pauvres et met en exergue les fondements sociaux des différences en matière de santé.³⁷ Dans ce contexte, quatre vastes mécanismes contribuent aux disparités, les stratifications sociales, les différences dans le degré d'exposition, de susceptibilité et de conséquences sociales des problèmes de santé.

■ Stratification sociale : ceci fait référence aux différences sociales — et à leur importance — entre les divers groupes de population. La position sociale influence le statut de santé et ceux qui sont socialement mieux

placés sont généralement en meilleure santé. Les politiques permettant de réduire la stratification sociale ou de renforcer la mobilité sociale devraient provoquer une réduction de ces disparités.

■ Les différences dans le degré d'exposition représentent la probabilité plus importante que les membres des couches de population socioéconomiques les moins favorisées soient exposés à des conditions qui auront un impact négatif sur leur santé. Les plus démunis sont généralement plus fréquemment exposés à des risques de santé multiples. En d'autres termes, les risques s'amalgament — les plus démunis peuvent souffrir de malnutrition et avoir un accès limité à un approvisionnement en eau propre et à des services d'éducation.

■ Les différences dans le degré de susceptibilité représentent la vulnérabilité accrue des groupes désavantagés aux maladies en raison des interactions entre des risques de santé multiples. Ces interactions expliquent pourquoi les pauvres souffrent de plus de problèmes de santé que les riches lorsqu'ils sont confrontés à des niveaux de risque identiques. En Suède, par exemple, les hommes appartenant aux groupes socioéconomiques les plus défavorisés sont plus susceptibles de souffrir de problèmes liés à l'alcoolisme ou d'en mourir que ceux des groupes plus aisés, même lorsqu'ils consomment les mêmes quantités d'alcool.³⁸

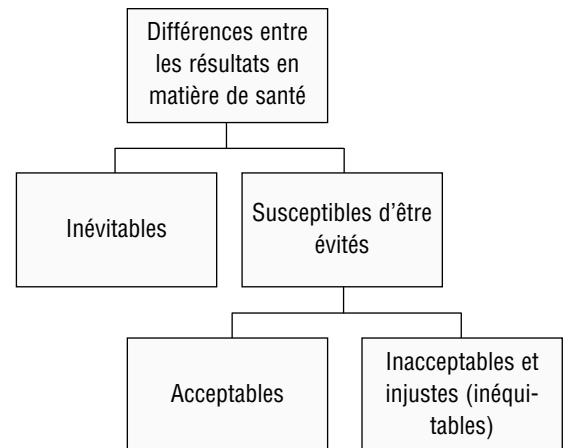
■ Les plus démunis subissent également des différences au niveau des conséquences des maladies ou des accidents. Une maladie provoquant des conséquences limitées pour les plus aisés peut se révéler catastrophique pour les plus démunis et se solder par la perte de terres ou de bétail, un abandon scolaire ou d'autres résultats négatifs. En retour, les problèmes de santé risquent d'exacerber les divisions entre les couches sociales ou la stratification sociale en raison de leurs conséquences socioéconomiques.

Comment déterminer les inégalités inacceptables

Les inégalités dans le domaine de la santé sont une réalité. Les personnes — de par leurs différences génétiques, biologiques, nutritionnelles ou de style de vie — jouissent

Figure 7

Évaluation de l'équité des résultats en matière de santé



Source : M. Whitehead, dans *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action* (2001).

d'un état de santé différent. Les hommes et les femmes, de par leur physiologie, vivent une expérience différente en ce qui concerne leur santé.

À quel moment les iniquités en matière de santé deviennent-elles inacceptables et méritent-elles une attention particulière ? Une justification importante de la focalisation sur les pauvres est la mesure dans laquelle leur fardeau de santé fort lourd reflète en fait une injustice sociale et économique. Le chercheur Margaret Whitehead suggère que les iniquités dans le domaine de la santé sont des différences d'état de santé qui sont à la fois évitables et injustes (voir la figure 7). Les iniquités en matière de santé sont injustes lorsqu'elles sont causées par des facteurs que la société pourrait résoudre — notamment l'accès aux ressources telles que l'éducation, l'eau propre, les transports et les soins de santé.³⁹

Dans les pays en développement, des millions de personnes décèdent des suites de maladies qui pourraient être évitées ou prévenues et qui sont associées à une situation socioéconomique faible. À titre d'exemple, quelque 1,7 million de personnes meurent chaque année de maladies liées à l'eau insalubre et aux problèmes d'assainissement et d'hygiène.⁴⁰ Dans une grande mesure, les problèmes de santé qui les affectent sont évitables ou injustes et ces iniquités reflètent différentes contraintes et opportunités

socioéconomiques plutôt que des choix individuels différents.⁴¹

Mais certaines inégalités de santé sont parfois inévitables. Certaines personnes sont peut-être particulièrement susceptibles aux problèmes cardiaques ou aux accidents cardio-vasculaires pour des raisons génétiques, ce qui constitue une condition inévitable. Il existe aussi des cas de différences qui pourraient être évitées mais qui sont considérées socialement acceptables. Les différences des risques d'accidents pour les motocyclistes portant un casque et ceux qui n'en portent pas pourraient être évitées, mais elles sont parfois jugées acceptables si les adultes ayant suffisamment de moyens matériels assument en toute connaissance de cause le risque de ne pas porter de casque.

L'établissement de l'égalité dans le domaine de la santé implique l'élimination des différences évitables dans ce domaine et la prestation de services médicaux en fonction des besoins. La *International Society for Equity in Health* définit l'égalité en matière de santé comme étant « l'absence de différences systématiques et rectifiables à un niveau ou à un autre de la santé pour tous les groupes ou les sous-groupes de population définis par des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ». La société établit une distinction entre les deux types d'égalité en matière de santé : l'égalité horizontale, qui est la prestation de services ou de traitements médicaux équivalente en fonction des besoins et l'égalité verticale, c'est-à-dire la prestation de services améliorés aux groupes ayant les besoins les plus importants.⁴²

Approches favorables aux pauvres

Plus de 25 ans après la signature de la déclaration sur la Santé pour tous, les résultats révèlent que l'amélioration de la santé des groupes les plus vulnérables dans les pays les moins avancés demeure un défi redoutable. Que peut-on faire ? En général, on n'en sait pas encore assez sur la manière dont les politiques et les programmes permettent d'améliorer la santé des groupes les plus pauvres. Plus particulièrement, les chercheurs n'ont pas encore étudié de manière approfondie l'impact des interventions

sociales et économiques étendues sur les disparités en matière de santé.⁴³

Bien que les chercheurs aient identifié différentes causes de ces inégalités, il n'existe pas de consensus quant aux déterminants les plus importants d'un pays à l'autre.⁴⁴ Il est toutefois reconnu qu'il est nécessaire de mettre en place des politiques qui permettent de réduire la pauvreté extrême qui, selon divers analystes, représente « le principal facteur de risque de santé et de décès prématuré à l'échelle mondiale ». ⁴⁵ Les chercheurs reconnaissent aussi, pour la plupart, que les réponses les plus efficaces à ces disparités dans le secteur de la santé sont de nature multisectorielle et font intervenir les secteurs de la santé, de l'éducation, de la finance, de l'environnement, de l'agriculture, du transport, de l'emploi et bien d'autres (voir l'encadré 3).

Approches socioéconomiques

Les décideurs considèrent de plus en plus certains facteurs extérieurs au secteur de la santé — dont les conditions sociales, économiques et environnementales — comme des déterminants importants de la santé.⁴⁶ Dans un rapport sur la pauvreté et la santé datant de 1999, le Directeur général de l'OMS a écrit : « Un grand nombre de déterminants des problèmes de santé, et donc des moyens d'améliorer de manière importante la santé des pauvres, dépendront de développements qui dépassent le secteur de la santé ». ⁴⁷ Le rapport ajoute qu'une stratégie de santé OMS orientée vers les pauvres devrait :

- influencer les déterminants de la santé en forgeant des politiques de développement dans les domaines tels que l'emploi, le commerce, l'agriculture, les micro-crédits et l'environnement

- réduire les risques de santé pour les plus démunis en appliquant des mesures traditionnelles de santé publique et en éliminant les menaces qui les affectent de manière disproportionnée, notamment les conflits, les risques environnementaux, les conditions de travail dangereuses et les catastrophes naturelles

- se concentrer sur les problèmes de santé affectant les plus pauvres de manière disproportionnée et

Comment faire face aux causes des inégalités dans le secteur de la santé

Les informations sur la santé de la population dans son ensemble sont largement disponibles mais ne permettent pas toujours de comprendre les inégalités. Au Chili, par exemple, les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de décès, mais les accidents de la route expliquent l'essentiel des différences dans l'espérance de vie entre les personnes plus éduquées et les moins éduquées.¹ À Cebu, aux Philippines, la disponibilité des services médicaux joue un rôle important pour les perspectives moyennes de survie d'un enfant, mais ce sont les inégalités au niveau du revenu et du taux d'éducation de la mère qui expliquent l'essentiel des différences des taux de mortalité entre les enfants des groupes aisés et ceux des indigents.²

Pour les pauvres, les synergies entre les facteurs de risque revêtent une importance toute particulière. Les indigents se heurtent souvent à des risques multiples, qui s'accumulent leur vie durant. Par exemple, à San Juan Cancuc, au Chiapas, l'une des régions les plus pauvres du Mexique, les habitants sont exposés à plusieurs facteurs de risques : l'ensemble de la population est indigène, les deux tiers sont analphabètes, seulement 4 % des familles vivent dans un logement avec l'eau courante, et la plupart n'ont qu'un accès limité aux services de santé.³ Les résidents enregistrent des taux de décès plus élevés pour toutes les tranches d'âge que leurs homologues des groupes plus aisés dans les autres régions du Mexique. Ils sont en outre confrontés à un triple fardeau maladif, avec des niveaux élevés d'infections contagieuses telles que les maladies diarrhéiques, des blessures fréquentes et des maladies non contagieuses telles que les maladies cardiovasculaires.

Dans l'étude réalisée au Mexique, les auteurs ont découvert que les meilleures réponses stratégiques et programmatiques varient selon le type de problème de santé. Selon leur analyse, la marginalisation — qui présente les caractéristiques suivantes : faible revenu, accès limité à l'éducation et conditions de vie inadéquates — explique davantage les inégalités relevées entre les comtés pour les taux de mortalité des moins de 5 ans (26 %) que l'inégalité des dépenses publiques dans le secteur de la santé (7 %). Selon les auteurs, la manière de réduire le plus rapidement possible les inégalités en matière de survie des enfants consiste à résoudre les problèmes de marginalisation dans les comtés les plus démunis, en mettant en exergue les améliorations dans les secteurs de l'éducation, des revenus et des logements. Cependant, pour réduire cet écart en matière de maladies non contagieuses, les auteurs déclarent que la marginalisation et les ressources de santé sont d'importance égale.

1. Margaret Whitehead et al., « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective », dans *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al., (New York : Oxford University Press, 2001) : 313.

2. Adam Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities », *Bulletin of the World Health Organization* 90, n° 2 (2002) : 100.

3. Rafael Lozano et al., « Mexico : Marginality, Need, and Resource Allocation at the County Level », dans *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York : Oxford University Press, 2001) : 282, 289, 291.

■ conseiller les gouvernements sur la mise au point de systèmes répondant mieux aux besoins des pauvres.

Certains analystes suggèrent que des efforts pour améliorer la santé des plus pauvres soient systématiquement intégrés à une stratégie élargie pour la justice sociale ou la justice des traitements et l'élimination de la discrimination.⁴⁸ Vues sous cet angle, les disparités dans le secteur de la santé reflètent des mécanismes sociaux inéquitables et « les inégalités en matière de santé au sein d'une nation peuvent être considérées comme un baromètre des expériences de ses citoyens en matière de justice sociale et de droits de l'homme ». ⁴⁹ Le système de santé ne représente qu'un point de départ pour le changement social. Les politiques mises en place dans d'autres secteurs sont essentielles, notamment les mesures de renforcement de l'accès à l'éducation et à la formation professionnelle, les programmes d'amélioration de la condition féminine et des groupes marginalisés, la promotion de l'amélioration des lieux de travail, des logements et des villes, la réduction des menaces posées par les risques environnementaux, la mise en place de filets de sauvegarde et d'autres modes de protection contre l'appauvrissement et la promotion d'une gouvernance plus ouverte et plus participative.⁵⁰

Stratégies en faveur de la croissance et des plus démunis

La croissance économique — sous forme de renforcement des revenus par habitant — est souvent associée à une augmentation des inégalités en matière de santé. Une étude des taux de mortalité des moins de cinq ans dans 42 pays en développement a, par exemple, révélé la forte corrélation existant entre les revenus par habitant et les inégalités. Comment l'augmentation des niveaux de revenus intensifie-t-elle les inégalités ? Il se peut que les progrès technologiques soient associés à l'augmentation des revenus et que les mieux nantis soient ceux qui bénéficient des changements technologiques avant les plus démunis.⁵¹

Bien qu'elle soit liée au renforcement des inégalités, il existe aussi une corrélation entre l'augmentation des niveaux de revenus et l'amélioration de l'état de santé moyen de

la population. Pour compenser l'effet de l'augmentation des revenus sur les inégalités, les analystes recommandent que les politiques macroéconomiques favorisent à la fois la croissance et les plus démunis.⁵² Ainsi, les politiques mettant en exergue la croissance économique doivent être contrebalancées par des politiques sociales énergiques dans les domaines tels que l'éducation, la dynamique hommes-femmes, la santé primaire et la nutrition. Qui plus est, des mesures spéciales doivent être prises pour garantir que les plus démunis reçoivent la majeure partie des bénéfices des programmes.

Investissements dans le secteur de l'éducation

L'éducation peut jouer un rôle particulièrement important pour éliminer les disparités en matière de santé et atténuer « l'effet revenu » sur les inégalités. Une étude attribuée à l'investissement réalisé très tôt par le Japon dans le domaine de l'éducation primaire les niveaux élevés de l'espérance de vie et les faibles taux de mortalité infantile du siècle dernier. Ces résultats se sont concrétisés malgré les importantes différences entre les niveaux de revenu à différentes périodes.

Au Japon, l'éducation primaire gratuite et universelle existe depuis le début des années 1900, avec des taux de scolarisation importants pour les garçons comme pour les filles. Les générations suivantes ont bénéficié ainsi d'un dividende de santé, comprenant notamment une réduction du taux de mortalité infantile pendant les années 1920, lorsque le premier groupe de mères ayant bénéficié de l'éducation primaire universelle a commencé à avoir des enfants. Outre l'éducation universelle, toute une gamme de politiques mettant l'accent sur le développement des êtres humains a contribué à l'amélioration de la santé au début des années 1900, notamment des efforts déployés pour renforcer l'accessibilité des services médicaux pour les plus démunis.⁵³

Au Chili, les niveaux élevés des résultats pédagogiques ont peut-être empêché l'aggravation des inégalités en matière de santé pendant la période de croissance économique rapide des années 1990.⁵⁴ Entre 1990 et 2000, le gouvernement chilien a doublé ses dépenses en éducation publique et a mis en place toute une série de réformes éduca-

tives de grande portée. Un plus grand nombre de Chiliens ont tiré parti des avantages fournis par l'éducation en matière de longévité : les chercheurs ont relevé une corrélation entre l'augmentation des perspectives de survie des adultes et les niveaux élevés d'éducation. Les augmentations globales de l'espérance de vie au Chili du milieu des années 1980 au milieu des années 1990 n'auraient pas été aussi spectaculaires sans

Bien que les plus démunis soient frappés de manière disproportionnée par des maladies évitables, ils ont généralement moins recours aux services de santé.

les résultats parallèles dans le secteur de l'éducation.

Dans quelle mesure l'éducation influence-t-elle la santé ? Selon les chercheurs, l'association entre l'éducation et la santé est attribuable à divers facteurs, dont la tendance des personnes éduquées à obtenir des emplois plus sûrs et meilleurs, à présenter des niveaux plus élevés de connaissance en matière de santé, à prendre des mesures de santé préventives, à éviter les comportements à risque et à faire preuve de plus de contrôle et « d'auto efficacité » dans leur existence.⁵⁵ En outre, l'éducation permet aux gens d'exiger des services de santé à la fois plus nombreux et de meilleure qualité.⁵⁶

Activités en faveur du développement rural

Dans la zone de Matlab, une région rurale du Bangladesh, les disparités socioéconomiques en matière de survie des enfants ont enregistré un déclin spectaculaire au cours des 20 dernières années. Les chercheurs tentant d'expliquer ce phénomène ont procédé à une évaluation des tendances de la survie des enfants au cours des années 1980 et 1990 dans quatre contextes différents :

(1) Les zones où le BRAC (anciennement appelé Bangladesh Rural Advancement Committee — Comité bangladaise de promotion rurale) a appliqué un programme de développement rural ciblant la réduction de

la pauvreté et les activités de développement féminin, notamment les soins de santé primaire, la formation professionnelle, l'éducation non formelle et la production de revenus.

(2) Les zones où le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques (International Center for Diarrheal Disease Research) a organisé des services de vulgarisation de grande envergure dans le cadre d'un Programme pour la santé maternelle et infantile et la planification familiale (MCH-FP).

(3) Les zones où des activités ont été organisées tant par le BRAC que par le MCH-FP.

(4) Les zones où seuls étaient disponibles les services de santé et de développement fournis par les pouvoirs publics.

Les chercheurs ont identifié des acquis en termes d'équité dans les quatre régions en matière de survie des enfants. Ces améliorations étaient les plus importantes au sein des populations pauvres pour les membres du BRAC vivant dans des zones bénéficiant de services de MCH-FP intensifs. Ces enfants ont bénéficié de meilleurs services que ceux des familles plus aisées vivant dans des zones desservies exclusivement par les programmes de santé et de développement organisés par les pouvoirs publics.⁵⁷

Les diverses interventions programmatiques ont également eu des effets indépendants sur les perspectives de survie des enfants pauvres. Dans les régions offrant des services de MCH-FP, les améliorations en terme de survie des enfants se sont réparties de manière plus équitable que dans les zones n'en bénéficiant pas. Les programmes du BRAC ont également eu un impact positif sur les enfants des groupes plus démunis.

Les enfants de mères participant à des activités organisées par le BRAC présentaient des perspectives de survie similaires à celles des familles plus aisées. Une conclusion importante a révélé que la différence en termes de survie entre les membres pauvres du BRAC et les indigents non membres du BRAC s'est accentuée au fil du temps.⁵⁸

Certains experts suggèrent que les résultats du BRAC ne représentent pas vraiment l'impact du programme à proprement parler et reflètent plutôt les différences préalables entre membres et non membres, mais une analyse plus poussée de la question a révélé

que les programmes de développement peuvent avoir un impact très concret sur les disparités en terme de mortalité infantile, même si ces différences sont prises en considération.⁵⁹

Au Bangladesh, les chercheurs ont conclu que la meilleure manière de faire face aux inégalités socioéconomiques et sexospécifiques en matière de survie des enfants consisterait à adopter une approche politique à base élargie. Cependant, ils ont précisé qu'il fallait déployer des efforts particuliers pour garantir la participation des groupes démunis et marginalisés aux programmes de santé et de développement ou risquer de les exclure encore davantage.

Approches fondées sur les services de santé

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer même si certains des principaux déterminants des inégalités en matière de santé sont attribuables à l'environnement socioéconomique. Un accès équitable aux services médicaux permettrait de réduire les différences entre les riches et les pauvres au niveau de la gravité et de la létalité des maladies. Un accès ou une exposition renforcés aux mesures de santé publique, souvent à orientation préventive, permet de réduire la fréquence des maladies chez les plus démunis.⁶⁰

Dans l'ensemble, les chercheurs ont étudié de manière beaucoup plus approfondie les interventions du secteur de la santé conçues pour les plus démunis que les approches socioéconomiques. C'est pourquoi on dispose de plus d'information sur la manière dont les services de santé peuvent répondre aux besoins des plus pauvres en matière de santé que sur l'efficacité des stratégies socioéconomiques générales. Il existe un certain nombre de stratégies pro-équité permettant d'améliorer l'accès aux services de santé. À court terme, il sera parfois plus facile de réformer le secteur de la santé de manière à aider les plus démunis que de modifier l'ensemble de l'environnement socioéconomique.⁶¹

Bien que les plus démunis souffrent de manière disproportionnée de maladies évitables, ils font généralement moins souvent appel aux services de santé et ils ont accès à des services de moindre qualité que ceux dont bénéficient les mieux nantis.⁶² Les

résultats des recherches confirment généralement la loi des soins inversés de Julian Tudor Hart. En 1971, dans un article sur les inégalités dans le domaine de la santé en Grande-Bretagne, Hart a déclaré que « la disponibilité de services de santé de qualité est proportionnellement inverse aux besoins de la population desservie ». ⁶³

Comment offrir davantage de bénéfices aux plus démunis

Dans la plupart des pays en développement, le gouvernement joue un rôle essentiel en matière de financement et de prestation des services de santé. Une explication fréquemment avancée pour justifier l'intervention du secteur public est d'offrir à l'ensemble des citoyens des services de santé à coût raisonnable, en particulier pour les groupes les plus démunis et les plus vulnérables. Une question essentielle consiste à déterminer comment s'assurer que les plus pauvres reçoivent bien les bénéfices que leur réservent les dépenses publiques dans le secteur de la santé.

Les programmes de santé publique utilisent parfois des « stratégies ciblées » pour mieux orienter leurs avantages vers les plus démunis. ⁶⁴ Ces stratégies sont souvent classées en deux catégories, le ciblage direct et le ciblage spécifique (voir le tableau 6 sur les distinctions entre ces deux catégories). Le ciblage direct exige l'identification de personnes ou de ménages considérés comme pauvres, à qui sont offerts les bénéfices au titre du programme. Le ciblage spécifique prévoit l'octroi des avantages du programme à certains groupes de population en fonction de certains facteurs tels que le domicile, l'âge, la maladie, l'emploi ou le statut nutritionnel. Dans la pratique, de nombreux programmes ont recours à plusieurs méthodes de ciblage afin de s'assurer que les plus démunis ou les groupes ciblés reçoivent un nombre maximal de bénéfices. ⁶⁵

Au cours des dernières années, la question portant sur la façon d'offrir les avantages prévus aux pauvres a pris une ampleur considérable alors que les gouvernements à court d'argent ont commencé à imposer des redevances d'utilisation pour couvrir les coûts des services de santé publique.

L'augmentation des coûts, sans renforcement de la qualité des services fournis, dissuade plus les plus pauvres que les riches de faire

Tableau 6

Mécanismes de protection des plus démunis : ciblage direct et ciblage spécifique

Caractéristique	Ciblage direct ou individuel	Ciblage spécifique
Population ciblée	Indigents	Particuliers ou groupes spécifiques
Peut bénéficier d'une réduction ou d'une exemption des redevances	Membres de familles pauvres	Patients atteints de TB Enfants de moins de 5 ans Femmes enceintes Sidéens Résidents des régions rurales ou pauvres Fonctionnaires
Moyens de déterminer l'admissibilité	Tests pour déterminer le niveau de revenu ou de richesse (à l'aide d'indicateurs de revenu ou d'autres indicateurs non liés au revenu) Évaluation par un assistant social Évaluation visuelle Certification par un ancien du village, un chef de village ou un conseil de village	Âge Résidence géographique Situation professionnelle État de santé et état nutritionnel Propriété foncière
Avantages	Cible directement les indigents Touche les indigents de manière plus efficace	Nécessite moins d'information Gestion moins coûteuse Moins de stigmatisation
Inconvénients	Exige beaucoup d'information Risque de manquer certains indigents et d'inclure des non pauvres Stigmatise les bénéficiaires d'exemptions Peut être plus bureaucratique et plus arbitraire	N'exonère pas forcément tous les indigents du paiement des redevances Exonère un grand nombre de personnes capables de payer

Note : Adapté d'après Newbrander et al., (2000), tel que décrit par Marie Tien et Grace Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies* (mars 2002) : 12-13.

appel à ces services. ⁶⁶ Les redevances d'utilisation sont également associées à la moindre utilisation des services de santé de la reproduction et de santé infantile par les groupes les plus vulnérables. Au Kenya, l'imposition de redevances d'utilisation a provoqué une réduction de l'utilisation des services ambulatoires publics pour les maladies à transmis-

sion sexuelle, tout particulièrement chez les femmes.⁶⁷ Dans les régions rurales de la Zambie, les chercheurs ont lié les redevances d'utilisation à la réduction des taux d'hospitalisation des fillettes.⁶⁸ L'identification des plus démunis et des autres groupes vulnérables pour les exempter du paiement de ces redevances est l'un des principaux objectifs de nombreux efforts de ciblage.

Ciblage direct

Les principaux obstacles aux efforts de ciblage direct dans le secteur de la santé incluent la définition du statut d'indigent, la gestion des dérogations au paiement de redevances et la motivation des prestataires à l'octroi de dérogations et d'exemptions.⁶⁹ De nombreuses politiques nationales ne fournissent pas de définition précise du statut « d'indigent ». ⁷⁰ Elles se contentent souvent de déclarer que les « pauvres », les « indigents » ou les « démunis » doivent être exemptés du paiement de ces redevances. Dans certains cas, les prestataires se basent sur des critères subjectifs pour déterminer l'éligibilité des patients, comme par exemple l'état de leurs vêtements ou de leurs chaussures. Il est particulièrement difficile de déterminer qui sont les indigents dans les environnements où la plupart des résidents sont d'origine rurale, ne savent ni lire ni écrire et travaillent dans l'économie informelle.⁷¹

Les programmes couronnés de succès déploient souvent des efforts considérables pour déterminer l'éligibilité de chacun.⁷² En Colombie, les responsables municipaux sélectionnent les foyers éligibles après avoir procédé à des entretiens avec tous les ménages relevant de leur juridiction. Certains programmes ont également recours à une définition locale de la pauvreté. En Thaïlande, une communauté a élaboré des indicateurs de pauvreté tels que « sans bien ni possession », « ne mange le soir que s'il travaille le matin » (ce qui veut dire que la nourriture doit être gagnée quotidiennement), et « âgé, incapable de travailler et sans soutien de famille ». ⁷³

L'expérience suggère qu'il est important de mettre en place une structure formelle de dérogation aux redevances d'utilisation et que la participation locale au processus d'évaluation est souvent utile. Cependant, la participation locale au processus d'évaluation n'est pas une garantie absolue, comme le fait

remarquer un dirigeant communautaire en Thaïlande : « La municipalité a demandé aux dirigeants communautaires d'identifier les indigents et de leur remettre une carte de revenus modiques, mais leur travail n'a pas été efficace. Ils ont en fait donné les noms des membres de leurs familles ». ⁷⁴ Dans de nombreux pays, notamment au Bangladesh, au Ghana, au Lesotho et au Vietnam, les services de santé gratuits ou subventionnés ont été accaparés par les parents et amis des prestataires de service ou des représentants de l'État.⁷⁵

Dans certains cas, les responsables des centres médicaux se sont montrés réticents car les dérogations de paiement des redevances d'utilisation pour les plus pauvres représentent une perte de revenus. Nombreuses sont les installations qui s'en remettent aux revenus d'utilisation pour se procurer leurs stocks pharmaceutiques et d'autres articles. Dans d'autres cas, les salaires du personnel sont liés aux revenus perçus.

Dans l'ensemble, les résultats des efforts de ciblage direct pour l'octroi de dérogation ont été mitigés. Dans certains cas, ces efforts n'ont pas protégé un nombre considérable d'indigents. En Zambie, par exemple, les chercheurs ont découvert que près d'un quart des personnes faisant appel aux soins publics se sont vu refuser, injustement, une dérogation.⁷⁶

Cependant, certains des programmes à ciblage direct ont été couronnés de succès. L'évaluation de plus de 50 programmes dans les pays moins avancés a révélé que les facteurs ci-dessous étaient associés aux efforts réussis :

- l'existence de critères concrets et formels d'éligibilité
- la participation des responsables locaux et/ou centraux pour déterminer l'admissibilité au lieu de s'en remettre uniquement aux structures existantes pour l'administration des dérogations
- la vérification régulière du statut d'exemption des bénéficiaires et
- la mise sur pied de mesures de vérification de routine.⁷⁷

Qui plus est, les programmes couronnés de succès prévoient généralement un budget suffisant pour rembourser les installations pour leur manque-à-gagner et disposent d'une procédure systématique de remboursement de ces installations.⁷⁸

Ciblage spécifique

Certains programmes définissent les bénéficiaires en fonction de l'âge, du domicile, du statut nutritionnel, du type d'emploi, de la propriété foncière et d'autres critères. L'inconvénient principal des stratégies de ciblage spécifique est que les non-pauvres risquent de tomber également dans des catégories bénéficiant d'exemptions. Cependant, selon un chercheur, si au moins la moitié de ceux qui recourent à un service sont pauvres, cela veut dire que le programme est efficace tant du point de vue de la santé publique que de celui de l'équité.⁷⁹

Le ciblage géographique se traduit par une affectation de ressources — généralement sous la forme de services de santé gratuits ou subventionnés — aux régions comptant le plus grand nombre d'indigents. La mesure dans laquelle le ciblage géographique atteint les plus démunis dépend de la concentration ou de la répartition géographique de la pauvreté. En Inde, selon une estimation, la mise à disposition de services gratuits aux résidents des États les plus pauvres toucherait environ 62 % d'entre eux, ainsi que 38 % des non-pauvres alors que la prestation de services aux résidents des régions les plus pauvres en Roumanie, un pays à revenu intermédiaire, couvrirait 25 % des pauvres et 75 % des non-pauvres.⁸⁰

Généralement, la précision augmente de concert avec la réduction de la superficie géographique couverte. En Roumanie, si l'on passait des régions les plus pauvres aux judets, qui sont des entités géographiques plus petites, la couverture des indigents passerait de 30 % à 37 %. Au Mexique, la concentration sur les municipalités plutôt que sur les États permettrait d'accroître le taux de la population pauvre couverte de 41 % à 54 %.⁸¹

Une autre stratégie employée est celle que l'on appelle « l'auto-ciblage ». Les services sont mis à la disposition de tous, mais ils comportent un élément — stigmatisation ou moindre qualité — qui dissuade les groupes non ciblés d'y faire appel. Au Chili,

un programme de nutrition des enfants est passé de la fourniture aux familles de lait en poudre, de consommation facile pour les adultes, à la distribution d'un produit à base de lait et de céréales. Ce produit se présentait sous forme d'une bouillie jugée par la

Le principal inconvénient des stratégies de ciblage spécifique est que les non-pauvres risquent eux aussi de tomber dans les catégories des personnes bénéficiant d'exemptions.

plupart des adultes comme réservée à la consommation des enfants. Grâce à cette modification, le programme cherchait à renforcer son impact sur les enfants.⁸²

Le ciblage fondé sur l'âge et la maladie représente une autre option, qui devra sans doute être combinée à d'autres stratégies pour obtenir des résultats plus précis. Les programmes peuvent par exemple offrir certains services gratuitement à la population de certains groupes d'âge, le plus souvent les enfants de 5 ans et moins. Les habitants les plus pauvres souffrent de manière disproportionnée de maladies lorsqu'ils sont jeunes. Pourtant, la simple concentration sur l'âge ne se traduira pas systématiquement par des avantages pour les enfants démunis. Nombreux en effet sont les programmes de vaccination d'enfants fournis à titre gratuit ou subventionnés qui atteignent mieux les groupes plus aisés que les groupes plus pauvres.⁸³

Le ciblage par maladie prévoit la fourniture de services gratuits ou subventionnés pour les conditions représentant la grande majorité des maladies, des invalidités et des décès parmi les plus démunis. Ce type de ciblage implique en outre la formulation de stratégies pour la réalisation des interventions au service des groupes pauvres. Dans la pratique, les programmes qui se limitent à un ciblage par maladie sont souvent plus bénéfiques aux groupes non pauvres qui sont plus faciles à atteindre et souffrent également de maladies contagieuses qu'aux plus démunis.⁸⁴

Les programmes ayant recours à des approches multiples sont peut-être les plus efficaces. Selon l'auteur d'une évaluation de

programmes du secteur social réalisés en Amérique latine, les programmes ciblés bien conçus étaient plus bénéfiques pour les indigents que les programmes non ciblés. Sur les 18 programmes ciblés examinés par l'auteur, une moyenne de 72 % des avantages fournis par ces programmes parvenaient aux 40 % des ménages les plus démunis. Par opposition, dans huit programmes de subventions alimentaires non ciblés, 33 % des bénéficiaires des programmes seulement parvenaient aux ménages les plus pauvres. Les résultats des programmes publics de santé primaire étaient légèrement supérieurs, 57 % des bénéficiaires fournis touchant les ménages les plus pauvres dans onze de ces programmes.⁸⁵

Promotion des services de santé primaires et essentiels

Les soins de santé primaire — qui représentent l'approche identifiée pendant les années 1970 pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 — demeurent une stratégie importante pour atteindre les plus démunis. Bien que la définition des soins de santé primaire varie, l'objectif commun est de mettre à la disposition du plus grand nombre des services de santé élémentaires à

Dans de nombreux pays, l'essentiel des dépenses publiques dans le secteur de la santé est consacré aux hôpitaux des régions urbaines et aux soins spécialisés, au détriment des centres de soins primaires dans les zones rurales.

coût modique, tout particulièrement pour les populations rurales et pauvres. L'objectif ultime est d'obtenir une amélioration rapide de l'état de santé à moindre coût. Cette approche a poussé maints pays à envoyer des milliers de travailleurs communautaires du secteur de la santé dans les villages et les zones rurales pour offrir des services de base peu coûteux aux pauvres.

À l'examen des résultats des 30 dernières années, l'OMS a conclu que de nombreux programmes de santé primaire n'avaient pas encore atteint leur plein potentiel. Dans plusieurs pays, les gens considèrent les pro-

grammes de santé primaire comme fournissant exclusivement des services « primitifs » réservés aux indigents. Une critique importante de ces programmes déclare qu'ils n'ont pas dûment pris en compte les besoins et les intérêts des bénéficiaires qu'ils cherchent à atteindre — les plus démunis. Les planificateurs se sont concentrés sur les questions relatives à l'offre, notamment comment fournir les services aux habitants démunis des villages ruraux au lieu de se concentrer sur les questions qui préoccupent le plus les utilisateurs, notamment la qualité des services offerts et leur sensibilité. Les autres points faibles des programmes incluent le manque de financement, l'insuffisance des effectifs pour s'occuper des activités de prévention et de vulgarisation communautaires et le manque de formation et d'équipement.⁸⁶

Bien que les résultats soient mitigés, l'OMS précise que les bases techniques des soins de santé primaire sont solides et que cette approche fait l'objet d'une amélioration constante. L'OMS signale un passage progressif à un « nouvel universalisme » : des programmes fournissant des soins essentiels, définis principalement en fonction des critères de rentabilité, pour tous. Cette approche fondée sur les services essentiels met l'accent sur la qualité des services assurés. Bien que financés par les pouvoirs publics, ces services ne sont pas forcément assurés par les gouvernements mêmes. L'OMS précise que si ce type d'interventions est censé être bénéfique aux plus démunis, il convient quand même de déployer des efforts particuliers pour s'assurer que les indigents bénéficient effectivement de ces programmes.⁸⁷

Renforcement de la disponibilité des services de santé

Le plus souvent, les services de santé et le personnel médical qualifié sont moins accessibles aux plus démunis qu'aux groupes plus aisés. L'un des problèmes majeurs est que dans beaucoup de pays, l'essentiel des dépenses publiques de santé est consacré aux hôpitaux des zones urbaines et aux soins spécialisés au détriment des centres de santé primaire des zones rurales. En conséquence, les centres de santé primaire manquent souvent de personnel et de médicaments. Et nombreux sont les patients qui préféreront éviter ces centres et se rendre directement

dans les hôpitaux, où ils solliciteront des services de santé primaire. Ce processus justifie encore plus le financement des hôpitaux par les pouvoirs publics.

Une solution communément utilisée par les systèmes de santé consiste à consacrer davantage de ressources aux installations de soins de santé primaire. En intensifiant ces services, les programmes peuvent répondre à un grand nombre de préoccupations des plus démunis en matière d'accessibilité : le temps nécessaire pour arriver jusqu'aux installations les plus proches (voir l'encadré 4) et la résidence dans des zones rurales ou négligées, où les services sont rares ou non disponibles. Au Ghana, selon les chercheurs, une réduction de la distance moyenne pour parvenir à la clinique la plus proche permettrait d'en augmenter l'usage de plus de 90 %.⁸⁸

Le renforcement des investissements dans les soins de santé primaire n'est cependant pas toujours bénéfique aux plus démunis. Si ces derniers ne se servent pas déjà de services de santé primaire financés par les pouvoirs publics, cet investissement ne fournira pas forcément un rendement qui leur soit bénéfique. À titre d'exemple, une étude a établi qu'en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée et à Madagascar, les plus démunis faisaient beaucoup moins usage des services de santé que les plus aisés et ce, à tous les niveaux, y compris les soins de santé primaire. Par opposition, selon les auteurs de cette étude, une augmentation des dépenses pourrait se révéler efficace dans des pays tels que le Kenya, l'Afrique du Sud et la Tanzanie, où les plus démunis se servent déjà des centres de santé primaires et dérivent environ 20 % des avantages des financements publics au niveau primaire.⁸⁹

Amélioration de la qualité des services

La sous-utilisation par les indigents des services de santé financés par les pouvoirs publics n'est que trop fréquente. Au Bangladesh, par exemple, les chercheurs ont découvert que les centres de santé publics des zones rurales étaient sous-utilisés en dépit des besoins considérables pour ces services.⁹⁰ Les chercheurs ont documenté maints exemples de pauvres évitant de faire appel aux services publics et préférant se procurer des services privés ou éviter carrément le traitement médical.⁹¹

Encadré 4

Amélioration de l'équité grâce aux livraisons à domicile au Bangladesh

Au Bangladesh, les assistantes sociales locales fournissent des renseignements sur la planification familiale et les produits y afférents aux femmes dans leurs foyers depuis le milieu des années 1970. Cette livraison à domicile est jugée responsable de l'augmentation de l'usage des méthodes modernes de contraception, passé de 5 % en 1975 à 43 % en 1999-2000 et promu par les programmes de planification familiale, sans variation notable selon le lieu de domicile ou le niveau d'éducation.¹ Pendant cette période, les femmes ont également commencé à avoir des familles beaucoup moins nombreuses, le nombre moyen d'enfants passant de plus de six à environ trois.

Le succès du programme tient au fait qu'il réduit la durée des déplacements et les coûts pour les femmes. Ces économies représentent à la fois des frais directs et des coûts d'opportunité tels que les travaux de ménage non réalisés. Qui plus est, dans un pays de traditions religieuses conservatrices, les visites à domicile évitent aux femmes de devoir demander la permission avant de quitter le foyer.

Les visites à domicile ont été particulièrement bénéfiques pour les femmes non éduquées des régions rurales. Une étude a établi que les femmes non éduquées étaient 4,4 fois plus susceptibles d'adopter une méthode de contraception après une visite à domicile que leurs homologues n'ayant pas eu ce genre de contact. Les femmes très éduquées sont 1,8 fois plus susceptibles que leurs homologues ne recevant pas de visite de commencer à utiliser une méthode de contraception. Les femmes non éduquées rencontrées à la maison étaient 61 % moins susceptibles de cesser l'usage des contraceptifs que leurs homologues ; ce chiffre était de 28 % pour les femmes éduquées.² L'auteur a déclaré : « Les visites remplacent l'accès aux revenus, à l'information et à la mobilité dont bénéficient les femmes plus éduquées. Ce projet de visites à domicile a eu un effet égalisateur ».

Au cours des dernières années, le nombre de visites à domicile au Bangladesh a décliné de manière radicale, ce qui a permis au programme de réaliser des économies au niveau des salaires et d'investir davantage dans les services. Cependant, si le Bangladesh s'en remet davantage aux services assurés en clinique, les besoins en planification familiale des plus démunis et des femmes vulnérables ne sont pas forcément satisfaits.

1. National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, et ORC Macro, *Enquête démographique et de santé au Bangladesh 1999-2000* (Dhaka, Bangladesh, et Calverton, MD : National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, et ORC Macro, 2001) : 53-56.

2. Mary Arends-Kuenning, « Who benefits from Doorstep Delivery in Bangladesh », *Population Briefs* 3, n° 4 (décembre 1997), consulté en ligne à l'adresse suivante : [www.popcouncil.org/publications/pop-briefs/pb3\(4\)_6.html](http://www.popcouncil.org/publications/pop-briefs/pb3(4)_6.html), le 15 juillet 2003.

Kerala : une réussite dans le secteur de la santé

Bien que Kerala ne soit pas l'État le plus riche en Inde, c'est l'un des plus performants en matière de santé. Son taux de mortalité infantile — 16 décès pour 1 000 naissances vivantes — est l'un des plus faibles du pays, bien en deçà du taux global en Inde qui s'élève à 68.¹ De fait, son taux de mortalité est pratiquement la moitié de celui du Brésil et il est similaire à celui de pays aux revenus plus élevés tels que l'Argentine et l'Uruguay.² Avec une espérance de vie de plus de 70 ans, les habitants de Kerala vivent aussi longtemps que les Européens.

L'utilisation des services de santé est élevée dans la région de Kerala, avec plus de 90 % des accouchements dans des installations médicales et 80 % des enfants entièrement vaccinés. Qui plus est, le gouvernement répartit ses dépenses de santé de manière pratiquement uniforme entre les différents groupes de revenus.³

Quelles sont les raisons de ce succès ? Les analystes proposent bien des explications, mais ils reconnaissent tous le fait qu'au cœur de cette réussite se trouve l'environnement politique et social unique de Kerala. Cette région se distingue par une population très éduquée, bien organisée et fortement engagée qui formule des demandes énergiques au gouvernement.⁴ Les femmes y jouissent d'un degré élevé d'autonomie et leur taux d'alphabétisation est de près de 90 %.⁵

Les habitants de Kerala accordent une grande importance à la santé et à l'éducation. Parmi les groupes les plus pauvres, les services de santé ont longtemps été considérés comme un droit. Pendant les années 1950 et 1960, les pauvres se sont fortement mobilisés sur le plan politique pour les questions de santé. Un chercheur a déclaré « À Kerala, si un centre de soins primaires (PHC) restait sans personnel pendant quelques jours, il y aurait une manifestation massive au « collectorate », le centre gouvernemental le plus proche, sous l'égide des mouvements gauchistes locaux qui exigeraient qu'on leur donne ce à quoi ils savent avoir droit ». ⁶ Dans certains cas, les membres de la communauté se sont livrés à des voies de fait sur les prestataires de service jugés délinquants dans l'exercice de leurs fonctions.

1. International Institute for Population Sciences (IIPS) et ORC Macro, *Enquête nationale sur la santé familiale, Inde, 1998-99* : Kerala (Mumbai, Inde : IIPS, 2001) : 114.

2. Carl Haub, *Fiche de données sur la population mondiale 2003* (Washington, DC : Population Reference Bureau).

3. Banque mondiale, « India, Raising the Sights : Better Health Systems for India's Poor », consulté en ligne à l'adresse suivante : [http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/ovr/\\$File/hOvr.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/ovr/$File/hOvr.pdf), le 2 juin 2003.

4. Patrick Heller, « Social Capital as a Product of Class Mobilization and State Intervention : Industrial Workers in Kerala, India », dans *State Society Synergy : Government and Social Capital in Development*, ed. Peter Evans, University of California and Area Studies Digital Collection, Volume révisé n° 91 (Berkeley, CA : University of California Press, 1997) : 48-84, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://repositories.cdlib.org/uciaspubs/research/94/4>, le 16 décembre 2003.

5. IIPS et ORC Macro, *Enquête nationale sur la santé familiale, Inde, 1998-99* : Kerala (Mumbai, Inde : IIPS, 2001) : 2.

6. Joan Mencher, « The Lessons and Non-Lessons of Kerala : Agricultural Labourers and Poverty », *Economic and Political Weekly* 15, numéro spécial (octobre) : 1781-1802 tel que cité par John Cadwell, « Routes to Low Mortality in Poor Countries », *Population and Development Review* 12, n° 2 (juin 1986) : 198.

Pourquoi ? De nombreux facteurs sont responsables de la faible utilisation par les plus démunis des services de santé financés par les pouvoirs publics. Il existe des obstacles du côté de la demande, dont le manque de connaissances en matière de santé. Dans bien des cas, les questions du côté de l'offre représentent des obstacles tout aussi importants. Au Bangladesh, les analystes ont souligné la qualité insuffisante des services, avec notamment l'épuisement des stocks de médicaments essentiels, le taux d'absentéisme des médecins et la médiocrité des relations entre prestataires de services et clients.⁹² D'autres environnements confirment l'importance de la qualité des services. Au Ghana, les problèmes économiques de la fin des années 1970 et du début des années 1980 sont la cause de la médiocrité des services de santé financés par les pouvoirs publics. Entre 1979 et 1983, un déclin de 40 % de l'utilisation des installations publiques a été enregistré.⁹³

Dans de nombreux pays, les services de santé fournis par le gouvernement sont inadéquats. Outre le coût des services, les clients de ces installations se plaignent souvent du manque de confidentialité, des horaires et des emplacements peu pratiques, du manque de fiabilité des stocks de médicaments, du manque d'hygiène, du mauvais état des équipements, du manque de sensibilité des prestataires de services et des longues attentes auxquelles ils sont soumis.⁹⁴ Dans les régions rurales de la Tanzanie, par exemple, les femmes ayant accouché dans des centres médicaux ont été interrogées sur les accouchements dans ces installations. Les femmes ont mentionné, entre autres inconvénients, le fait que les infirmières se moquaient d'elles parce qu'elles n'avaient pas de vêtements pour leur bébé (22 %) et qu'elles les frappaient pendant l'accouchement (33 %).⁹⁵

Les études ont documenté un grand nombre de cas où les prestataires de services faisaient preuve d'attitudes négatives à l'égard des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment les femmes et les minorités ethniques. Dans certains cas, il existe des obstacles culturels et linguistiques entre clients et prestataires de services. En Amérique latine, le manque de personnel médical parlant les langues indigènes est fréquemment mentionné comme l'un des obs-

tales à l'utilisation des services de santé. Pour les populations indigènes de la région, l'offre et la demande de services de santé sont dans l'ensemble plutôt faibles.⁹⁶

Comment faire pour que le système de santé réponde davantage aux besoins des plus démunis ? Certains pays, notamment le Brésil, le Costa Rica, Cuba et le Sri Lanka, et l'État indien de Kerala (voir l'encadré 5) ont réussi à fournir des services de grande qualité financés par les pouvoirs publics, et il convient sans doute de tirer des enseignements de ces expériences.⁹⁷ Toutefois, après avoir examiné les expériences de divers pays, certains analystes ont conclu que les gouvernements de nombreux pays en développement n'ont pas la capacité de gérer et d'administrer ces services par le biais d'un réseau national de centres de soins primaires à contrôle centralisé.⁹⁸

L'OMS signale que de nombreux pays repensent actuellement le rôle du gouvernement dans le domaine de la santé, mettant l'accent non plus sur la prestation directe des services mais sur une « intendance » de la santé. Dans cette capacité, le gouvernement est responsable de fonctions essentielles qui incluent entre autres les stratégies en matière de santé, la réglementation de ce secteur et la passation des marchés y afférents. Le gouvernement assure la supervision et le respect des politiques et de stratégies et veille à ce que le système de santé soit à la fois équitable et efficace. Bien que plusieurs gouvernements envisagent d'adopter ce rôle, l'OMS souligne que dans de nombreux pays, les compétences demeurent insuffisantes pour ce faire.⁹⁹

Établissement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour améliorer la portée et la sensibilité des services

Certains gouvernements opteront pour d'autres solutions que la prestation directe des services, dans le cadre de partenariats avec des prestataires du secteur non gouvernemental.¹⁰⁰ Dans de nombreux pays, les organisations non gouvernementales (ou ONG) bénéficient d'un soutien des pouvoirs publics pour fournir des services de santé aux groupes les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. Dans la mesure où de nombreuses ONG travaillent d'ores et déjà en étroite collaboration avec les plus dému-

nis, elles sont souvent mieux à même d'identifier ces derniers et de leur fournir les services dont ils ont besoin que les gouvernements eux-mêmes. Dans certains pays, les ONG disposent en outre d'une plus grande souplesse et d'un plus haut degré de responsabilisation que les bureaucraties centralisées et hiérarchiques.

Les ONG ont prouvé leur efficacité dans certains contextes. Le BRAC, déjà évoqué plus haut, est l'un des principaux prestataires de services de santé et de services de développement connexes au Bangladesh, où il compte déjà plus de deux millions de familles parmi ses membres.¹⁰¹ Les recherches ont confirmé des acquis considérables en matière de santé pour les indigents participant au BRAC et aux programmes d'autres ONG au Bangladesh.

Dans d'autres pays, les partenariats entre le secteur public et le secteur privé permettent de fournir des services aux groupes à faible revenu ou vivant dans les régions rurales. Au Ghana, les organisations privées à but non lucratif qui constituent ce que l'on appelle le secteur des « missions », parce qu'il s'agit avant tout d'organisations confessionnelles, parviennent à toucher quelque 30 % des personnes ayant besoin de soins de santé, essentiellement dans les régions rurales. Le gouvernement contribue au paiement des salaires des travailleurs et à l'entretien des installations des « missions ».¹⁰²

En Bolivie, l'organisation PROSALUD, une organisation à but non lucratif, a été créée par un partenariat entre secteur public et secteur privé pour assurer la prestation de services de santé de qualité aux groupes à faible revenu. Cette organisation, qui est la plus grande ONG bolivienne dans le secteur de la santé, est passée de deux centres en 1985 à plus de 30 en 2000, et dessert plus d'un demi-million de Boliviens à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Une évaluation réalisée en 1992 a révélé que les coûts unitaires de PROSALUD étaient inférieurs à ceux des cliniques du gouvernement, que son personnel et ses opérations étaient plus efficaces et que la population desservie faisait plus souvent appel à ses services.¹⁰³

PROSALUD prend des mesures particulières pour protéger l'accès de ses clients les plus démunis. Ces derniers sont exemptés du paiement de redevances d'utilisation. Les honoraires facturés pour les services curatifs

permettent de subventionner les services préventifs, fournis à titre gracieux. Les cliniques dans les régions plus aisées contribuent au financement de celles installées dans les régions les plus démunies.

Au fil du temps, les centres de PROSALUD ont commencé à attirer de plus en plus de clients des groupes à revenu intermédiaire. Les services fournis sont de grande qualité et, bien que les redevances d'utilisation soient supérieures à celles facturées par les installations du gouvernement, elles demeurent inférieures à celles des presta-

située à environ 1 000 km de Mumbai, le groupe SEARCH (Society for Education, Action and Research in Community Health) a mis au point un programme à domicile pour la santé de nouveau-nés qui a permis de réduire de 62 % le nombre de décès de nouveau-nés lors du premier mois de leur existence. Dans les zones du projet où sont fournis des services de soins des nouveau-nés à domicile, le taux de mortalité néonatal est passé à 25 pour 1 000 naissances vivantes la troisième année de l'étude. Dans les villages où ces activités n'étaient pas offertes, le taux de mortalité néonatale est resté de l'ordre de 50 à 65 pendant toute la durée de l'étude (1995 à 1998).¹⁰⁶

Le programme SEARCH a assuré la formation de travailleurs de santé dans les villages et d'accoucheuses traditionnelles dans les domaines de l'éducation de la santé, de la ressuscitation des nouveau-nés, de la supervision de la nutrition et de la température, de l'identification et du traitement des infections. Les soins hospitaliers n'étant pas disponibles dans les secteurs couverts par le projet, l'équipe de SEARCH a équipé les travailleurs de la santé et les accoucheuses traditionnelles ainsi formées de fournitures et d'instructions sur les accouchements « propres » ou sans infection, de comprimés nutritionnels, d'antibiotiques et d'autres médicaments, et de « sacs chauffants » — des couveuses portables fabriquées à partir de tissu en mousse isolante.

À Navrongo, une région pauvre et isolée du nord du Ghana, une étude expérimentale a testé l'impact de l'installation d'infirmières communautaires des centres médicaux dans les villages ruraux et l'impact du recours aux traditions locales d'entraide pour mobiliser la participation des dirigeants et des communautés traditionnelles à la planification et à la prestation de services de santé.¹⁰⁷ Les infirmières sont transférées de centres de santé sous-utilisés dans les districts, ou elles sont nommées officiers de santé communautaire et sont hébergées dans des centres de santé construits par la communauté. Elles sont équipées de motocyclettes, de médicaments et de trousseaux de vaccination et de planification familiale et formées à la gestion d'activités de vulgarisation communautaire et des systèmes d'information. Les dirigeants communautaires sont formés à la mobilisation du

Dans le district de Gadchiroli, en Inde... un programme à domicile pour la santé des nouveau-nés ... a permis de réduire de 62 % le nombre de décès d'enfants de moins d'un mois.

taires du secteur privé.¹⁰⁴ Ces centres étaient à l'origine conçus pour les indigents, mais une clientèle économiquement plus diversifiée peut, à long terme, être bénéfique aux clients plus démunis, dans la mesure où les clients plus aisés sont mieux à même d'exiger des services de plus haute qualité, ce qui ne peut que profiter aux clients pauvres.¹⁰⁵

Mobilisation des ressources communautaires

Des projets récemment réalisés en Inde et au Ghana ont mobilisé les ressources communautaires de manière novatrice, pour améliorer les services de santé et les résultats pour les plus démunis. Au nombre des approches couronnées de succès figurent la formation intensive de travailleurs de santé basés dans les communautés, la participation des dirigeants traditionnels et la prestation locale des services. Certains projets ont obtenu des résultats spectaculaires en réorganisant les ressources de santé disponibles afin de mieux répondre aux besoins des clients indigents.

Le district de Gadchiroli en Inde n'est pas le contexte auquel on aurait pensé pour un programme réussi de protection de la vie de nouveau-nés. Cependant, dans cette région isolée et économiquement déprimée

soutien social au service de la santé et de la planification familiale.

Les résultats obtenus furent spectaculaires. Les communautés comptant des officiers de santé communautaires formés ont enregistré une augmentation de la couverture de vaccination et de planification familiale.¹⁰⁸ Au bout de deux ans ou plus d'application du programme, le taux de mortalité des enfants âgés de 24 à 59 mois a diminué de près de 60 %.¹⁰⁹ Dans les régions où le transfert des infirmières s'est accompagné d'efforts de mobilisation communautaire, les taux de fécondité ont diminué d'une naissance par rapport aux régions de comparaison. Les chercheurs ont établi qu'un seul officier de santé communautaire pouvait faire davantage que les centres de santé au niveau des sous-districts. Dans les régions comportant des officiers de santé communautaires, le nombre de visites médicales a été multiplié par huit par rapport aux niveaux d'avant le projet. Confronté à ces conclusions, le gouvernement du Ghana a transformé l'expérience de Navrongo en politique nationale et lancé un programme permettant de disséminer progressivement cette stratégie dans le reste du pays.¹¹⁰

En Inde, les communautés qui prennent part au Programme de promotion des initiatives au niveau local ont mobilisé des ressources dans les contextes ruraux et urbains pour étendre la couverture des services fournis aux familles à faible revenu. Dans le cadre de ce programme, trois ONG ont mis sur pied plus de 600 comités de village au niveau communautaire et assuré la formation et la coordination de plus de 2 000 volontaires de santé communautaire. Le programme a fourni aux communautés des instruments de formation et de gestion qui leur permettent de superviser la prestation des services et de définir les besoins de la communauté. Les agents de santé ont assuré des services de santé de la reproduction et de santé infantile et la diffusion d'information au niveau local. Le projet leur a appris à se servir d'illustrations pour enregistrer les données sur chaque foyer en matière de santé de la reproduction et d'état de santé, ce qui sert de fondement au système d'information du projet sur le terrain.¹¹¹

Le programme a été réalisé dans trois contextes et chaque communauté s'est pro-

curé des ressources de santé de manière novatrice. Dans les bidonvilles urbains de Kolkata, le programme a réussi à obtenir dans les cliniques un espace pour les clubs locaux, ainsi que des médicaments de première nécessité. Cet espace et ces médicaments ont été fournis gratuitement par le gouvernement de l'État. Dans les zones rurales proches de Chandigarh, les communautés ont transformé les temples du village en cliniques satellites locales et se sont procuré les médicaments de première nécessité grâce aux contributions des membres de la communauté. Dans la région montagneuse isolée de Uttaranchal, les étudiants en médecine et les élèves-infirmières de l'Himalayan Institute Hospital Trust ont reçu des crédits universitaires pour leur travail dans les cliniques mobiles ou les cliniques satellites dans les zones sans prestataires de santé envoyés par le gouvernement.

Au total, les communautés participantes ont établi plus de 200 postes de soins locaux pour combler les lacunes des services assurés par les gouvernements. À la fin du programme de quatre ans, la prévalence de l'usage des contraceptifs étaient de l'ordre de 65 % pour les trois sites du programme, contre 12 % à 50 % au début de ce programme. Plus de 90 % des enfants des trois régions étaient entièrement vaccinés, contre 50 % auparavant.¹¹²

Le programme Janani, qui opère également en Inde, a permis la mobilisation de ressources privées et autres pour fournir des services de planification familiale aux familles à faible revenu de Bihar, de Jharkhand et de certaines parties de Madhya Pradesh. Janani offre des « franchises » aux réseaux de prestataires de services de santé pour assurer des services de grande qualité de manière rentable.

Le programme fait appel à trois mécanismes de prestation de services : magasins de vente au détail offrant des préservatifs et des pilules anticonceptionnelles à des prix subventionnés, des échoppes de village appelées Titli (« papillon ») où des médecins ruraux distribuent des préservatifs, des pilules anticonceptionnelles, des tests de grossesse, des services de conseil psychologique et des aiguillages de nature clinique, et les cliniques de petites villes où travaille un réseau de médecins dûment formés.¹¹³ Janani assure le maintien de la qualité des

services en procédant à des inspections régulières, en encourageant la concurrence au niveau local et en tenant les dirigeants communautaires informés des normes applicables aux services.

Les médecins ruraux jouent un rôle essentiel dans le programme Janani. Alors que ces spécialistes fournissaient déjà des services médicaux rudimentaires avant le lancement du programme, Janani leur fournit les instruments nécessaires pour répondre aux besoins des communautés avec des cours

127 cas menée par la Banque mondiale pour déterminer la raison pour laquelle les familles tombent dans la misère confirme l'appauvrissement pour des raisons médicales. À l'examen de ces exemples, les analystes ont identifié les problèmes de santé comme étant la principale cause de la chute dans la misère.¹¹⁸ Les problèmes de santé peuvent dévorer les économies et les revenus d'une famille, et empêcher les adultes et les enfants de travailler et d'apprendre, ce qui renforce les conditions créant et perpétuant la pauvreté.

Les systèmes de financement des soins de santé jouent un rôle important dans la détermination de l'accès des indigents aux services de santé. Ce financement peut également influencer la mesure dans laquelle les gens risquent la misère ou son intensification à cause des frais médicaux.¹¹⁹ Qu'est ce qui constitue un financement équitable ? Selon l'OMS, dans un système équitable « les risques auxquels sont confrontés les ménages à cause des frais médicaux sont répartis en fonction de la capacité de paiement de chacun plutôt que du risque de maladie. Un système financé de manière équitable garantit la protection financière de tout un chacun ».¹²⁰

Inégalités des financements

Le plus souvent, les systèmes de financement des services de santé sont moins avantageux pour les plus démunis. Dans les pays en développement, la faiblesse des dépenses des pouvoirs publics signifie généralement qu'une proportion substantielle des dépenses médicales — jusqu'à 80 % dans certains cas — doit être payée par les utilisateurs.¹²¹ S'en remettre aux paiements par les usagers pour le financement des soins de santé est la pire option possible pour les populations les plus démunies et les plus vulnérables.¹²²

Lorsque les gens doivent payer les services obtenus au moment où ils en ont besoin, l'accès aux soins est limité à ceux qui peuvent se permettre ces dépenses. Ce type de systèmes expose les indigents à des coûts inattendus qui peuvent être d'un montant élevé. Bien souvent, ils ne disposent pas des réserves en espèces qui leur permettent de couvrir ces dépenses. Dans la mesure où les plus démunis sont aussi moins susceptibles d'avoir des polices d'assurance ou des systèmes de prépaiement associés à leur emploi,

Les analystes ont identifié les problèmes de santé comme étant la cause la plus commune de la chute dans la misère.

de formation intensive et des fournitures. Pour faciliter le recours aux services par les femmes, le programme forme également une parente du spécialiste, généralement sa femme, pour travailler à ses côtés.¹¹⁴

En 2002, le programme a fourni une protection contraceptive à plus d'un million de couples. Les réseaux de prestataires de Janani ont fourni des services de planification familiale que ne peuvent pas toujours fournir les autres prestataires. La plupart des centres ruraux du réseau de Janani (96 %) fournissaient des contraceptifs oraux, contre 41 % des médecins ruraux en dehors du réseau. Plus de 70 % des médecins membres du réseau ont exécuté des ligatures de trompes et posé des DIU, contre respectivement 30 % et 23 % des médecins en dehors du groupe. Plus de 90 % des centres ruraux et 70 % des médecins membres du réseau disposaient d'un travailleur de santé féminin, contre 8 % des centres ruraux et 34 % des médecins non membres.¹¹⁵

Approches du financement des services de santé

Les coûts associés aux problèmes de santé — notamment les frais médicaux et les coûts indirects tels que le manque à gagner — peuvent être catastrophiques pour les plus démunis.¹¹⁶ En Inde, une étude a révélé que près de 25 % des personnes hospitalisées vivaient en deçà du seuil de pauvreté à cause des frais médicaux.¹¹⁷ Une récente étude de

ils sont plus vulnérables à l'appauvrissement attribuable aux frais médicaux.

Bien qu'il existe des techniques qui permettent de protéger les plus démunis contre les redevances d'utilisation, nombreuses sont celles qui se sont révélées peu efficaces dans la pratique. Qui plus est, les exemptions ne s'appliquent qu'aux services fournis par les gouvernements et nombreux sont les pauvres qui préfèrent les services fournis par des prestataires privés.¹²³ Les pauvres optent parfois pour les prestataires privés en dépit du montant élevé des coûts directs, parce qu'ils considèrent ces services comme plus pratiques ou de meilleure qualité.

Un système de financement en faveur des plus démunis met l'accent sur le prépaiement des services de santé par le biais de taxes ou d'assurances, les contributions étant liées à la capacité de paiement d'une personne et non aux risques de santé courus ou à l'usage des services.¹²⁴ Cependant, rares sont les pays qui parviennent à financer leurs systèmes de santé de manière équitable. Un des obstacles rencontrés est la capacité limitée de mobiliser des ressources fiscales. En effet, de nombreux pays pauvres ont une économie formelle de taille modeste, et donc une assiette fiscale et une capacité de prélèvement de l'impôt limitées. Qui plus est, la fraude fiscale a tendance à augmenter avec la progressivité des taux d'imposition ou leur corrélation avec la capacité de paiement.¹²⁵

Même si la mobilisation des fonds se fait de manière équitable, peu de gouvernements assurent une distribution équitable des ressources de santé. Bien que les pauvres aient les besoins les plus sérieux en matière de santé, la majorité des budgets de santé est distribuée aux hôpitaux des zones urbaines, qui sont utilisés avant tout par les groupes mieux nantis.¹²⁶ Dans la plupart des pays d'Asie, par exemple, les gouvernements affectent en moyenne moins de 10 % de leurs ressources pour le secteur de la santé aux services de santé primaire.¹²⁷ Par suite, les plus nantis tendent à bénéficier de manière disproportionnée des dépenses publiques au profit de la santé.¹²⁸

Stratégies pour le renforcement de la protection financière

Différentes stratégies peuvent contribuer à protéger les indigents contre l'appauvrisse-

ment dû à un traitement médical. Dans la mesure où le manque à gagner pour des raisons de maladie peut avoir des conséquences particulièrement désastreuses, certains pays offrent des soins hospitaliers gratuits ou subventionnés aux adultes soutiens de famille.¹²⁹ L'Ouganda et le Bangladesh ont lancé des programmes pilotes pour couvrir les frais d'hospitalisation des plus démunis. Et comme les frais médicaux peuvent causer la misère ou l'approfondir, certains analystes recommandent la couverture des groupes pauvres et proches de la pauvreté.¹³⁰

Les mécanismes de répartition des risques ou les polices d'assurance peuvent contribuer à protéger les indigents contre les risques financiers. Les participants à ces programmes « regroupent » ou combinent leur risque de paiement de services médicaux en payant ces soins à l'avance sous forme de primes régulières ou de retenues salariales. Ces systèmes permettent de réduire le risque de paiement de frais médicaux de chaque participant et les aident à éviter les grosses sorties de fonds en cas de maladie. Lorsque les recettes fiscales sont affectées au financement des frais médicaux, elles sont considérées comme une autre méthode de combinaison des risques (voir l'encadré 6 pour la description d'une taxe pilote au Niger).

Dans certains cas, les gouvernements fournissent des subventions aux systèmes d'assurance ou de sécurité sociale, afin de couvrir la participation des plus démunis. Au Chili, le gouvernement décaisse des fonds dans le cadre de son programme de sécurité sociale et santé, le FONASA, afin d'assurer la couverture des groupes défavorisés. Le FONASA couvre les coûts des services médicaux assurés dans les installations médicales publiques et les cabinets privés. Les personnes considérées légalement indigentes ne paient aucune prime. Ce programme est d'une grande efficacité. Le FONASA utilise plus de 90 % de ses subventions gouvernementales pour couvrir les coûts des services fournis à ses membres les plus pauvres.¹³¹

Bien que les systèmes d'assurance soient à même de fournir une protection contre l'appauvrissement dû à un traitement médical, rares sont les indigents qui s'en prévalent. Dans la plupart des pays en développement, l'assurance sociale ou privée

Options pour le financement des services de santé au Niger

Lors de la crise économique grave des années 1980, le ministère de la Santé au Niger a examiné différentes stratégies de recouvrement des coûts pour subventionner les services de santé assurés par les pouvoirs publics. Pour mieux informer le débat, le ministère a décidé d'organiser des projets pilotes afin de tester les différents mécanismes de financement pour les services de santé au niveau des districts : un modèle de paiement d'honoraires pour services rendus dans le district de Say et une stratégie de partage des risques incluant en combinaison une taxe annuelle payée au district et un modèle de coût modique pour les services (« tax-small fee ») dans le district de Boboye. Dans ces districts, ces nouveaux barèmes se sont accompagnés d'améliorations de la qualité des services, y compris une meilleure disponibilité des médecins. À des fins de comparaison, l'étude a inclus le district d'Illéla où aucune amélioration qualitative ou administrative n'a été réalisée.

L'intervention de coût modique dans la région de Boboye a donné lieu à une amélioration spectaculaire du recours aux services de santé publics par les femmes, les enfants et les indigents. Le taux d'utilisation a doublé dans le quart de la population la plus démunie. Par contre, le recours aux services est resté faible chez les populations pauvres du district de Say et son utilisation a même diminué parmi les pauvres de la région d'Illéla.

La majeure partie des habitants des districts de Boboye et de Saye préférerait très nettement le modèle de la redevance modique plutôt que l'approche dite de paiement direct des services rendus. Cette majorité inclut plus de 80 % des populations les plus pauvres dans ces deux districts. La plupart des personnes interrogées ont déclaré que le principal problème avec l'approche de paiement direct des services consistait à trouver des ressources pour payer chaque problème de santé. Les auteurs de l'étude ont ajouté que la méthode de la redevance modique semblait aussi présenter des effets secondaires positifs. Le recours aux services prénatals a augmenté de manière considérable dans le district de Boboye bien qu'ils aient été fournis à titre gratuit, que ce soit avant ou après l'intervention. L'augmentation du recours aux services curatifs est par ailleurs susceptible d'avoir encouragé un recours plus intensif aux services préventifs.¹

1. Françoise Diop et al., « The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger », *Health Policy and Planning*, 10, n° 3 (1995) : 223-40.

ne couvre qu'une faible proportion de la population qui travaille dans le secteur formel.¹³² En effet, les indigents ont tendance à travailler plutôt dans le secteur informel.

La participation aux programmes de santé des communautés constitue parfois une option pour les pauvres des régions

rurales. Le financement des soins de santé par les communautés a fait ses preuves chez les résidents des régions rurales de pays tels que l'Inde, l'Indonésie et la Chine. Les membres versent une prime pour couvrir leurs frais médicaux ou, dans certains cas, le fonds communautaire pour les services de santé défalque des primes des recettes de ventes des récoltes d'une coopérative. Les personnes percevant des revenus saisonniers peuvent payer leurs primes pendant la saison des moissons ou les périodes pendant lesquelles elles ont plus de disponibilités financières, ce qui leur assure un accès régulier aux services de santé pour l'ensemble de l'année. Certains fonds communautaires pour les services de santé sont parfois renforcés par des subventions versées par le gouvernement.¹³³

Cependant, les fonds communautaires pour les services de santé ne sont pas monnaie courante dans les pays en développement. L'un des obstacles à leur mise en place est que la bonne gestion de ces fonds exige beaucoup de connaissances et de spécialisation technique.¹³⁴ Le succès des fonds communautaires pour la santé en Indonésie (Dana Sehat), par exemple, exige une participation considérable du gouvernement aux activités de mobilisation, de formation, d'orientation et de supervision.

Les responsables et les équipes des pouvoirs publics, par exemple, facilitent l'organisation de rencontres, fournissent une assistance technique pour les enquêtes communautaires et l'analyse de leurs résultats, mettent au point toute une série d'avantages de santé et d'options de financement et assurent la supervision et l'orientation de la gestion du fonds.

En général, les mécanismes de regroupement des risques et de prépaiement exigent une capacité institutionnelle et organisationnelle qui va au-delà du financement des simples dépenses personnelles. De nombreux pays à faible revenu ne disposent pas de la capacité de gestion requise pour ce faire. L'OMS signale que les contributions fournies dans le cadre de l'emploi et les programmes de prépaiement communautaires ou ceux offerts par les prestataires de services sont difficiles à maintenir à long terme et doivent être considérés comme de nature provisoire, même s'ils constituent déjà une amélioration

par rapport au financement personnel direct. L'objectif ultime est de mettre sur pied des systèmes d'assurance ou de prépaiement moins fragmentés et de plus grande portée, mieux à même d'assumer une répartition adéquate des risques, de subventionner les indigents, le renforcement des réserves financières et une administration plus efficace.¹³⁵

Approches utilisées pour mesurer les progrès accomplis

On dispose de nos jours de plus en plus d'information concernant la santé des pauvres dans le monde. Ces données révèlent des disparités persistantes en matière de santé au sein des pays moins avancés. Cependant, les gouvernements et les accords nationaux et internationaux ne formulent pas d'objectifs de réduction des disparités en matière de santé entre les différents groupes socioéconomiques. L'élaboration d'objectifs de santé au profit des plus démunis est pourtant essentielle au suivi des progrès de la santé des indigents.¹³⁶

L'évaluation du succès est importante, mais elle est parfois difficile à réaliser. Une croissance économique rapide risque d'entraîner les initiatives ayant pour objet de réduire les iniquités dans le secteur de la santé. Ces dernières s'intensifient souvent au fur et à mesure qu'augmentent les revenus par habitant. Dans ce genre de contextes, les programmes peuvent réussir, à condition que les inégalités socioéconomiques en matière de santé n'empirent pas.¹³⁷

La sélection d'objectifs exigera parfois des choix difficiles. Par exemple, l'amélioration de la santé des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables peut provoquer une augmentation des coûts ou une réduction du niveau d'efficacité.¹³⁸ Les programmes se heurtent parfois à des problèmes lorsqu'ils tentent de mesurer le succès à l'aide de mesures absolues ou relatives. Il est possible d'améliorer les résultats de santé des groupes les plus démunis et des plus nantis, tout en relevant une augmentation des inégalités. Un programme est-il couronné de succès si les taux de mortalité déclinent de 10 % chez les plus pauvres et de 20 % chez les plus riches ?¹³⁹

Rares sont les pays qui obtiennent de bons résultats tant au niveau des moyennes de population qu'à celui des inégalités en

matière de santé. Une étude de la malnutrition infantile couvrant 20 pays en développement a révélé que deux d'entre eux seulement présentaient des taux moyens de rachitisme infantile et des niveaux d'inégalité faibles. Une mesure du genre de « l'indice de performance » d'Adam Wagstaff, qui prend en considération tant les niveaux moyens de santé que les inégalités en matière de santé représente peut-être une solution quantitative pour l'évaluation des programmes.¹⁴⁰

Malheureusement, rares sont les gouvernements qui ont relevé le défi consistant à définir ou à mesurer le succès. Selon une étude réalisée par l'OMS, la majorité des politiques nationales de santé n'expriment pas de préoccupation particulière des indigents. Au contraire, la plupart d'entre elles déclarent leurs objectifs en termes d'améliorations totales ou moyennes dans le domaine de la santé plutôt qu'en fonction de la manière dont ces progrès se répartissent.¹⁴¹

De même, les objectifs internationaux en matière de santé ne traitent pas systématiquement de ces disparités. À titre d'exemple, certains des Objectifs de développement pour le Millénaire en matière de santé — notamment les objectifs de réduction de la mortalité infantile et d'amélioration de la santé maternelle — n'indiquent la nécessité d'améliorations qu'aux niveaux des moyennes nationales. Une étude suggère que la réalisation de ces objectifs ne se traduit pas toujours par des acquis importants pour les plus démunis. Si les pays parviennent à atteindre ces objectifs au sein des groupes les plus aisés, c'est à dire une approche du haut vers le bas, les groupes les plus démunis sont moins susceptibles d'en tirer des avantages importants.¹⁴²

Les objectifs de santé au niveau national et au niveau international continueront à dissimuler les différences qui existent entre les riches et les pauvres au sein d'un même pays. Si ces objectifs ne mentionnent pas de manière spécifique les problèmes d'équité, les différences au plan de la santé entre les groupes sociaux et économiques ne pourront pas être mesurées ou surveillées.

Conclusion

Il est urgent de répondre aux besoins des plus démunis du monde en matière de santé.

Plus d'un milliard de personnes sont exclues tant des soins de première nécessité que des progrès spectaculaires de la technologie médicale et de la santé dans le monde en raison de leur extrême pauvreté.¹⁴³ Cet ostracisme frappe lourdement les familles, les communautés et les sociétés.

L'intensification de la fracture entre les riches et les pauvres en termes d'accès à l'information, à la technologie et à des soins de première nécessité ainsi qu'à des traitements spécialisés de grande qualité, menace les pauvres d'une marginalisation renforcée.¹⁴⁴

Bien que les gouvernements et les organisations internationales reconnaissent tous qu'il est essentiel d'améliorer la santé des populations pauvres de notre monde, les programmes conçus à cet effet n'ont pas tous été couronnés de succès. Des disparités profondes persistent entre les pays et en leur sein, et plusieurs des principales causes de décès chez les indigents sont évitables ou traitables.

Nombreux sont les systèmes de santé qui continuent à faillir aux pauvres. Ils sont souvent peu sensibles aux besoins particuliers des indigents et renforcent la vulnérabilité de ces derniers à l'appauvrissement. Les services mis au point pour les indigents se sont souvent révélés de piètre qualité. Dans certains cas, les dépenses publiques au service de la santé — justifiées pour des raisons d'équité — se révèlent bénéficier davantage à des groupes non pauvres plutôt qu'à celui des plus démunis. Qui plus est, rares sont les pays qui ont pris des mesures leur permettant de jauger la réduction des disparités

socioéconomiques dans le secteur de la santé.

Les informations disponibles suggèrent qu'il est possible d'éliminer les disparités dans le domaine de la santé. Même certains des pays les plus pauvres du monde ont réussi à améliorer de manière substantielle la santé de leurs groupes les plus vulnérables. Bien que les programmes de santé publique se soient traditionnellement concentrés sur l'amélioration de la santé de la majorité, il est possible de réorienter les politiques et les programmes de manière à ce qu'ils répondent davantage aux besoins des plus pauvres et des plus vulnérables. Un certain nombre de projets ont réussi à mobiliser les ressources communautaires pour améliorer la santé des plus démunis. Il existe des techniques prouvées qui permettent d'améliorer les bénéfices que peuvent tirer les pauvres de programmes de santé financés par les pouvoirs publics.

Selon les recherches disponibles, une approche politique générale est la meilleure manière de redresser les disparités en matière de santé dans les pays en développement. A long terme, une approche exhaustive en faveur des plus démunis viendra influencer les multiples déterminants socio-économiques de ces disparités, en améliorant l'accès aux services et aux opportunités de nature cruciale et en réduisant la discrimination et l'ostracisme. Le système de santé peut par ailleurs imposer des changements plus immédiats qui se traduisent par une amélioration de la santé et de la qualité de vie des plus démunis.

Références

1. Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial 2000-2001 : à l'assaut de la pauvreté* (New York : Oxford University Press, 2001).
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Les systèmes de santé : comment améliorer les performances* (Genève : OMS 2000), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm, le 3 juin 2003.
3. OMS, Déclaration d'Alma-Ata (Conférence internationale sur les services de santé primaire, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_alaata.pdf, le 10 mars 2003 et Frank P. Grad, « Le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, n° 12, consulté en ligne à l'adresse suivante : [www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80\(12\)981-984.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80(12)981-984.pdf), le 4 mars 2003.
4. OMS, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission sur la santé et les valeurs macroéconomiques (Genève : OMS, 2001).
5. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduction des risques et promotion d'une vie saine* (Genève : OMS, 2002) : 186-7.
6. Global Alliance on Vaccines and Immunizations, « *Global Immunization Challenges* » consulté en ligne à l'adresse suivante : www.vaccinealliance.org/home/General_Information/About_alliance/Governance/globalimmchallenges.php, le 8 juillet 2003.
7. Cesar G. Victora *et al.*, « Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality : More of the Same is Not Enough », *The Lancet* 362, n° 9379 (19 juillet 2003).
8. Banque mondiale, « Perspectives de l'économie mondiale et pays en développement – 2003 », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/prospects/gep2003/chp1.pdf, le 18 juillet 2003.
9. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*.
10. OMS, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission sur la santé et les valeurs macroéconomiques : 55-6.
11. Joe Anderson *et al.*, *Malaria Research : An Audit of International Activity*, Rapport PRISM n° 7 (Londres : The Wellcome Trust, Unit for Policy Research in Science and Medicine, 1996) : 29.
12. Global Forum for Health Research, *10/90 Report on Health Research 2001-2002* (Genève : Global Forum on Health Research, 2002) : xviii.
13. Global Forum for Health Research, *10/90 Report on Health Research 2001-2002* : 13.
14. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*.
15. Peter Lamprey *et al.*, « Face à la pandémie du VIH/sida », *Population Bulletin* 57, n° 3 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2002) : 17.
16. Timothy Evans *et al.*, « Introduction » à *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* (New York : Oxford University Press, 2001) : 10.
17. OMS *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission sur la santé et les valeurs macroéconomiques : 42-54.
18. Evans *et al.*, « Introduction » à *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* (New York : Oxford University Press, 2001) : 10.
19. Shea Rutstein, communication personnelle, décembre 2003.
20. Programme des Enquêtes démographiques et de santé, *Dimensions EDS* 4, n° 2 (automne 2002), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.measuredhs.com/pubs/pdf/NL42/Vol4no2.pdf, le 15 avril 2003.
21. Banque mondiale, « Rapports multi-pays par indicateurs HNP sur les inégalités socioéconomiques : discussion », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/poverty/health/data/discuss2.htm, le 16 avril 2003.
22. Banque mondiale, *Indicateurs sur le développement mondial 2003* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) : 193.
23. Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde : à l'assaut de la pauvreté*.
24. Charo Quesada, « Amartya Sen and the Thousand Faces of Poverty », *BID America*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.iadb.org/idbamerica/English/JUL01E/Jul01e2.html, le 4 mars 2003.
25. Adrea Mach, « Amartya Sen on Development and Health », *To Our Health*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/infwha52/to_our_health/amartya.html, le 4 mars 2003.
26. Programmes des enquêtes démographiques et de santé, *Dimensions EDS*.
27. Sudhir Anand *et al.*, « Measuring Disparities in Health », *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 51.
28. Adam Wagstaff et Naoko Watanabe, *Socio-economic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://econ.worldbank.org/docs/1189.pdf>, le 15 avril 2003.
29. Wagstaff, « Socio-economics Inequalities in Child Mortality : Comparisons Across Nine Developing Countries », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, n° 2 (2000) : 26.
30. Florencia Castro-Leal *et al.*, « Public Spending on Health Care In Africa : Do the Poor

- Benefit ? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, n° 1 (2000) : 66.
31. Castro-Leal *et al.*, « Public Spending on Health Care In Africa : Do the Poor Benefit ? » : 69.
 32. Adam Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, n° 2 : 100.
 33. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 100.
 34. Castro-Leal *et al.*, « Public Spending on Health Care in Africa : Do the Poor Benefit ? » : 71.
 35. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 100.
 36. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 101.
 37. Timothy Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action- Summary*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.rock-found.org/document/435/summary_challenging.pdf, le 5 juin 2003. Description du modèle conceptuel mis au point par Finn Diderichsen, Timothy Evans et Margaret Whitehead.
 38. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action — Summary*.
 39. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action — Summary*.
 40. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*.
 41. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 97.
 42. James Macinko and Barbara Starfield, « Annotated Bibliography on Equity and Health 1980-2001 », *International Journal for Equity in Health*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.equityhealthj.com/contents/1/1/1, le 16 avril 2003.
 43. Macinko et Starfield « Annotated Bibliography on Equity and Health 1980-2001 ».
 44. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 102.
 45. Margaret Whitehead *et al.*, « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action — Summary*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 314.
 46. Davidson Gwatkin « Reducing Health Inequalities in Developing Countries », consulté en ligne à l'adresse suivante : http://poverty.worldbank.org/files/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf, le 5 juin 2003.
 47. OMS, « Santé et pauvreté : Rapport du Directeur général », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB105?ee5.pdf, le 5 juin 2003.
 48. Fabienne Peter et Timothy Evans, « Ethical Dimensions of Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action — Summary*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 26.
 49. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action — Summary*.
 50. Evans *et al.*, « Introduction » : 5-9.
 51. Wagstaff, « Inequalities in Health in Developing Countries : Swimming against the tide? », consulté en ligne à l'adresse suivante : http://econ.worldbank.org/files/12290_wps2795.pdf, le 2 juin 2003 : 10, 16, 21.
 52. Whitehead *et al.*, « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* : 314-15.
 53. Toshihiko Hasegawa, « Japan : Historical and Current Dimensions of Health and Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 91.
 54. Jeanette Vega *et al.*, « Chile : Socioeconomic Differentials and Mortality in a Middle-Income Nation », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 123, 124, 134, 136.
 55. Finn Diderichsen *et al.*, « The Social Basis of Disparities in Health », *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 18.
 56. Mushtaque Chowdhury, communication personnelle, 9 novembre 2003.
 57. Abbas Bhuya *et al.*, « Bangladesh : An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 235, 238.
 58. Bhuya *et al.*, « Bangladesh : An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* : 234, 238.
 59. Abbas Bhuiya et Mushtaque Chowdhury, « Beneficial Effects of a Woman-Focused Development Program on Child Survival : Evidence From Rural Bangladesh », *Social Science & Medicine*, 55, n° 9 (novembre 2002) : 1 553-60.
 60. Barbara Starfield, communication personnelle, 10 octobre 2003.
 61. Diderichsen *et al.*, « The Social Basis of Disparities in Health », *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* : 21, 22.
 62. Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 97-105.
 63. Julian Tudor Hart, « The Inverse Care Law », *The Lancet*, (février 1971), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.sochealth.co.uk/history/inversecare.htm, le 22 mai 2003.
 64. Davidson Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/poverty/health/library/targeting.pdf, le 3 juin 2003.
 65. Marie Tien et Grace Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies*, Washington, DC : Partners for Health Reformplus, mars 2002) : 27, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.phrplus.org/Pubs/Tech009_fin.pdf, le 22 décembre 2003.
 66. Andrew Creese, « User Fees », *British Medical Journal*, 315 (26 juillet 1997) : 202-3 et Lucy Gilson, « The Lessons of User Fee Experiences In Africa », *Health and Policy Planning* 12, n° 4 (1997) : 273-85.
 67. Priya Nanda, « Examining User Fees in Health Care From a Women's Health Perspective », dans *Reproductive Health Matters* 10, n° 20 (2002) : 128-29.
 68. Constantine Malama *et al.*, « User Fees Impact Access to Healthcare for Female Children in Rural Zambia », dans le *Journal of Tropical Pediatrics* 48, n° 6 (décembre 2002) : 371-72.
 69. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies* et Margaret Grosh, « Administering Targeted Social Programs in Latin America : From Platitude to Practice » (Washington, DC : Banque mondiale, 1994).
 70. Steven Russell et Lucy Gilson, « User Fee Policies to promote Health Service Access for the Poor : A Wolf in Sheep's Clothing ? » dans le *International Journal of Health Services* 22, n° 2 (1997) : 359-380.
 71. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies*.
 72. Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor ».
 73. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies*.

74. Dayl Donaldson *et al.*, *Health Financing in Thailand : Technical Report*, (Boston : Management Sciences for Health, mai 1999) : 59.
75. William Hsiao et Yuanli Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 268-69 et Lincoln Chen et Linda Heibert, « From Socialism to Private Markets : Vietnam's Health in Rapid Transition », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUpapers/94_11.pdf, le 11 juin 2003.
76. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies* : 6.
77. Carla Y. Willis, *Mean Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries* (Washington, DC : Abt Associates, novembre 1993).
78. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies* : 19.
79. Tien et Chee, *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies* : 11.
80. Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor ».
81. Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor » et Judy Baker et Margaret Grosh, *Measuring the Effects of Geographic Targeting on Poverty Reduction*, Living Standards Measurement Study, Document de travail n° 99 (Washington, DC : Banque mondiale, 1994) : 111-16.
82. Margaret E. Grosh, « Administering Targeted Social Programs in Latin America : From Platititude to Practice » (Washington, DC : Banque mondiale, 1994) : 17.
83. Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor ».
84. Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor ».
85. Grosh, « Administering Targeted Social Programs in Latin America : From Platititude to Practice » et Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor ».
86. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* : 14.
87. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* : 15-16.
88. Victor Lavy et Jean-Marc Germain, *Quality and Costs in Health Care Choice in Developing Countries*, Living Standards Measurement Study, document de travail n° 105 (Washington, DC : Banque mondiale, 1994) : 21.
89. Castro-Leal *et al.*, « Public Spending on Health Care In Africa : Do the Poor Benefit ? » : 70.
90. Mazharul Islam, « Under-utilization of Healthcare Services in Bangladesh ; An Emerging Issue », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.cpd-bangladesh.org/cunfpa9.html, le 23 juin 2003.
91. Deon Filmer *et al.*, « Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/poverty/health/library/wps1874.pdf, le 3 juin 2003 : 20-4.
92. Bhuya *et al.*, « Bangladesh : An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* : 237.
93. Lavy et Germain, *Quality and Costs in Health Care Choice in Developing Countries* : 18.
94. Organisation pour la coopération économique et le développement (OCDE) et OMS, *DAC Guidelines and Reference Series : Poverty and Health* (Paris, France : OCDE, 2003) : 40.
95. Étude de D.N. Mtemeli (1994), « An Investigation Into Why Women in Muttasa District Prefer to Deliver at Home and Not in Health Institutions », décrit par Filmer *et al.* dans « Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/poverty/health/library/wps1874.pdf, le 3 juin 2003.
96. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Health in the Americas*, Volume I (Washington, DC : OPS, 1998) : 96.
97. Filmer *et al.*, « Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain », et Starfield, communication personnelle, le 10 octobre 2003.
98. Filmer *et al.*, « Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain ».
99. OCDE et OMS, *Poverty and Health*.
100. Gwatkin, « Reducing Health Inequalities in Developing Countries ».
101. Bhuya *et al.*, « Bangladesh : An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival » : 229.
102. Yasmin Chandani *et al.*, *Ghana : Implications of Health Sector Reform for Family Planning Logistics* (Arlington, VA : Family Planning Logistics Management/John Snow International, 2000).
103. William Newbrander *et al.*, « The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services » (Washington, DC : Journal en ligne de l'Institut de la Banque mondiale et Boston : Management Sciences for Health, 2000) : 6, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj_prosalud.pdf, le 22 décembre 2003.
104. Newbrander *et al.*, « The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services ».
105. William Newbrander, communication personnelle, le 11 août 2003.
106. Save the Children, « A Model of Neonatal Care in the Gadchiroli District in India », *State of the World's Newborns*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.savethechildren.org/publications/newborns_report.pdf, le 27 octobre 2003.
107. Cornelius Debpuur *et al.*, « The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences, and Fertility », *Studies in Family Planning* 33, n° 2 (2002) : 141-64.
108. Cornelius Debpuur *et al.*, « The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences, and Fertility ».
109. Philomena Nyarko *et al.*, *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*, document de travail de la Division des recherches stratégiques (New York : Population Council, à paraître).
110. Frank K. Nyonator *et al.*, *The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiatives : Fostering Evidence-based Organizational Change and Development in a Resource-constrained Setting*, document de travail n° 180 de la Division des recherches stratégiques (New York : Population Council, 2003).
111. Abu Sayeed, directeur de programme au PIL en Inde, communication personnelle, le 2 décembre 2003.
112. Sallie Craig Huber *et al.*, *Final Report, May 1999-April 2003*, Programmes d'initiatives locales (PIL) en Inde (Boston : Management Sciences for Health, 2003).
113. Janani, *Janani Progress Report*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.janani.org/progressreport.htm, le 12 novembre 2003.

114. Gopi Gopalakrishnan, « Social Franchising for Reproductive Health : A Model for Extensive Reach and Sustainability », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.dktinternational.org/article9print.htm, le 12 novembre 2003.
115. Gopi Gopalakrishnan, directeur du programme Janani, communication personnelle, le 21 novembre 2003.
116. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action* : 268-72.
117. Banque mondiale, *Raising the Sights : Better Health Systems for India's Poor* (Washington, DC : Banque mondiale, 2001) : 3.
118. Banque mondiale, *Dying for A Change* (Washington, DC : Banque mondiale, 2002) : 23.
119. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 265.
120. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : 35.
121. OCDE et OMS, *Pauvreté et santé* : 46.
122. Whitehead *et al.*, « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective » : 318-19.
123. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : 35.
124. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : 35.
125. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 268-29.
126. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 268-29.
127. Pham Manh Hung *et al.*, « Vietnam : Efficient, Equity-Oriented Financial Strategies for Health », dans *Challenging Inequities in Health : from Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (New York : Oxford University Press, 2001) : 304.
128. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 268-29.
129. Gwatkin, « Reducing Health Inequalities in Developing Countries » : 32.
130. OCDE et OMS, *Pauvreté et santé* : 48.
131. Gwatkin, « Free Government Health Services : Are They The Best Way to Reach the Poor? », consulté en ligne à l'adresse suivante : http://poverty.worldbank.org/files/13999_gwatkin0303.pdf, le 5 juin 2003.
132. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 272.
133. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 262-63.
134. Hsiao et Liu, « Health Care Financing : Assessing Its Relationship to Health Equity » : 273.
135. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : 98, 101, 103.
136. Whitehead *et al.*, « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective » : 310.
137. Wagstaff, « Inequalities in Health in Developing Countries : Swimming against the tide ? ».
138. Whitehead *et al.*, « Developing the Policy Response to Inequities in Health : A Global Perspective » : 310.
139. Macinko et Starfield, « Annotated Bibliography on Equity and Health 1980-2001 ».
140. Wagstaff et Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*.
141. Banque mondiale, *Dying for A Change*, (Washington, DC : Banque mondiale, 2002) : 22.
142. Davidson Gwatkin, *Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health : An Inquiry into the Possibility of Progress that Fails to Reach the Poor* (Washington, DC : Banque mondiale, 2002) : 10-12, 18.
143. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : 5.
144. OMS, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission sur les données macroéconomiques et la santé : 23-24.

Ressources suggérées

Evans, Timothy et al., eds. *Challenging Inequities in Health : From Ethics to Action*. New York : Oxford University Press, 2001.

Gwatkin, Davidson et al. « Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population », Volumes I et II. Washington, DC : Banque mondiale, novembre 2003.

Gwatkin, Davidson R. « Reducing Health Inequalities in Developing Countries ». Consulté en ligne à l'adresse suivante : http://poverty.worldbank.org/files/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf, le 5 juin 2003.

Macinko, James et Barbara Starfield. « Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001 », *International Journal for Equity in Health*. Consulté en ligne à l'adresse suivante : www.equityhealthj.com/content/1/1/1, le 16 avril 2003.

Organisation pour la coopération économique et le développement et Organisation mondiale de la Santé. *Poverty and Health, DAC Guidelines and Reference Series, Health*. Paris : OCDE, 2003.

Tien, Marie et Grace Chee. *Literature Review and Findings : Implementation of Waiver Policies*. Washington, DC : Partners for Health Reformplus (Abt Associates, Inc.), mars 2002.

Wagstaff, Adam. « Poverty and Health Sector Inequalities ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, n° 2 (2002).

Wagstaff, Adam. *Inequalities In Health in Developing Countries : Swimming Against the Tide ?* Consulté en ligne à l'adresse suivante : http://econ.worldbank.org/files/12290_wps2795.pdf, le 2 juin 2003.

Banque mondiale. *World Development Report 2004 : Making Services Work for Poor People*. Washington, DC : Banque mondiale, 2003.

Organisation mondiale de la Santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé – thème spécial : Inégalités dans le secteur de la santé* 78, n° 1 (2000).

■ Sites Internet recommandés

BRAC

www.brac.net/

Global Equity Gauge Alliance

www.gega.rg.za/

Health Equity Program, Rockefeller Foundation

www.rockfound.org/display.asp?Context=3&SectionType ID-18&Preview=O&ARCurrent=1

International Journal for Equity in Health

www.equityhealthj.com/home/

Janani

www.janani.org/

Local Initiatives Program – Inde

Management Sciences for Health

www.msh.org/programs/india_lip.html

Pan American Health Organization, Health and Public Policy Program

<http://165.158.1.110/english/hdp/hdd.htm>

Regional Network for Equity in Health in Southern Africa

www.equinet africa.org/

Banque mondiale

Pauvreté, santé, nutrition et population (PovertyNet)

www.worldbank.org/poverty/health/index.htm

PRB POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 États-Unis
(202) 483-1100 ; (202) 328-3937 (télécopieur)
popref@prb.org
www.prb.org