



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC52/11  
25 avril 2002

Cinquante-deuxième session  
Brazzaville, République du Congo, 19 -23 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

PAUVRETE ET SANTE : UNE STRATEGIE POUR LA REGION AFRICAINE

Rapport du Directeur régional

RESUME

Le paradoxe de la Région Africaine réside dans l'extrême pauvreté grandissante de sa population confrontée à diverses formes de privations (maladies, analphabétisme, chômage, habitations indécentes, mauvaise gouvernance, etc.), alors que le continent est si bien doté en ressources naturelles. Ce paradoxe est de plus en plus visible à la lumière de l'évolution qu'a connu le profil de pauvreté à l'échelle mondiale. Pendant que les pauvres vivant en Afrique représentaient seulement 16% de l'ensemble des pauvres dans le monde en 1985, en 1998, cette proportion a doublé pour atteindre 31%. Durant les vingt prochaines années, la pauvreté aura tendance à diminuer presque partout ailleurs dans le monde en développement, sauf en Afrique, où il est projeté une augmentation dramatique.

3. Par le passé, plusieurs politiques et stratégies ont été adoptées dans le secteur santé, tendant à améliorer la santé des populations dans les pays en développement (PVD) en général et en Afrique en particulier. La plus récente parmi elles constitue la 'Stratégie Santé pour Tous (SPT) au 21<sup>ème</sup> siècle, adoptée lors de la 49<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La stratégie santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle (SPT) vise à améliorer considérablement la santé des populations africaines par la promotion de modes de vie plus sains, la prévention des maladies, l'augmentation de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité. La SPT vise également aussi à réduire la morbidité croissante due au paludisme, à la tuberculose et au VIH/SIDA.
4. La santé constitue une porte d'entrée suffisamment solide pour réduire la pauvreté et favoriser la croissance économique. Dans ce contexte, cette stratégie s'appuie sur une matrice d'analyse et d'interventions articulée à trois niveaux : a) assurer un plaidoyer de façon continue et mobiliser les parties prenantes au sein et en dehors du secteur santé; b) mettre en œuvre les réformes des systèmes de santé qui permettent de réorienter les interventions en direction des pauvres; et c) cibler les besoins prioritaires des plus pauvres avec des actions de santé spécifiques qui garantissent leur accès universel aux services essentiels.
5. Le Comité régional est invité à examiner la stratégie proposée et à donner des orientations en vue de sa mise en œuvre, en conformité avec les politiques de santé à l'échelle nationale.

## TABLE DES MATIERES

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1 - 7
ANALYSE DE LA SITUATION .....	8 - 13
STRATEGIE REGIONALE .....	14 - 20
Objectifs .....	15
Principes directeurs .....	16
Interventions prioritaires .....	17 - 20
ROLES ET RESPONSABILITES DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES .....	21 - 24
Rôles et responsabilités des pays .....	22
Rôles et responsabilités de L'OMS .....	23
Rôles et responsabilités des autres partenaires .....	24
SUIVI ET EVALUATION .....	25
CONCLUSION .....	26 - 27

## INTRODUCTION

1. pauvreté est un phénomène multidimensionnel et multi-sectoriel. Afin de faciliter une analyse comparative des différents profils de pauvreté à travers le monde, une définition consensuelle basée sur la consommation journalière a été adoptée. Cette définition considère comme pauvre quiconque n'a pas les moyens d'une consommation minimum par jour équivalente à un dollar américain.

2. Avec ce seuil de un dollar qui définit une ligne de pauvreté universelle, plus de deux milliards d'individus peuvent être considérés comme pauvres<sup>1</sup>. Dans la Région africaine, plus de 45% de la population est en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté est plus accentuée dans les zones rurales où vivent la majorité des populations africaines. Malheureusement, le nombre de pauvres augmente en Afrique, causant ainsi une détérioration des indicateurs sociaux et de santé, en particulier l'espérance de vie, la mortalité infantile et juvénile, la mortalité maternelle et la morbidité due au paludisme, à la tuberculose et au SIDA.

3. Toutefois, la santé influe et est aussi affectée par les questions d'environnement, de transport, d'eau, d'énergie, d'urbanisation et d'emploi. En conséquence, la santé constitue une porte d'entrée optimale pour adopter une approche de développement, qui soit cohérente avec les objectifs internationalement retenus en matière de réduction de la pauvreté et de développement

4. Dans le contexte africain, la lourde charge de morbidité cause des pertes de production importantes, qui à leur tour creusent l'écart entre la croissance économique potentielle et la croissance économique réelle. La réduction de la charge de morbidité en Afrique, un objectif noble en soi, permettra également de libérer les potentialités d'augmentation de la production, au sein des pays, de manière à atteindre les forts taux de croissance nécessaires pour réduire la pauvreté.

5. Au sein de plusieurs communautés africaines, les inter-relations entre mauvaise santé et pauvreté sont bien perçues. Par exemple, au Ghana, au Malawi, en Mauritanie et au Zimbabwe, les résultats de l'enquête 'Les Voix des Pauvres', conduite durant l'année 2000, indiquent combien les individus, les familles et les communautés attribuent leur capacité de gagner un revenu adéquat à leur état de santé. Certains, répondant aux questionnaires de l'enquête, mettent sur un même pied d'égalité la santé et la richesse, considérant ainsi la santé comme un des facteurs les plus importants pour mener une vie décente.

6. Sur la base des inter-relations entre pauvreté et mauvaise santé, cette stratégie explore la contribution potentielle de la bonne santé à la croissance économique, la réduction de la pauvreté et le développement humain. Elle s'appuie sur les profils les plus récents de pauvreté, des indicateurs de santé et des indicateurs socio-économiques.

7. La stratégie régionale propose un changement de paradigme, qui consiste à réorienter le modèle des interventions de santé d'une approche un peu trop biomédicale à une approche plus préventive et plus promotionnelle. Une telle réorientation s'avère nécessaire, dans la région africaine, à la lumière des insuffisances des systèmes de santé, dans leurs interventions telles que menées jusqu'ici, à résoudre les problèmes des pauvres.

---

<sup>1</sup> La réduction de la pauvreté constitue cependant un exercice complexe, qui s'appuie en général sur le processus suivant:

- i) Analyse du profil le plus récent de pauvreté;
- ii) Mesure des différents indicateurs, tels que l'incidence, l'écart de revenu, la profondeur, etc.
- iii) Identification des pauvres selon les indicateurs mentionnés en;
- iv) Diagnostic de leurs conditions de vie;
- v) Evaluation des interventions en cours visant à réduire la pauvreté et enfin
- vi) Elaboration de stratégies pertinentes, soit : (a) fixer les objectifs; (b) Elaborer le cadre d'analyse et de mise en oeuvre, y compris les indicateurs pour le suivi-évaluation et les changements institutionnels nécessaires.

## ANALYSE DE LA SITUATION

8. Globalement, près de 45% de la population africaine vivent en-dessous du seuil de pauvreté. La proportion de pauvres en Afrique est plus élevée dans les zones rurales, même si en milieu urbain, la pauvreté est en pleine expansion. La région fait donc face à plusieurs défis en matière de santé, en particulier le VIH/SIDA. Même si 92% des causes de décès dans les pays pauvres sont liés aux maladies transmissibles, 60% des décès qui affectent plus de la moitié de la population, en particulier les plus pauvres, ne relèvent que d'un nombre limité de maladies transmissibles que sont le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et quelques maladies de l'enfant. Les maladies non transmissibles (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies mentales, etc.) ont également connu une augmentation du fait de changements dans les modes de vie. La malnutrition persiste, particulièrement pour les femmes et enfants. Elle est à l'origine de 45% des décès chez les enfants.
9. Par ailleurs, la dégradation de l'environnement, surtout la mauvaise qualité de l'eau et les défauts d'assainissement ont contribué à la recrudescence des maladies. L'urbanisation rapide et non contrôlée a aussi eu des conséquences fâcheuses sur la santé. Seuls 45% de la population africaine a accès à l'eau potable et moins de 40% à un assainissement adéquat. En plus, la région est handicapée par un taux de scolarisation primaire très faible et un niveau d'analphabétisme très élevé chez les adultes (particulièrement chez les femmes), ce qui impacte directement sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle, qui restent les plus élevées au monde
10. Le lien entre la pauvreté et la santé est très évident. Les pauvres en Afrique sont enfermés dans un piège complexe qui fait que leurs revenus faibles les amènent à une consommation insuffisante, ce qui conduit à une faible capacité, qui à son tour aboutit à une faible productivité. Cette situation a été illustrée avec brio par l'important rapport de la Commission Macro-économie et Santé de l'OMS, qui a démontré que la charge de morbidité de quelques maladies (paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) pouvait réduire la production annuelle des biens et services en Afrique jusqu'à 1.3 points de croissance.
11. S'attaquer aux problèmes de santé des pauvres a été une préoccupation de longue date du secteur santé. La conférence de Alma Ata (1978), qui avait endossé le principe des 'soins de santé primaires' et qui a abouti à la stratégie 'Santé pour Tous en l'an 2000', était très influencée par le besoin d'assurer l'accessibilité des soins de santé à la majorité de la population. Dans la région Africaine, l'adoption du développement du secteur santé, basé sur les scénarios en trois phases (1985) a réaffirmé la validité de l'approche préventive décentralisée au niveau des districts, et enfin l'Initiative de Bamako (1987) souligne la nécessité de la participation communautaire dans le développement sanitaire.
12. Néanmoins, le secteur santé, à ce jour, n'a pas encore développé une stratégie, qui de manière explicite, cible la pauvreté et la santé. Le moment est opportun de développer une telle stratégie. Le rôle central de la santé dans le processus du développement est de plus en plus reconnu et l'engagement et la volonté, aussi bien au niveau national qu'international, d'améliorer la santé en particulier pour les pauvres n'ont jamais été aussi évidents.
13. Ainsi, réduire la charge de morbidité au sein des pays pauvres va contribuer à améliorer leur statut social. S'attaquer aux maladies qui handicapent les pauvres va permettre de réduire leur vulnérabilité aux maladies et à la pauvreté induite et d'augmenter leur productivité. Ce qui permettra d'accroître la croissance économique en vue de réduire la pauvreté.

## STRATEGIE REGIONALE

14. Considérant la nature multidimensionnelle de la santé, la contribution du secteur santé à la réduction de la pauvreté va inclure des interventions à mettre en œuvre à la fois au sein et en dehors du secteur santé. Ce qui confère à la santé un rôle de premier plan en ce qu'elle constitue une porte d'entrée valide pour la réduction de la pauvreté et requiert dans le même temps des approches multi-sectorielles.

### Objectifs

15. L'objectif global de la stratégie est d'amener le secteur santé, du fait de son avantage comparatif dans ce domaine, à contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration de la santé. Plus spécifiquement, la stratégie va :

- a) **en dehors du secteur santé** : développer et entretenir un plaidoyer vigoureux en direction des acteurs et des partenaires pour les sensibiliser à la contribution de la santé dans la réduction de la pauvreté et fournir des orientations sur comment les autres secteurs (éducation, agriculture, transports, énergie, eau et environnement) devraient incorporer dans leurs politiques et interventions des ingrédients susceptibles d'améliorer les indicateurs de santé;
- b) **au niveau des politiques** : mettre en œuvre une réforme des systèmes de santé qui permette de réorienter les stratégies d'un modèle trop curatif vers un modèle plus préventif et plus promotionnel, en vue d'accélérer l'amélioration de la santé des pauvres ;
- c) **au niveau de la mise en œuvre des politiques** : cibler les groupes les plus vulnérables parmi les pauvres, et mettre en œuvre de manière spécifique des actions centrés sur leurs priorités, selon une démarche de promotion de leurs capacités au détriment de celle de protection de leur vulnérabilité.

### Principes directeurs

16. Pour atteindre ces objectifs, les principes suivants guideront la mise en œuvre de la stratégie :

- a) **Egalité de chances et équité dans la fourniture des services** : Si l'égalité et l'équité ne sont pas garanties, tout investissement additionnel ne fera que creuser davantage les inégalités actuelles.
- b) **Qualité, accessibilité et durabilité** : Du fait que souvent les pauvres n'ont accès qu'aux services de santé publique, il est important que l'accessibilité géographique et financière de même que la qualité des services soient garanties sur une base durable.
- c) **Participation des communautés et prise en compte de la dimension genre** : Beaucoup d'interventions de santé en Afrique n'arrivent pas à atteindre leurs objectifs, du fait de biais inhérents à la discrimination liée au genre et d'un défaut de participation des populations. Ces deux aspects sont importants lorsqu'il s'agit d'interventions spécifiques ciblées sur les pauvres ;
- d) **Inter-sectoralité et partenariat** : Les problèmes de santé sont des problèmes de développement et donc réaliser des objectifs de développement du secteur santé requiert la contribution d'autres secteurs, en particulier pour réduire la mortalité infantile et maternelle. Dès lors, le partenariat, fondé sur une distribution claire des rôles et responsabilités, est important pour répondre aux préoccupations des pauvres.

- e) Un mécanisme solide de suivi et d'évaluation: Pour s'assurer que l'ensemble des objectifs assignés aux interventions complexes soient atteints, il est nécessaire de mesurer les progrès réalisés, l'efficacité et l'efficience, ainsi que quelques aspects qualitatifs tels que l'équité, les problèmes de genre et la participation communautaire.

### Les interventions prioritaires

17. A la lumière du rôle positif de plus en plus reconnu et apprécié de la santé dans le processus du développement et au vu de l'augmentation substantielle des ressources disponibles pour le secteur, notamment venant du mécanisme pays pauvres très endettés/document de stratégie de réduction de la pauvreté (PPTE/DSRP), du Fonds global pour lutter contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA et d'autres instruments de financement, les dépenses de santé par tête vont progressivement augmenter et atteindre le niveau requis pour garantir l'accès universel à un paquet minimum de services.

18. A l'échelle communautaire, le renforcement des capacités par l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, la fourniture des informations sanitaires, etc. devrait être des options stratégiques à privilégier.

19. De manière spécifique, les interventions prioritaires incluent :

- La production des bases factuelles sur les interrelations entre la santé et les autres facteurs socio-économiques (éducation, transport, énergie, tourisme, environnement, etc.);
- La mise en place un mécanisme transparent d'allocation des ressources, qui permet d'indexer l'efficacité des interventions par rapport à leur contribution effective aux objectifs de réduction de la pauvreté ;
- L'extension de la couverture sanitaire (infrastructures, unités mobiles et services de santé, incluant les soins anténataux et les accouchements assistés par un personnel qualifié) aux zones mal desservies au bénéfice des groupes vulnérables ;
- Le renforcement des programmes existants de vaccination contre les maladies infantiles, à travers un système régulier de suivi et une mobilisation de ressources adéquates.
- Le renforcement des services de santé environnementale, y compris la salubrité des aliments et l'éducation à l'hygiène ;
- Le renforcement des initiatives de promotion de la santé en vue de prévenir les maladies, particulièrement celles qui affligent les pauvres ;
- L'augmentation de façon significative les interventions pour contrer le paludisme, la tuberculose, le Sida et les maladies de l'enfant.

20. Ces interventions de santé créeront de nouvelles opportunités pour les pauvres qui pourront ainsi intégrer le marché du travail dotés de capacités renforcées et capables d'une plus grande productivité. Ce qui en retour aidera à réduire la pauvreté d'autant que l'impact touche les individus, les communautés et la nation.

## ROLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES

21. La contribution de toutes les parties prenantes au sein comme en dehors du secteur santé est nécessaire pour atteindre les objectifs globaux de réduction de la pauvreté. Par exemple, la nutrition et la santé des enfants sont très importantes pour atteindre une scolarisation primaire universelle. Les rôles et responsabilités pour chaque partie prenante doivent ainsi être clairement définis.

### Rôles et responsabilités des pays

22. Gouvernements, en particulier, les Ministères de la Santé doivent :

- a) Conduire régulièrement des évaluations conjointes des profils de pauvreté et épidémiologiques, se concentrant sur les déterminants de pauvreté liés à la santé;
- b) Entreprendre les réformes institutionnelles nécessaires pour réorienter la fourniture de services d'une approche trop biomédicale vers une approche plus préventive et plus promotionnelle (par exemple élargir la couverture sanitaire, aussi bien pour les personnels que pour les infrastructures, vers les zones mal desservies); développer les activités de promotion de la santé pour couvrir tous les niveaux d'interventions de la pyramide sanitaire; et développer un cadre budgétaire favorable aux interventions ciblant les pauvres;
- c) Encourager la mise en œuvre de plus de micro- interventions (par exemple à travers l'approche des établissements humains), en particulier à l'échelle communautaire avec une participation massive des bénéficiaires.

### Rôles et responsabilités de l'OMS

23. En plus d'identifier et de disséminer les meilleures pratiques parmi les pays de la région, l'OMS doit :

- a) Fournir un appui technique pour l'analyse et l'élaboration des politiques;
- b) Inciter les partenaires à allouer des ressources additionnelles aux interventions de santé propres à réduire la pauvreté;
- c) Aider les pays à formuler et à mettre en œuvre la composante santé de leur Stratégie nationale de Réduction de la Pauvreté.

### Rôles et Responsabilités des autres partenaires

24. De nouveaux mécanismes de coopération qui font la promotion du développement et qui soient plus avantageux pour les pays pauvres (par exemple, le Fonds global de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Sida), devraient être encouragés. Le partenariat mondial de tous les acteurs du développement, y compris les bilatéraux et les multilatéraux, impliqués dans le processus du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), doit aussi être consolidé.

## INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

25. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont basés sur les objectifs sectoriels de la stratégie SPT pour le 21<sup>ème</sup> siècle. Ils reflètent la contribution du secteur santé à la réduction de la pauvreté dans la région. La matrice des objectifs, stratégies d'intervention, rôles et responsabilités des parties prenantes incluent les cibles à atteindre. D'ici l'an 2020 :

- a) 75% de la population dans la région aura accès à l'eau potable et à l'assainissement;
- b) 70% de la population dans les pays mettront en place un mécanisme sûr de traitement des déchets chimiques et industriels qui constituent des menaces de santé publique dans la région;
- c) Le secteur santé contribuera à réduire de moitié l'incidence de la pauvreté dans la région;
- d) Les systèmes de santé fourniront l'accès aux services de qualité à au moins 80% de la population;
- e) La mortalité infantile sera réduite de 50%;
- f) La charge de morbidité du paludisme mesurée en 2000 sera réduite de 75%.

## CONCLUSION

26. La Stratégie met en lumière l'avantage comparatif du secteur santé quant à la réduction de la pauvreté et fournit des orientations sur le contenu des politiques de santé propres à réduire la pauvreté. De manière spécifique, elle défend l'idée que pour atteindre les objectifs de santé qui contribueront à la réduction de la pauvreté, il est fondamental d'adopter un changement de paradigme en réorientant le modèle des dépenses publiques d'une tendance actuellement trop curative vers une tendance plus préventive des maladies et plus promotionnelle de la santé.

27. Les pays de la Région devront compter sur leurs propres capacités à améliorer la qualité de vie de leurs citoyens. La création récente de l'Union africaine et l'adoption récente du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) montrent déjà une forte volonté politique de réduire la pauvreté et développer la région.