



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CINQUANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Point 4 de l'ordre du jour

A52/DIV/9
18 mai 1999

Santé et développement

Allocution d'orientation prononcée par le Professeur Amartya Sen,
Master of Trinity College, Cambridge,
Prix Nobel d'Economie
à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

Genève, mardi 18 mai 1999

Je suis très honoré & et naturellement très heureux & d'avoir l'occasion de prendre la parole devant une aussi éminente Assemblée. Ce privilège est triple : d'abord parce qu'il s'agit d'une **manifestation** majeure (l'Assemblée mondiale de la Santé rassemble des personnes dont les décisions peuvent se répercuter sur la santé et la longévité de milliards d'habitants du globe), ensuite parce que l'**ordre du jour** nous interpelle particulièrement (nous venons d'entendre les priorités présentées par le Directeur général pour "une année de changement"), et enfin parce qu'il est si agréable d'être ici parmi vous à l'invitation du Dr Gro Harlem Brundtland, pour qui j'ai la plus grande admiration.

On m'a demandé de parler sur le thème "santé et développement". Je dois donc traiter de la question & difficile s'il en est & des liens entre la santé et le développement.¹ Sur un certain plan, la réponse à cette question est simple : il est bien évident que l'amélioration de la santé des gens doit être considérée plus ou moins universellement comme l'un des principaux objectifs du processus de développement. Mais le simple fait de reconnaître cette évidence ne nous mène pas très loin. Bien d'autres questions doivent être posées. Quelle est l'importance de la santé dans les objectifs du développement ? Le processus général de croissance économique, qui suppose une élévation du revenu national réel par habitant, offre-t-il les meilleures conditions pour promouvoir la santé ou faut-il dissocier l'objectif de promotion de la santé du processus de croissance économique considéré isolément ? Tous les éléments positifs sont-ils implicites dans le processus de développement ou y a-t-il des choix à faire et des priorités à définir ? Comment notre souci d'équité se traduit-il dans le domaine de la santé et des soins de santé ? Ce sont des questions que j'aborderai également.

Toutefois, pour introduire ce qui est peut-être la question la plus fondamentale, laissez-moi vous rapporter une très ancienne conversation entre mari et femme concernant leurs moyens de subsistance. Bien entendu, il n'est pas inhabituel pour des couples d'évoquer la possibilité de gagner davantage d'argent, mais

¹ Pour répondre à cette question et aux questions connexes, je me réfère à mon livre, *Development as Freedom*, qui sera publié par Alfred Knopf, en septembre 1999. Pour le présent exposé, je me suis également beaucoup inspiré de l'allocution d'orientation (intitulée "Progrès économiques et santé") que j'ai prononcée lors du 9th Annual Public Health Forum à la London

une conversation sur ce sujet qui remonte au VIII^e siècle avant J.-C. présente un intérêt particulier. Comme le raconte le texte sanskrit de *Brihadaranyaka Upanishad*, Maitreyee et son mari Yajnavalkya parlent précisément de ce sujet. Mais ils passent rapidement à une question plus vaste que le simple moyen de gagner davantage d'argent : **comment cette richesse les aidera-t-elle à obtenir ce qu'ils veulent ?**¹ Maitreyee se demande s'il serait possible, au cas où toute la terre et l'ensemble de ses richesses n'appartiendraient qu'à elle, qu'elle parvienne ainsi à l'immortalité. "Non", répond Yajnavalkya, "ta vie sera alors semblable à la vie des gens riches, mais la richesse ne permet en aucun cas d'atteindre l'immortalité". Maitreyee fait alors observer "qu'ai-je à faire de ce qui ne me permet pas d'accéder à l'immortalité ?".

Cette question existentielle posée par Maitreyee a été citée à maintes reprises dans la philosophie religieuse indienne pour illustrer à la fois la condition humaine et les limites du monde matériel. Je suis bien trop sceptique vis-à-vis de l'au-delà pour me laisser entraîner dans cette direction par la frustration de Maitreyee, mais il y a un autre aspect de cet échange qui présente un intérêt plus immédiat pour comprendre l'économie et la nature du développement. Cela concerne le lien qui existe entre revenu et réalisations, entre les biens et les moyens et entre notre richesse économique et notre capacité à vivre comme nous le souhaiterions. S'il existe un rapport entre la richesse d'une part, et notre santé, notre longévité et d'autres accomplissements de l'autre, ce lien peut être ou ne pas être très solide et risque fort de dépendre dans une grande mesure d'autres éléments. La question n'est pas tant celle de l'immortalité sur laquelle Maitreyee & paix à son âme & est tout entière concentrée que la capacité de vivre vraiment longtemps (sans avoir été fauché dans sa jeunesse) et d'avoir une vie agréable (plutôt qu'une vie de misère et d'oppression) & choses que presque tous nous considérons comme précieuses et souhaitables. Le fossé qui sépare ces deux perspectives (c'est-à-dire entre le fait de se concentrer exclusivement sur la richesse économique et une vision plus large de la vie que nous pouvons mener) est un élément majeur de l'élaboration d'une théorie du développement. Comme Aristote le constate au tout début de *L'éthique à Nicomaque* (faisant écho à la conversation entre Maitreyee et Yajnavalkya à 3000 miles de là) : "la richesse n'est bien évidemment pas le bien auquel nous aspirons car elle ne nous est utile que pour obtenir autre chose".²

Ce qui fait l'utilité de la richesse, c'est ce qu'elle nous permet de faire, c'est la liberté qu'elle nous donne, notamment celle de vivre longtemps et bien. Mais cette relation n'est ni exclusive (puisque notre vie est influencée par d'autres facteurs importants que la richesse) ni uniforme (puisque la manière dont la richesse influence notre vie varie en fonction d'autres paramètres). Il est tout aussi important de reconnaître le rôle crucial que joue la richesse dans les conditions de vie et la qualité de la vie que d'apprécier le caractère variable et aléatoire de cette relation. On ne conçoit bien le développement que si l'on se place très au-delà de l'accumulation de richesses et de la croissance du produit national brut ou d'autres variables liées au revenu. Sans pour autant nier l'importance de la croissance économique, nous devons porter notre regard bien plus loin.

Il faut étudier de près les tenants et les aboutissants du développement pour mieux le comprendre; il ne suffit pas de se fixer pour objectif essentiel l'augmentation maximale du revenu ou de la richesse qui, comme l'a dit Aristote, n'est utile que pour obtenir autre chose. Pour la même raison, la croissance économique ne saurait être considérée comme une fin en soi. Le développement (comme j'ai essayé de le démontrer dans mon livre à paraître, *Development as Freedom*) doit consister avant tout à améliorer la vie que nous menons et à renforcer les libertés dont nous jouissons. Or, l'une des plus grandes libertés est celle de ne pas souffrir d'un mauvais état de santé que l'on peut prévenir et d'échapper à une mort évitable. Il est tout aussi important de saisir le caractère variable et aléatoire de la relation entre prospérité économique et

¹ *Brihadaranyaka Upanishad*, II, iv, 2-3.

² Aristote, *L'éthique à Nicomaque*. Livre I, chapitre 5.

bon état de santé que de reconnaître l'importance capitale de cette relation (aussi variable et aléatoire soit-elle).

DENUEMENT RELATIF ET ABSOLU DES AFRO-AMERICAINS

Permettez-moi d'illustrer ce caractère aléatoire par quelques exemples. Il est tout à fait remarquable que le dénuement dans lequel vivent certains groupes dans des pays très riches est comparable à celui que l'on observe dans ce qu'il est convenu d'appeler le "tiers monde". Par exemple, aux Etats-Unis, les Afro-américains en tant que groupe n'ont pas plus de chances & ils en ont même moins & d'atteindre un âge avancé que les personnes nées dans des régions cent fois plus pauvres comme la Chine ou l'Etat indien du Kerala (ou encore à Sri Lanka, en Jamaïque ou au Costa Rica). Etant donné que je ne puis vous montrer de transparents dans cette salle, je vous laisse le soin d'imaginer vous-mêmes la situation. J'ai présenté des graphiques à ce sujet dans mon article "Economics of Life and Death" paru dans la revue *Scientific American* en 1993, qui montre que le taux de survie chez les Afro-américains est inférieur à celui enregistré chez certains des peuples les plus pauvres du monde.¹

Même si le revenu par habitant des Afro-américains aux Etats-Unis est bien inférieur à celui des Blancs, il est évidemment maintes fois plus élevé que celui des habitants de la Chine ou du Kerala (même après ajustement en fonction de la différence du coût de la vie). A cet égard, il est particulièrement intéressant de comparer les chances de survie des Afro-américains et celles des Chinois ou des Indiens du Kerala, beaucoup plus pauvres. Les chances de survie dans les toutes premières tranches d'âge (notamment en termes de mortalité infantile) sont généralement meilleures pour les Afro-américains que pour les Chinois ou les Indiens, mais la situation change avec l'âge.

Il se trouve que les Chinois et les Indiens du Kerala vivent nettement plus longtemps que les hommes noirs américains. De même, les chances de survie dans les dernières tranches d'âge sont les mêmes pour les Afro-américaines que pour les Chinoises, pourtant bien plus pauvres, et nettement inférieures à celles des Indiennes les plus pauvres du Kerala. Les Noirs américains ne vivent pas seulement dans un **dénuement relatif** en termes de revenu par habitant par rapport aux Blancs américains; leur dénuement est aussi plus grand en termes **absolus** que celui des Indiens à faible revenu du Kerala (tant les femmes que les hommes) et des Chinois (pour ce qui concerne les hommes) si l'on considère leurs chances d'atteindre un âge avancé. Ces contrastes (entre les conditions de vie d'après le revenu par habitant et les conditions de vie d'après les chances d'atteindre un âge avancé) sont dus entre autres au contexte social et à des éléments de la vie communautaire tels que la couverture médicale, les soins de santé publique, l'enseignement élémentaire, l'ordre public, la violence, etc.²

Le contraste dont je viens de parler porte sur la population afro-américaine dans son ensemble, laquelle constitue un groupe très important. Si nous étudions plutôt les Afro-américains qui vivent dans des groupes particulièrement défavorisés de la communauté, le contraste est encore bien plus net. Les travaux récents de Christopher Murray et de ses collègues montrent l'importance des écarts qui existent entre les taux de survie des Américains vivant dans différents comtés.³ Si l'on prend, par exemple, la population afro-américaine

¹ Cette comparaison et plusieurs autres sont présentées dans mon article "The Economics of Life and Death", *Scientific American*, 266 (1993), et dans "Demography and Welfare Economics", *Empirica*, 22 (1995).

² Voir à ce sujet mon article "Economics of Life and Death", *Scientific American*, avril 1993, ainsi que les articles médicaux cités ici.

³ C. J. L. Murray, C. M. Michaud, M. T. McKenna et J. S. Marks, *U.S. Pattern of Mortality by Country and Race: 1965-1994* (Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 1998).

masculine du district de Columbia, de St. Louis, de New York ou de San Francisco, on s'aperçoit qu'elle se laisse distancer par la population chinoise ou du Kerala très tôt dans la vie. Et ce malgré le fait qu'en termes de revenu par habitant, sur lequel sont axées les études ordinaires relatives à la croissance et au développement, les Afro-américains sont bien plus riches que la population pauvre avec laquelle ils sont comparés en termes de survie.

Ces exemples sont certes frappants, mais il serait également juste de noter qu'en général, la longévité tend à augmenter avec le revenu par habitant. Cela est le cas, y compris dans certains comtés étudiés par Chris Murray et d'autres. N'y a-t-il pas là une contradiction ?

En fait il n'y en a pas. Toutes choses égales par ailleurs, il est vrai qu'un revenu plus élevé rend un individu ou une communauté mieux à même d'échapper à la mort prématurée et à la morbidité évitable. Mais les autres facteurs ne sont en général pas les mêmes. Aussi le revenu a-t-il une influence positive, et pourtant & à cause de la diversité des autres facteurs (y compris les établissements de santé, les soins de santé publique, l'accès à l'éducation, etc.) & il existe un grand nombre de cas dans lesquels des gens bien plus riches vivent beaucoup moins longtemps que des gens plus pauvres et sont dépassés par ceux-ci pour ce qui est des chances de survie. Il serait tout aussi stupide de prétendre qu'un revenu plus élevé **ne** contribue **pas** à améliorer la santé et à multiplier les chances de survie que de dire qu'il constitue le **seul** facteur favorisant. D'autre part, une meilleure santé et de meilleures chances de survie permettent bien, dans une certaine mesure, d'améliorer son revenu (toutes choses égales par ailleurs, mais là encore, ces autres facteurs ne sont pas toujours comparables).

DEVELOPPEMENT SANITAIRE INDUIT PAR LA CROISSANCE

Peut-être cela vaut-il la peine d'étudier d'un peu plus près la relation entre la santé et la survie, d'une part, et les niveaux de revenu par habitant, d'autre part, car la littérature pertinente contient parfois des conclusions qui prêtent à confusion. On fait souvent remarquer que, si les taux de longévité et de revenu par habitant ne concordent pas systématiquement, néanmoins, si l'on fait une moyenne, un grand nombre d'indicateurs tirés des comparaisons inter pays montrent qu'**en général** revenus et espérance de vie vont de pair. A partir de cette généralisation, certains commentateurs sont peut-être allés un peu vite en besogne en déclarant que le progrès économique était déterminant dans l'amélioration de la santé et l'accroissement de la longévité. Il a même été dit que l'on avait tort de s'inquiéter au sujet de la divergence entre la hausse des revenus et les chances de survie car, en général, on s'aperçoit que la relation statistique entre les deux est très étroite.

Ce point de vue statistique est-il correct et correspond-il à la conclusion générale que l'on en tire ? L'argument relatif aux relations statistiques inter pays, prises isolément, est tout à fait correct, mais nous devons étudier ces relations statistiques de manière plus approfondie avant de pouvoir nous appuyer sur celles-ci avec la conviction qu'il faut considérer le revenu comme le déterminant fondamental de la santé et de la longévité et rejeter la pertinence des arrangements sociaux (en allant au-delà de la richesse provenant du revenu).

Il est intéressant, dans ce contexte, de mentionner certaines analyses statistiques qui ont récemment été présentées par Sudhir Anand et Martin Ravallion.¹ En se basant sur les comparaisons inter pays, ils concluent que l'espérance de vie est bien corrélée avec le PNB par habitant, mais que cette relation est due

¹ Sudhir Anand et Martin Ravallion. "Human Development in Poor countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives*, 7 (1993).

essentiellement à l'impact du PNB sur 1) les revenus des pauvres en particulier et 2) les dépenses publiques et notamment celles relatives aux soins de santé. En fait, une fois que ces deux variables ont, elles, été incluses dans l'exercice statistique, on ne gagne pas **grand-chose** à prendre également en compte le PNB par habitant. La pauvreté et les dépenses publiques en matière de santé étant des variables qui suffisent à elles seules à expliquer les choses, la relation statistique entre le PNB par habitant et l'espérance de vie semble de fait s'évanouir complètement.

Soulignons que cela ne veut pas dire que l'espérance de vie n'est pas améliorée par la croissance du PNB par habitant, mais que la corrélation qui existe entre les deux est fonction en particulier des dépenses publiques dans le secteur des soins de santé et du succès de la lutte contre la pauvreté. La manière dont on utilise les fruits de la croissance est déterminante. Cela aide aussi à comprendre pourquoi certaines économies comme celles de la Corée du Sud ou de Taïwan sont parvenues à faire augmenter aussi rapidement l'espérance de vie par la croissance économique, tandis que d'autres qui ont des résultats économiques comparables n'ont pas réussi dans la même mesure à accroître la longévité.

Le bilan des économies d'Asie orientale a été examiné de près & et a fait l'objet de quelques critiques & ces dernières années en raison de la nature et de la gravité de ce que l'on a appelé la "crise économique asiatique". Cette crise est effectivement grave et fait ressortir certains points faibles de systèmes économiques qui étaient auparavant considérés & à tort & comme globalement satisfaisants. Ce serait toutefois une grande erreur que de méconnaître les succès remportés par les économies des pays d'Asie orientale et d'Asie du Sud-Est au cours des dernières décennies, succès qui ont radicalement transformé la vie et la longévité des peuples de ces pays. J'analyse plus en profondeur les aspects positifs et négatifs de l'expérience est-asiatique dans mon prochain livre *Development as Freedom*, et je ne m'étendrai donc pas davantage ici sur ce sujet.

Pour toutes sortes de raisons historiques, y compris l'importance donnée à l'éducation élémentaire et aux soins de santé de base, ainsi que la mise en oeuvre à un stade précoce de réformes agraires efficaces, une large participation économique de la population a été plus facile à réaliser dans de nombreux pays d'Asie orientale et d'Asie du Sud-Est que, disons, au Brésil ou en Inde ou encore au Pakistan, où la création de possibilités de développement social a été beaucoup plus lente, ce qui a fait obstacle au développement économique.¹ L'élargissement de ces possibilités de développement social a facilité un développement économique créateur d'emplois et a aussi favorisé la réduction des taux de mortalité et l'allongement de l'espérance de vie. Le contraste avec d'autres pays à forte croissance, comme le Brésil, qui ont une croissance du PNB par habitant presque comparable, mais qui ont aussi tout un passé de graves inégalités sociales, de chômage et de carence de la santé publique, est saisissant. Les gains de longévité dans ces autres économies à forte croissance ont été beaucoup plus lents.

On est donc ici en présence de deux contrastes intéressants et interdépendants. Le premier est celui qui existe entre les **économies à forte croissance**, qui **ont** particulièrement bien réussi à augmenter la durée et la qualité de la vie (telles que la Corée du Sud et Taïwan) et celles qui **n'ont pas** remporté de succès comparable dans ces domaines (telles que le Brésil). Le second contraste est celui qui existe entre les **économies qui ont particulièrement bien réussi à augmenter la durée et la qualité de la vie**, et qui **ont** réussi à atteindre une forte croissance économique (telles que la Corée du Sud et Taïwan), et celles qui **n'ont pas** réussi à atteindre une forte croissance économique (telles que Sri Lanka, la Chine **d'avant la réforme** et l'Etat indien du Kerala).

¹ Voir sur ce sujet le livre que j'ai écrit en collaboration avec Jean Drèze. *India: Economic Development and Social Opportunity* (New Delhi, New York: Oxford University Press, 1995).

J'ai déjà commenté le premier contraste (entre, disons, la Corée du Sud et le Brésil), mais le second mérite également attention. Dans notre ouvrage, *Hunger and Public Action*, Jean Drèze et moi-même avons distingué entre deux manières de réduire rapidement la mortalité que nous avons appelées respectivement le processus "induit par la croissance" et le processus "s'appuyant sur l'aide".¹ Le premier de ces processus passe **par** une croissance économique rapide et son succès dépend de l'assise de la croissance, qui doit être large et économiquement diversifiée (une forte orientation vers l'emploi y contribue), ainsi que de la manière dont la prospérité économique accrue sera utilisée pour développer les services sociaux pertinents, y compris les soins de santé, l'éducation et la sécurité sociale. Par opposition au processus "induit par la croissance", le processus "s'appuyant sur l'aide sociale" ne passe pas par une croissance économique rapide, mais par un programme bien conçu d'aide sociale dans le domaine des soins de santé, de l'éducation et autres services sociaux pertinents. On en trouve des exemples dans des pays tels que Sri Lanka, la Chine d'avant la réforme, le Costa Rica ou l'Etat indien du Kerala, qui ont réussi à réduire rapidement les taux de mortalité et à améliorer les conditions de vie sans une forte croissance économique.

ALLOCATIONS PUBLIQUES, BAS REVENUS ET COUTS RELATIFS

Le processus "s'appuyant sur l'aide" n'est pas subordonné à une augmentation spectaculaire du revenu réel par habitant : il donne la priorité à des prestations sociales (soins de santé et éducation élémentaire) qui réduisent la mortalité et améliorent la qualité de la vie. Pour reprendre une comparaison dont j'ai déjà parlé, nous pourrions, à titre d'exemple, considérer le produit national brut (PNB) par habitant et l'espérance de vie à la naissance dans six pays (Chine, Sri Lanka, Namibie, Brésil, Afrique du Sud et Gabon) et un grand Etat de 30 millions d'habitants, le Kerala (Inde). Malgré des revenus très faibles, les habitants du Kerala, de la Chine ou de Sri Lanka ont une espérance de vie à la naissance considérablement plus élevée que les populations beaucoup plus riches du Brésil, de l'Afrique du Sud et de la Namibie, sans parler du Gabon. Cette inégalité va même dans des **sens** opposés si l'on compare le Kerala, la Chine et Sri Lanka d'un côté, et le Brésil, l'Afrique du Sud, la Namibie et le Gabon de l'autre. Les écarts dans l'espérance de vie étant liés à diverses opportunités sociales essentielles au développement (politiques épidémiologiques, soins de santé, instruction, etc.), une conception axée sur le revenu ne permet pas, à elle seule, d'appréhender dans sa globalité le processus du développement.² Ces contrastes revêtent une signification politique considérable et donnent toute son importance au processus "s'appuyant sur l'aide".³

Les habitants des pays pauvres, certes, sont continuellement désavantagés par de nombreux handicaps; l'adversité revêt de multiples visages. Pourtant, quand il s'agit de santé et de survie, rien peut-être n'a une importance aussi immédiate dans beaucoup de pays pauvres du monde aujourd'hui que l'insuffisance des services médicaux et des prestations de santé. Dans son étude récente, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*,⁴ Paul Farmer décrit fort bien la nature et l'étendue de ce manque généralisé de services biomédicaux. Des maladies qu'il est tout à fait possible de soigner (telles que le choléra, le paludisme, etc.) ainsi que des pathologies plus problématiques (le SIDA et la tuberculose pharmacorésistante, par exemple)

¹ Jean Drèze et Amartya Sen, *Hunger and Public Action* (Oxford: Clarendon Press, 1989); voir en particulier le chapitre 10.

² A ce sujet, voir la conférence que j'ai donnée à la Southern Economic Association, qui a été publiée dans le *Southern Economic Journal*, 64 (octobre 1997) sur le thème "From Income Inequality to Income Inequality" ainsi que la première Conférence Innocenti à l'UNICEF (Florence : UNICEF, 1995) également publiée dans le *Economic Journal*, 108 (janvier 1998) sur "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure".

³ Voir aussi Richard A. Easterlin, "How Beneficent is the Market? A Look at the Modern History of Mortality", polycopie, University of Southern California, 1997.

⁴ Paul Farmer, *Infections and Inequalities : The Modern Plagues* (Berkeley, CA : University of California Press, 1998).

sont affectées par cette pénurie. Mais, dans tous les cas, une réelle volonté publique de remédier à ces lacunes peut tout changer.

ECONOMIE ET POLITIQUE DES SOINS DE SANTE

D'aucuns s'interrogeront quant à la possibilité de financer des processus "s'appuyant sur l'aide" dans les pays pauvres, des ressources étant évidemment nécessaires pour développer les services publics, y compris les services de santé et l'éducation. Aucun comptable réaliste ne saurait nier que des ressources sont nécessaires, mais il faut aussi savoir mettre en balance les dépenses et les avantages attendus sur le plan humain. Ici, le véritable ennemi n'est pas la prudence financière. Ce contre quoi devrait prévenir le conservatisme financier c'est en fait l'utilisation des deniers publics à des fins dont l'intérêt social est loin d'être évident, par exemple les dépenses militaires massives dans de nombreux pays pauvres (souvent plusieurs fois supérieures aux dépenses publiques consacrées à la santé ou à l'éducation). Il est révélateur du monde fou dans lequel nous vivons que le médecin, le maître d'école ou l'infirmière se sente davantage menacé par le conservatisme financier que ne le sont le Général ou un Commandant de l'Armée de l'Air. C'est en exigeant des comptes sur les coûts et les avantages de ces activités concurrentes et non en s'en prenant à la prudence financière que l'on parviendra à corriger cette anomalie.

Cette question importante concerne également deux éléments essentiels de la vie sociale, à savoir la reconnaissance du principe de la participation et la nécessité d'analyser scrupuleusement les arguments économiques. Si les ressources vont systématiquement à l'armée aux dépens de la santé et de l'éducation, le remède ne peut être en définitive qu'un débat public éclairé sur ces questions et, finalement, sur le rôle que peut jouer l'opinion dans l'amélioration des conditions de vie et non dans l'efficacité des instruments de mort. Rien n'est peut-être plus important pour l'allocation de ressources en faveur des soins de santé que l'instauration d'un débat public éclairé et l'existence de rouages démocratiques pour mettre à profit les leçons tirées d'une meilleure connaissance des choix que doivent faire les habitants de tous les pays.

Le deuxième point, c'est une analyse économique minutieuse. Il importe en effet de voir que l'argument souvent avancé pour s'opposer à une concentration rapide des ressources sur les soins de santé est de la fausse logique économique. On prend souvent prétexte du manque de ressources pour différer des investissements importants sur le plan social jusqu'à ce que le pays soit devenu plus riche. Où les pays pauvres vont-ils trouver les moyens de "financer" ces services ? Telle est la rhétorique habituelle. Voilà sans doute une bonne question, mais à laquelle on peut aussi donner une bonne réponse, qui réside en grande partie dans l'économie des coûts relatifs. La viabilité de ce processus "s'appuyant sur l'aide" est liée au fait que les services sociaux pertinents (soins de santé et enseignement de base, notamment) sont des services à forte intensité de main-d'oeuvre, c'est-à-dire relativement peu coûteux dans une économie pauvre où les salaires sont bas. Une économie pauvre pourra avoir moins d'argent à dépenser pour les soins de santé et l'enseignement, mais d'un autre côté elle aura également besoin de moins d'argent pour obtenir les mêmes services, services qui seraient d'un coût beaucoup plus élevé dans des pays plus riches. Les prix et les coûts relatifs sont des paramètres importants pour déterminer ce qui est à la portée d'un pays. A supposer qu'il existe un engagement social suffisant, il est particulièrement important de prendre en compte la variabilité des coûts relatifs dans le cas des services sociaux en matière de santé et d'enseignement.¹

UNE REMARQUE POUR CONCLURE

¹ Ce point est discuté dans Drèze et Sen, *Hunger and Public Action* (1989).

Quelles sont donc les conclusions que nous pouvons tirer de ces analyses élémentaires ? Quelle relation y a-t-il entre santé et développement ? Ce qu'il faut noter en premier lieu, c'est que l'amélioration de la santé est consubstantielle au développement. Ceux qui se posent la question de savoir si une meilleure santé est un bon "instrument" de développement négligent peut-être l'aspect le plus fondamental de la question, à savoir que santé et développement sont indissociables; il n'est pas nécessaire d'instrumentaliser la santé pour établir sa valeur, c'est-à-dire d'essayer de montrer qu'une bonne santé peut également contribuer à stimuler la croissance économique.

En second lieu et tout le reste étant acquis, santé et prospérité économique ont tendance à se renforcer mutuellement. Une bonne santé permet de gagner plus facilement sa vie et, lorsqu'on bénéficie d'un revenu élevé, on se fait plus volontiers soigner, on se nourrit mieux et on peut choisir de mener une vie plus saine.

En troisième lieu, "tout le reste" n'est pas acquis et l'amélioration de la santé peut bénéficier de divers types d'action, notamment des politiques menées par les pouvoirs publics (par exemple la création d'un service d'épidémiologie et la mise en place d'un système de soins). S'il semble y avoir en général une bonne corrélation entre le progrès économique et l'obtention d'un bon état de santé, certains facteurs tenant à la politique générale ont un effet négatif. En effet, l'utilisation qui est faite des ressources supplémentaires dégagées par la croissance économique joue un rôle déterminant, en particulier le fait d'utiliser ou non ces ressources supplémentaires pour développer suffisamment les services publics et atténuer la pauvreté. Promouvoir la santé en s'appuyant sur la croissance va bien au-delà d'un simple accroissement du taux de croissance économique.

En quatrième lieu, même lorsqu'une économie est pauvre, on peut améliorer la santé dans d'importantes proportions en utilisant les ressources disponibles d'une manière qui soit socialement productive. Il est extrêmement important à cet égard d'examiner, d'un point de vue économique, le coût relatif des traitements médicaux et de la distribution des soins de santé. Etant donné que les soins de santé sont un processus à très forte intensité de main-d'oeuvre, les économies où les salaires sont bas ont un avantage relatif à allouer davantage de ressources & et en tout cas pas moins & aux soins de santé.

Enfin, le problème de l'affectation sociale des ressources économiques ne peut être dissocié du rôle que peuvent jouer une politique de participation et un débat public éclairé. Le conservatisme financier devrait être le cauchemar du militariste et pas celui du médecin, de l'instituteur ou de l'infirmière. Si le médecin, l'instituteur ou l'infirmière pensent qu'ils ont plus à craindre des problèmes de ressources que les responsables militaires, c'est partiellement de notre faute à nous, le public, qui laissons les militaristes faire accepter ces priorités extravagantes.

Pour terminer, il n'y a rien de plus important qu'un débat public éclairé et que l'action de tout un chacun pour faire changer les choses dans le sens d'une protection de notre existence et de nos libertés. Le public ne doit pas se considérer comme un simple patient, mais bien comme un acteur du changement. Le prix à payer pour l'inaction et l'apathie, ce peut être la maladie et la mort.

= = =