

COMMENT AMÉLIORER LA SANTÉ DES PLUS DÉMUNIS DE NOTRE MONDE

Dans les pays en développement, des millions de personnes souffrent de maladies évitables, notamment les maladies infectieuses, la malnutrition et les complications liées à l'accouchement, pour la simple raison qu'elles sont pauvres. Certaines des différences considérables entre l'état de santé des personnes pauvres et des plus aisées sont souvent injustes et pourraient être évitées, reflétant les différences entre contraintes et opportunités socio-économiques plutôt que les choix individuels.¹ Bien que les gouvernements aient fait des progrès dans le domaine de la santé publique au cours des dernières décennies, plusieurs initiatives visant à améliorer l'état de santé des plus démunis se sont soldées par un échec.²

Au cours des dernières années, de nouvelles recherches ont éclairé les inégalités en matière de santé dans les pays en développement. Ces études révèlent la situation des plus démunis, et prouvent combien, pour l'essentiel, les inégalités en matière de santé demeurent persistantes et omniprésentes. D'autres études ont évalué toute une série d'approches à la réduction des inégalités dans le domaine de la santé, notamment les réformes du financement et de l'organisation des soins médicaux, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux services, et le renforcement du développement communautaire.

Ce dossier, qui est basé sur une étude plus approfondie réalisée par le Population Reference Bureau, met en exergue l'ampleur du fossé qui sépare les pauvres des

nantis, les facteurs intervenant au niveau des disparités dans le secteur de la santé, et les approches permettant d'améliorer la santé des plus démunis.

La santé pour tous : un objectif insaisissable

Les gouvernements et les organisations internationales ont de longue date reconnu qu'il fallait renforcer le niveau de santé des pauvres. Pendant les années 1970, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé un effort mondial pour parvenir à la « Santé pour tous » d'ici l'an 2000. Cependant, plus de 25 ans plus tard, cet objectif demeure insaisissable. Pour plus d'un milliard de personnes de notre monde qui vivent avec moins d'un dollar US par jour, les services de santé et les médicaments modernes restent hors de portée.

Des disparités considérables demeurent dans le domaine de santé, que ce soit au sein des pays ou d'un pays à l'autre. Les disparités au sein des pays peuvent être en partie attribuées aux différences entre les schémas de dépenses pour la santé et la recherche médicale, la capacité locale et l'accès à la technologie et à l'information. Dans les pays les moins avancés, les dépenses de santé sont de l'ordre de 11 dollars US par personne et par an — soit nettement moins que le seuil recommandé par l'OMS qui est de 30 à 40 dollars US par personne pour assurer les services de santé de base — contre plus de 1 900 dollars US par personne et par an dans les pays à revenu élevé.³ Par conséquent, les personnes qui vivent dans les pays pauvres ont moins d'accès aux technologies médicales et aux soins de qualité que celles qui vivent dans les pays à revenu plus élevé.

L'écart entre riches et pauvres au sein des pays

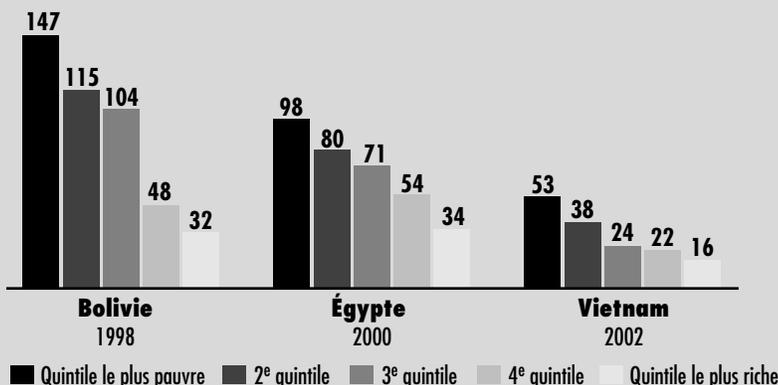
Au sein des pays, les inégalités dans le domaine de la santé sont omniprésentes. Même dans les pays plus avancés, tels que les États-Unis ou les pays européens, les pauvres meurent plus tôt que les mieux nantis. Cependant, les problèmes de santé responsables de la majeure partie de ce fossé mondial dans le domaine de la santé — y compris les maladies parasitaires et infectieuses, les carences alimentaires et les complications liées à l'accouchement — se concentrent essentiellement dans les groupes les plus pauvres des pays les plus démunis.⁴ Les maladies dont souffrent les groupes les plus pauvres mobilisent peu d'engagements financiers en recherche et développement à l'échelle mondiale.

L'une des études les plus exhaustives réalisées à ce jour sur les inégalités en matière de santé dans les pays moins avancés se fonde sur les données tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées à bien dans 56 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique lati-

Figure 1

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

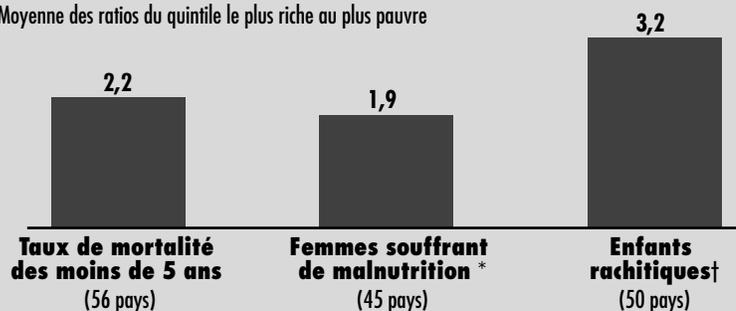


SOURCE : D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences In Health, Nutrition, and Population*, Volumes I et II (novembre 2003).

Figure 2

Inégalités en matière de santé dans les pays moins développés, 1990-2002

Moyenne des ratios du quintile le plus riche au plus pauvre



NOTE : Les moyennes sont établies sans pondération pour la taille de la population.

* Indice de masse corporelle (acronyme anglais -BMI) <18,5, défini comme étant le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres.

† Taille peu élevée pour l'âge par rapport à une population de référence internationale 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).

ne. Ces enquêtes couvrent toute une série de questions démographiques et relatives à la santé, et elles mesurent la situation socio-économique en examinant les biens et les services dont disposent les ménages, notamment s'ils possèdent un réfrigérateur, un poste de télévision, un véhicule à moteur, et la construction du logement, sa plomberie et son alimentation en électricité. Les chercheurs ont mis sur pied un indice de richesse des ménages à partir de ces données et divisé la population de chaque pays en cinq groupes de dimension égale ou quintiles, suivant la position relative de chaque personne sur l'indice de richesse des ménages de son pays.

L'analyse des EDS révèle que les résultats des quintiles les plus pauvres sont nettement moins favorables que ceux des quintiles les plus riches pour toute une série de résultats de santé, notamment la mortalité infantile et juvénile et la situation nutritionnelle. La Figure 1 (page 1) présente les taux de mortalité infantile et juvénile par quintile de richesse en Bolivie, en Égypte et au Vietnam et confirme cette observation. Parmi tous les pays inclus dans l'étude concernée, un enfant du quintile le plus pauvre est en moyenne deux fois plus susceptible de mourir avant son cinquième anniversaire qu'un enfant du quintile le plus riche (voir la Figure 2). Cette disparité se confirme dans le domaine de la nutrition maternelle : les femmes du quintile le plus pauvre étant environ deux fois plus susceptibles de souffrir de malnutrition que celles du quintile le plus riche, et les enfants des femmes souffrant de malnutrition souffrant plus souvent de rachitisme plus prononcé.

Bien que l'analyse des EDS n'ait pas comme objectif l'établissement d'un lien de causalité entre la richesse et la santé, d'autres études ont découvert une corrélation statistiquement significative (associations non attribuables au hasard) entre la situation économique et la santé juvénile. Une étude sur la nutrition des enfants dans 20 pays en développement a révélé que 18 pays

présentaient des inégalités statistiquement significatives en termes de rachitisme et d'insuffisance pondérale, qui sont deux des mesures utilisées à l'échelle internationale pour mesurer la malnutrition.⁵

Inégalités en matière d'utilisation des services de santé

L'étude des EDS révèle que les plus démunis sont aussi moins susceptibles que les plus riches d'avoir recours aux services de santé de base, tels que la vaccination, les soins maternels et la planification familiale. En moyenne, les enfants des quintiles les plus riches sont deux fois plus susceptibles d'avoir été complètement vaccinés que les enfants des quintiles les plus pauvres.

Le recours aux services médicaux à l'accouchement varie de manière considérable. En moyenne, les femmes du quintile le plus riche sont près de cinq fois plus susceptibles d'accoucher en présence d'un professionnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) que les femmes du quintile le plus pauvre. L'assistance professionnelle à l'accouchement est d'importance capitale pour la santé maternelle car les complications les plus graves liées à l'accouchement ne peuvent être prédites à l'avance.

L'écart entre riches et pauvres est également prononcé en ce qui a trait à l'usage des méthodes modernes de contraception. En moyenne, les femmes mariées du quintile le plus riche sont plus susceptibles (plus de quatre fois) que celles du quintile le plus pauvre d'utiliser une méthode de contraception. Ceci reflète peut-être les disparités en termes d'accès aux services de planification familiale ainsi que les différents niveaux de demande pour la contraception. Par exemple, les femmes pauvres, qui sont souvent moins éduquées, veulent généralement des familles plus nombreuses que les femmes mieux éduquées des groupes plus aisés.

Raisons des disparités entre les groupes plus aisés et les groupes plus démunis

En général, les plus démunis se trouvent en situation désavantagée au niveau de tous les déterminants de la santé. Ils sont plus vulnérables aux problèmes de santé et à la maladie en raison de leur manque de ressources financières, de leur connaissance limitée des questions de santé et de leur recours peu fréquent aux services médicaux. Les plus aisés ont tendance à faire appel plus fréquemment aux services de santé ; ils font davantage appel aux professionnels de la santé plutôt qu'aux guérisseurs traditionnels et ils ont des familles moins nombreuses et mieux nourries. L'éducation — et tout particulièrement celle des femmes — est l'un des principaux déterminants des comportements et pratiques des ménages en ce qui a trait à la santé.

Les facteurs communautaires, notamment l'environnement et la géographie, pénalisent aussi les pauvres dans le domaine de la santé. Les gens qui vivent dans des zones rurales, isolées et mal desservies ont un accès beaucoup plus limité à l'eau propre, à des logements salubres et à des services de transport efficaces. Au sein des com-

munautés plus pauvres, les normes sociales — y compris le mariage précoce, les familles nombreuses et la discrimination contre les femmes — renforcent souvent les comportements associés à un mauvais état de santé.⁶

Par ailleurs, les pauvres sont moins bien servis par les services de santé que les groupes plus aisés. Les pauvres sont plus à même de se trouver dans des situations où les services de santé ne sont pas disponibles, sont inaccessibles ou sont de qualité médiocre. Bien souvent, les gouvernements affectent la part du lion de leur budget de santé aux hôpitaux des zones urbaines, ce qui laisse les résidents des régions rurales sans installations médicales adéquates.

Nombreux sont les gouvernements qui ont encouragé la prestation de services de santé gratuits ou subventionnés dans le but d'améliorer l'état de santé des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, dans le cadre d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté.⁷ Cependant, dans certains pays, les plus démunis ne bénéficient pas autant que les groupes plus riches des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Une étude portant sur sept pays africains a révélé que dans tous les pays, le quintile le plus pauvre de la population recevait moins d'un cinquième des dépenses publiques pour les traitements curatifs.⁸ Dans le cas des services de santé primaires, tels que ceux fournis dans les cliniques et les dispensaires les plus élémentaires, les groupes les plus pauvres bénéficiaient de moins de services que les groupes plus aisés dans cinq des sept pays étudiés.

Approches axées sur les pauvres

Les chercheurs reconnaissent généralement que des réponses efficaces aux disparités dans le domaine de la santé existent dans de nombreux secteurs, notamment la santé, l'éducation, les finances, l'environnement, l'agriculture, les transports, l'emploi et bien d'autres. Une série d'interventions judicieusement préparées peut donc permettre de réduire les inégalités dans le domaine de la santé et des services médicaux.

Mise en application de politiques en faveur de la croissance et des plus démunis

Bien souvent, l'augmentation des niveaux de revenu s'accompagne d'une augmentation des inégalités, dans la mesure où les plus riches tirent davantage profit des changements technologiques que les pauvres. Pour compenser, les stratégies en faveur de la croissance économique doivent s'accompagner de politiques sociales dans des domaines tels que l'éducation, l'emploi et les soins de santé primaires, et de mesures spéciales visant à garantir que les avantages des programmes arrivent jusqu'aux plus démunis.⁹

Investissement dans l'éducation

L'éducation (tout particulièrement l'éducation primaire universelle) contribue à la réduction des inégalités dans le domaine de la santé dans la mesure où elle permet aux individus de se procurer des emplois plus sûrs et de

meilleure qualité, de mieux s'informer en matière de santé, de prendre des mesures de santé préventives, d'éviter les comportements à risque et d'exiger des services de santé de meilleure qualité.

Comment orienter davantage de services de santé vers les plus démunis.

Dans la mesure où les pauvres font généralement moins souvent appel aux services de santé que les groupes plus aisés, les programmes publics de santé peuvent opter pour des stratégies de « ciblage » pour transmettre plus de bénéfices médicaux aux plus pauvres. Ces stratégies peuvent, par exemple, déterminer quels sont les groupes dits « pauvres » qui peuvent donc bénéficier de certains services ; elles peuvent axer les programmes sur certaines régions particulières où vivent les plus pauvres ou encore traiter de certains problèmes de santé spécifiques affectant généralement les plus démunis. Les programmes qui font appel à des approches multiples sont souvent les plus efficaces.¹⁰ Là où les gouvernements facturent des redevances d'utilisation pour l'accès aux services de santé publique, l'existence de dérogations ou le recours à un tarif dégressif est d'importance capitale au succès de la transmission des avantages aux plus démunis.

Promotion des services de santé primaires et essentiels

L'approche fondée sur les « services essentiels » implique la prestation d'une série de services fondamentaux de santé rentables pour tout le monde. Bien que le financement soit assuré par le gouvernement, rien n'empêche les prestataires de services du secteur privé d'en assurer la fourniture.¹¹

Renforcement de la disponibilité et de la qualité des services de santé

Une approche fréquemment utilisée pour améliorer les systèmes de santé consiste à consacrer davantage de ressources aux installations et aux services de niveau primaire pour les intensifier et les renforcer, afin que davantage de personnes des zones négligées puissent en bénéficier.

Développement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé

Dans la mesure où de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) travaillent déjà en étroite collaboration avec les plus démunis, les gouvernements décideront parfois de fournir un appui à la prestation de ces services par les ONG plutôt que d'en assurer eux-mêmes la prestation aux segments les plus pauvres et les plus vulnérables de la société.

Mobilisation des ressources communautaires

Des projets récemment réalisés en Inde et au Ghana ont mobilisé de manière novatrice les ressources communautaires au service de l'amélioration de l'état de santé des plus démunis. Parmi ces approches figuraient entre autres la formation intensive d'agents de santé basés dans les communautés, la participation des diri-

Pour de plus amples renseignements

Le Bulletin de santé « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde » est disponible en ligne au www.prb.org/francais. Pour recevoir un exemplaire imprimé, veuillez contacter : International Programs Population Reference Bureau 1875 Connecticut Ave. Suite 520 Washington, DC 20009 États-Unis Tél. : 202 483-1100 Télécopieur : 202 328-3937 Courriel : prborders@prb.org Internet : www.prb.org

geants traditionnels et la prestation des services au niveau local. Certains projets ont obtenu des résultats spectaculaires grâce à une réorganisation des ressources de santé disponibles pour mieux répondre aux besoins des clients les plus démunis.¹²

Mise sur pied d'approches pour le financement du secteur de la santé

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 déterminées en fonction des capacités de paiement de chaque personne et non de ses risques de santé ou de son recours aux services.¹³

Les programmes de santé au niveau communautaire, dans le cadre desquels les participants regroupent leurs ressources pour se couvrir mutuellement si l'un d'eux tombe malade, constituent une option concrète pour les pauvres des régions rurales. Ces plans ont été mis en place avec succès chez les résidents ruraux de pays tels que l'Inde, l'Indonésie et la Chine.

Mesures des progrès

Une quantité croissante de données est disponible en matière de santé des pauvres de notre monde. Cependant, nombre de gouvernements et d'accords internationaux présentent leurs objectifs en matière de santé sous forme de moyennes nationales et ne fixent pas d'objectifs de réduction des disparités entre les différents groupes socio-économiques spécifiques. Le développement d'objectifs axés sur la pauvreté est pourtant essentiel pour mesurer les progrès accomplis en matière d'amélioration de la santé des pauvres.¹⁴

La fixation d'objectifs exige, dans certains cas, la prise de décisions difficiles. L'amélioration de la santé des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, par exemple, peut provoquer une augmentation de coûts ou une diminution du degré d'efficacité.¹⁵ Rares sont les pays qui obtiennent de bons résultats tant en termes de moyennes de population que de niveaux d'inégalité dans le domaine de la santé.

Conclusion

Les preuves disponibles suggèrent fortement que les disparités dans le domaine de la santé peuvent être résolues. Même dans certains des pays les plus pauvres, des programmes bien conçus ont permis aux groupes les plus vulnérables de bénéficier de services de santé. Bien que la santé publique se soit traditionnellement concentrée sur l'amélioration de la santé de la majorité, les politiques et programmes peuvent être réorientés de manière à mieux répondre aux besoins des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables.

Les études disponibles révèlent qu'une approche exhaustive examinant les causes sociales et économiques des disparités en matière de santé offre sans doute le plus de chance de clore l'écart entre les riches et les pauvres dans les pays moins avancés. La santé des plus pauvres doit être améliorée le plus vite possible car le fossé entre les riches et les pauvres en matière d'accès à l'information, à la technologie et à des soins médicaux de grande qualité menace d'abandonner encore davantage les plus démunis de notre monde.

Références

- 1 Adam Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, no 2 (2002) : 97.
- 2 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé mondiale 2000 — comment améliorer la performance des systèmes de santé* (Genève : OMS, 2000), consulté en ligne à www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm, le 3 juin 2003.
- 3 OMS, « Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development », *Rapport de la Commission sur les valeurs macroéconomiques et la santé* (Genève : OMS, 2001).
- 4 OMS, « Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development » : 42-54.
- 5 Adam Wagstaff et Naoko Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*, consulté en ligne à <http://econ.worldbank.org/docs/1189.pdf>, le 15 avril 2003.
- 6 Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities » : 100.
- 7 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, no 1 (2000) : 66.
- 8 Castro-Leal et al., « Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit? » : 69.
- 9 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) : 314-15.
- 10 Davidson Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor », consulté en ligne à www.worldbank.org/poverty/health/library/targeting.pdf, le 3 juin 2003.
- 11 OMS, *Rapport sur la santé mondiale 2000* : 14-16.
- 12 Save the Children, « A Model of Neonatal Care in the Gadchiroli District of India », consulté en ligne à www.savethechildren.org/publications/newborns, le 27 octobre 2003 ; et Cornelius Debpuur et al., « The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences and Fertility », *Studies in Family Planning* 33, no 2 (2002) : 141-64.
- 13 OMS, *Rapport sur la santé mondiale 2000* : 35.
- 14 Whitehead et al., « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective » : 310.
- 15 Whitehead et al., « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective » : 310.

Remerciements

Ce résumé a été préparé par Lori Ashford sur la base d'un rapport plus long rédigé par Dara Carr, « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde ». Nous remercions les réviseurs suivants : Barbara Crane, Yvette Collymore, Davidson Gwatkin, Shea Rutstein et Nancy Yinger. La préparation de ce rapport a été rendue possible par un don de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Traduction : Pascale Ledeur Kraus

Édition : Eriksen Translations Inc. et Pascale De Souza

© Juillet 2004, Population Reference Bureau

PRB 75^e ANNIVERSAIRE » 1929-2004

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 États-Unis

Tél. : 202-483-1100 ■ Télécopieur : 202-328-3937 ■ Courriel : popref@prb.org ■ Internet : www.prb.org