



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent treizième session
Point 3.15 de l'ordre du jour provisoire

EB113/12
4 décembre 2003

L'influence de la pauvreté sur la santé

Rapport du Secrétariat

1. Le présent rapport privilégie plusieurs aspects de l'action de l'OMS concernant la relation entre pauvreté et santé, notamment les suites données au rapport établi par la Commission Macroéconomie et Santé ;¹ l'appui aux pays qui s'efforcent de faire accorder à la santé la place qui lui revient dans les documents nationaux de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; et, enfin, l'état d'avancement de l'application des approches sectorielles en faveur de la santé. L'objet du document est de montrer les liens et la cohérence accrue entre ces différentes lignes d'action en les situant dans le contexte des enseignements tirés de l'application des principes inscrits dans la Déclaration d'Alma-Ata ; de l'évolution de la situation concernant les droits fondamentaux, plus particulièrement le droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint ; et du rôle de l'OMS dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.²

PAUVRETE ET SANTE

2. Le débat sur la relation entre pauvreté et santé n'est pas nouveau. On sait que, d'une façon générale, c'est dans les régions les plus pauvres d'un pays que les taux de mortalité sont les plus élevés et que les populations en bonne santé sont généralement plus productives sur le plan économique. On sait d'autre part que les lignes de causalité entre santé et pauvreté vont dans les deux sens et que la meilleure image pour décrire cette relation est celle du cercle vicieux ou vertueux – selon que la santé ou la situation économique s'aggrave ou s'améliore pour la population concernée.

3. Cependant, aujourd'hui, la pauvreté n'est plus envisagée uniquement sous l'angle économique ; on sait qu'elle résulte d'une conjugaison de facteurs, dont le revenu n'est qu'un parmi d'autres. Elle est plus judicieusement définie comme le fait d'être privé des moyens de réaliser pleinement son potentiel humain ou de ne pas y avoir accès. Ainsi, ne pas avoir accès aux soins de santé, à l'information ou à un milieu qui permette de mener une vie plus saine est, en soi, un élément de pauvreté. Cette conception explique la prééminence donnée à la santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement.

¹ *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

² Voir aussi documents EB113/11 et EB113/11 Add.1.

4. Par ailleurs, les travaux de la Commission Macroéconomie et Santé ont livré une première estimation *quantitative* des retombées économiques mondiales qu'aurait un accroissement des investissements dans la santé. Bien que le rapport n'ait donné qu'un chiffre mondial approximatif,¹ on continue d'affiner ces premières estimations dans les différents pays. Il faut noter que la finalité du rapport de la Commission était de souligner l'importance d'un accroissement des investissements en santé auprès de ceux qui procèdent aux arbitrages budgétaires : les ministères des finances et du plan ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux. La Commission s'est employée par ailleurs à agir sur la société civile, notamment les milieux universitaires, les analystes politiques et les responsables des campagnes de sensibilisation qui, à leur tour, ont influencé les démarches nationales de fixation des priorités. Plaider la cause de l'amélioration de la santé en termes *économiques* pour en faire un aspect essentiel d'une stratégie de réduction de la pauvreté, telle est la démarche qui n'a cessé d'accompagner ce processus.

5. Les efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé économiquement les plus graves sur le plan national et international ont particulièrement retenu l'attention au niveau politique. La gravité de l'épidémie de VIH/SIDA montre qu'un problème de santé généralisé peut saper la politique macroéconomique. Maîtriser la pandémie a donc des retombées sur le plan humain, sur le plan économique et sur le plan de la sécurité. On peut envisager de la même façon d'investir dans des systèmes de surveillance destinés à prévenir et maîtriser d'autres flambées de SRAS. La réaction internationale, quoique lente et insuffisante en ce qui concerne le VIH/SIDA, commence à prendre de l'élan, en grande partie grâce à la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

6. Cependant, il faut encore agir de façon beaucoup plus efficace face aux besoins sanitaires des pauvres, question qui a été masquée jusqu'ici par l'absence de données sur la situation sanitaire des groupes les plus démunis et sur l'usage qu'ils font des services de santé ; seules des données ventilées permettront de savoir si certaines couches de population reçoivent trop peu (ou trop) de soins ou connaissent plus (ou moins) d'issues sanitaires défavorables. Lorsqu'on s'attaque aux inégalités concernant les issues en matière de santé, il s'agit moins de repérer les soi-disant « maladies des pauvres » que de mettre au point des politiques et des systèmes garantissant que les pauvres auront accès aux retombées de la technologie sanitaire, quel que soit leur état de santé. Il faut aussi ce faisant examiner de plus près les valeurs qui guident l'OMS dans son action concernant les politiques et systèmes de santé et appeler l'attention sur les déterminants transsectoriels de la santé, c'est-à-dire ceux qui relèvent de l'environnement, de la nutrition, de l'accès à l'eau et de la qualité de l'eau, ou encore du tabagisme.

7. **Valeurs et principes.** La Déclaration d'Alma-Ata était, avant tout, une affirmation de principes politiques. Même si le contexte dans lequel appliquer ces principes a évolué depuis 25 ans, leur primauté dans le domaine de la santé et, plus généralement, dans celui du développement ne s'est pas démentie. Il s'agit notamment de l'accès universel selon les besoins, de l'équité, de la participation de la population et du caractère intersectoriel du processus d'amélioration des issues en santé.

8. Le souci de justice sociale, fondamental pour l'OMS et qui, quoique nettement exprimé dans la Déclaration, était inscrit à l'origine dans la Constitution de l'Organisation, détermine la poursuite des activités relatives au développement des systèmes de santé, mais il est aussi à la base de quasiment tous les aspects de l'action de l'OMS, depuis l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux dans les

¹ La Commission a estimé qu'un investissement supplémentaire dans la santé de US \$66 milliards annuels par les pays à faible revenu et l'aide extérieure au développement déboucheraient sur des avantages économiques d'au moins US \$360 milliards par an entre 2015 et 2020.

pays n'ayant que peu de ressources jusqu'à la formulation d'une stratégie mondiale face à la charge croissante des maladies non transmissibles et des traumatismes et à la prise en compte particulière des groupes défavorisés.

RELATION ENTRE PAUVRETE ET SANTE : ACTION DE L'OMS

9. L'action de l'OMS dans ce domaine revêt bien des formes. Ainsi, en ce qui concerne la santé génésique, la santé de l'enfant, la tuberculose et le paludisme, on s'efforce de repérer les goulets d'étranglement dans les systèmes et programmes de santé qui empêchent de faire bénéficier les groupes les plus pauvres des interventions techniques et l'on est en train de rassembler des éléments d'information sur les bonnes pratiques pour surmonter ces obstacles. Il faudra de plus en plus intégrer cette démarche dans les travaux menés sur les politiques et systèmes de santé, par exemple en s'appuyant sur les efforts déployés pour infléchir les politiques de santé nationale et les orienter plus précisément sur les groupes et les communautés les plus pauvres. C'est aussi le souci de protéger la santé des populations pauvres qui guide l'action de l'OMS concernant les politiques commerciales – notamment dans le contexte de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et pour l'évaluation de l'impact que pourra avoir l'Accord général sur le commerce des services. On trouvera ci-après un aperçu des diverses activités qui vont influencer l'approche générale de l'OMS.

10. **Suites données au rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.** Depuis la publication du rapport, plus de 40 pays ont pris des mesures pour donner suite à ses recommandations, avec l'appui de l'OMS. Les mesures prises par les pays ont deux éléments en commun : le souci d'améliorer la santé des pauvres et l'engagement actif des hautes sphères gouvernementales – notamment les ministères des finances et du plan.

11. Une grande partie des activités dans les pays est concentrée sur l'élaboration d'un plan d'investissement dans la santé. Cela commence par l'évaluation de la situation socio-économique et sanitaire, qui permet de déterminer les priorités nationales de la santé, d'établir le coût de la réalisation des objectifs et d'inventorier les ressources internes et externes disponibles pour la santé. Il est ensuite établi un plan d'investissement relié aux activités de réduction de la pauvreté et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Certains pays commencent actuellement à mettre en oeuvre leur plan d'investissement, ce pourquoi ils devront surveiller la croissance du budget national de la santé et obtenir de leurs partenaires des engagements accrus et plus efficaces s'articulant bien sur le plan. D'autre part, il faudra trouver de nouveaux moyens d'élaborer et de financer des plans d'investissement en santé dans plusieurs pays ayant proposé de le faire et, compte tenu de l'expérience faite dans les pays jusqu'ici, développer les capacités à l'OMS et créer des réseaux extérieurs pour fournir un appui à un plus grand nombre de pays.

12. **La santé en tant que composante des stratégies nationales de réduction de la pauvreté.** Les stratégies de réduction de la pauvreté peuvent à la fois mobiliser davantage de ressources en faveur du secteur de la santé et susciter le réexamen par les autorités nationales des stratégies menées dans ce secteur afin de savoir si les pauvres en bénéficient vraiment. Une étude du Fonds monétaire international montre que, d'après les projections, les dépenses de santé en pourcentage du produit national brut devraient augmenter dans les programmes bénéficiant de l'appui de sa facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance, mais que cela ne se fera que lentement, le pourcentage

passant de 1,8 % en 1999 (dépenses effectives) à 2,1 % en 2001-2002 (augmentation projetée).¹ Cela semble indiquer que, selon toute vraisemblance, les stratégies de réduction de la pauvreté ne pourront pas déclencher d'augmentation massive des ressources en faveur de la santé.

13. Dans l'ensemble, les composantes santé des stratégies sont conformes à l'approche fondée sur les soins de santé primaires et correspondent donc, d'une façon générale, aux besoins sanitaires des pauvres. Parmi les activités caractéristiques énoncées dans les stratégies figurent le développement de la prestation d'un minimum de services (vaccination, santé maternelle et lutte contre les maladies transmissibles) et le renforcement des services de santé en milieu rural. Cette orientation est certes bienvenue, mais on s'intéresse peu aux obstacles qui ont empêché d'appliquer ces stratégies dans le passé. De plus, peu de stratégies visent expressément à répondre aux besoins sanitaires des plus pauvres des pauvres, par exemple par un ciblage de certains groupes ou des zones rurales. En ce sens, elles reflètent en général les stratégies et plans nationaux de santé des pays à faible revenu, sans pour autant leur donner un nouvel élan.

14. **Politiques de santé favorables aux pauvres.** L'OMS s'efforce d'aider les Etats Membres pour qu'ils orientent leur action de santé en faveur des pauvres et l'inscrivent dans le contexte plus large de la lutte contre la pauvreté et du développement. Pour ce faire, elle a adopté une approche consultative de la planification qui a débouché sur trois champs d'activité, distincts mais interdépendants, qui se renforcent mutuellement : premièrement, élaborer un cadre de travail dont les pays peuvent se servir pour établir un profil de santé détaillé afin de repérer les problèmes de santé qui ont un impact tout particulier sur les pauvres ; deuxièmement, formuler des stratégies dans un contexte spécifique pour résoudre les problèmes repérés compte tenu de l'analyse des politiques favorables aux pauvres ; troisièmement, conjuguer ce travail technique à l'action d'autres organismes nationaux et internationaux pour renforcer dans le pays les moyens de répondre aux besoins sanitaires des pauvres.

15. Les faits empiriques ainsi recueillis devraient être très utiles pour renforcer la capacité d'élaboration et de mise en oeuvre de la composante santé des stratégies de réduction de la pauvreté. Les enseignements tirés des activités menées dans les pays sont pris en compte dans le débat mondial et, à l'OMS, des apports techniques sont fournis pour faciliter l'intégration des activités en faveur des pauvres dans l'action de programmes tels que l'organisation des services de santé, l'initiative Pour une grossesse à moindre risque et des activités de lutte contre la maladie comme l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

16. **Approches sectorielles.** Les approches sectorielles étaient au départ un moyen d'améliorer l'interaction entre gouvernements et donateurs en adaptant l'appui de ces derniers aux priorités définies par les pays et en réduisant les coûts des transactions pour toutes les parties. Elles sont nées aussi de la conviction croissante de la part de bien des donateurs qu'un appui budgétaire était le meilleur moyen de rendre plus efficace l'aide au développement. Peu de pays ont réussi à formuler des approches englobant vraiment tous les aspects de la santé et tous les bailleurs de fonds. Malgré tout, les principes de base sont de plus en plus appliqués. La mise en place de programmes sectoriels est maintenant au coeur des efforts déployés pour simplifier et harmoniser les aides et en accroître l'efficacité. Il existe de plus en plus de données d'expérience dans les pays sur les instruments à utiliser dans le cadre des approches sectorielles, par exemple les cadres de dépenses à moyen terme et les études sur l'incidence des avantages. Il reste à savoir comment ces instruments – traditionnellement le monopole des institutions financières internationales – influencent le développement du secteur de la santé et l'amélioration des issues en santé pour les pauvres.

¹ Réunion de l'OMS sur la place de la santé dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, avril 2003. Exposé du FMI.

17. **Le droit à la santé.** Le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, que l'on appelle généralement droit à la santé, a beaucoup évolué ces dernières années, tant dans le droit international que dans les législations nationales. En 2000, le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels de l'Organisation des Nations Unies a adopté l'observation générale N° 14 qui précise la portée et la teneur normatives du droit à la santé. Chose importante, le Comité a interprété le droit à la santé comme un droit indispensable à l'exercice de tous les autres et qui s'étend non seulement aux soins de qualité, accessibles physiquement et financièrement et culturellement acceptables, mais aussi aux déterminants fondamentaux de la santé, comme l'accès à une eau potable sûre, à des services d'assainissement et à l'éducation et l'information en santé. D'autre part, en 2002, la Commission des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies a nommé un Rapporteur spécial pour le droit à la santé. L'OMS et le Rapporteur spécial ont pour tâche d'invoquer précisément le droit à la santé pour réduire la pauvreté.

18. Les objectifs du Millénaire pour le développement constituent des repères précis pour la concrétisation du droit à la santé. L'évolution de ce droit est, quant à elle, fortement influencée par le principe des soins de santé primaires pour tous. Ancré dans les textes internationaux sur les droits fondamentaux, le droit à la santé fait obligation aux gouvernements de prendre délibérément, dans la limite des ressources disponibles, des mesures concrètes avec une aide et une collaboration internationales pour sa concrétisation progressive. De plus, lorsque les gouvernements font rapport aux organes internationaux de surveillance des droits fondamentaux, ils doivent faire la preuve des progrès réalisés en vue de l'objectif. Dans ce contexte, il est important de repérer les indicateurs et repères appropriés pour suivre les progrès, et l'OMS participe à cette tâche avec les organismes qui, au sein de l'Organisation des Nations Unies, s'occupent des droits fondamentaux. En particulier, on s'efforce d'harmoniser les indicateurs des progrès réalisés en vue du droit à la santé, les indicateurs permettant de suivre la réalisation des objectifs du Millénaire et les indicateurs concernant les soins de santé primaires.

COMPLEMENTARITE ET COHERENCE

19. La relation entre santé et pauvreté est un aspect essentiel de l'action de l'OMS. Au fur et à mesure des progrès réalisés, plusieurs enjeux se dégagent. En premier lieu, il faut chercher à assurer la complémentarité entre les diverses lignes d'action mentionnées plus haut et veiller à ce que les enseignements tirés soient diffusés et appliqués aux nouvelles initiatives en cours d'élaboration.

20. En deuxième lieu, il importe de souligner que c'est vraiment dans les pays que l'action de réduction de la pauvreté par l'amélioration de la santé prend réellement forme. Le développement des capacités, tant à l'OMS que dans les Etats Membres sur la base de l'expérience acquise, doit être une composante primordiale.

21. En troisième lieu, il va de soi que, pour faire reculer la pauvreté grâce à l'amélioration de la santé ou pour cibler les besoins sanitaires des pauvres, il faut revoir radicalement les systèmes de santé, du point de vue tant de la prestation des services que des facteurs institutionnels et politiques plus larges qui en déterminent l'efficacité. Les principes de la santé pour tous sont une base commune, même si l'organisation concrète des systèmes de santé à partir des soins de santé primaires varie selon le contexte national.

22. En quatrième lieu, bien qu'en dernière analyse ce soit dans les pays que les mesures sont appliquées et les résultats obtenus, il reste nécessaire de déployer des efforts mondiaux pour accroître l'efficacité des actions au niveau local. L'issue des négociations sur le commerce, la dette, l'aide, le

transfert de technologie et le droit international devrait être déterminante pour l'amélioration de la santé et la réduction de la pauvreté dans tous les pays.

23. Enfin, les objectifs du Millénaire pour le développement font ressortir la nécessité de la cohérence dans les approches suivies et de l'interconnectivité des objectifs de développement. Réduire la pauvreté est impossible sans progrès majeurs de la situation sanitaire, sans relèvement du niveau d'instruction, sans égalité entre hommes et femmes et sans accès à un milieu sûr et salubre – autant de préalables à l'amélioration de la santé. Un partenariat solide – et équitable – entre nations riches et nations pauvres est le seul moyen de combler le fossé qui les sépare.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

24. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport ci-dessus.

= = =