

PAUVRETE, INEGALITE ET SANTE PUBLIQUE DANS LA REGION AFRICAINE

Luis G. Sambo

Récapitulatif

La pauvreté est très répandue en Afrique. Les gens qui vivent sur ce continent sont déjà affligés par une lourde charge de morbidité avec toutes les répercussions négatives que cela suppose sur le développement social et économique et l'espérance de vie. La distribution de la pauvreté ou des maladies n'est pas aléatoire. La Région connaît des déterminants de la pauvreté et de la santé qui ne sont probablement pas partagés par d'autres régions. La pauvreté, l'inégalité et la mauvaise santé publique en Afrique peuvent être redressées par une croissance économique durable qui cherche également à rétablir ces inégalités. Les contributions du secteur de la santé à la réduction de la pauvreté portent sur des interventions tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du secteur de la santé, essentiellement un plaidoyer ciblant les parties prenantes et les partenaires. Elles devraient proposer des orientations faisables montrant comment d'autres secteurs peuvent intégrer les aspects santé dans les politiques et pratiques qui améliorent et protègent la santé publique. Un effort concerté par les pays de la Région africaine et leurs partenaires gagne du terrain et aide la Région à progresser vers les buts de santé nationale et internationale, y compris ceux de la Déclaration du Millénaire. S'ils veulent réussir, les pays de la Région doivent affecter un pourcentage plus élevé de leurs dépenses nationales à la santé et leurs partenaires doivent renforcer leur assistance à ces pays. Par ailleurs, une aide accrue se soldera par un véritable progrès que si les pays bénéficiaires s'engagent à mener des politiques ciblant la croissance économique, la gestion plus efficace des ressources de la santé, tenant compte des déterminants sociaux de la santé et réduisant la pauvreté et les inégalités.

Introduction

Les gens qui vivent dans la Région africaine¹ sont accablés par une lourde charge de morbidité entravant le développement social

et économique et diminuant l'espérance de vie. L'épidémie du VIH/SIDA, le paludisme, ainsi que la réapparition de la tuberculose continuent à réduire l'espérance de vie dans certains pays (OMS, 2003a). Les progrès réalisés sur le plan du développement humain par certains pays africains dans les années 70 et 80 ont été effacés par le VIH/SIDA. De plus, les pays de la Région continuent à souffrir de catastrophes causées par l'homme, de migrations à grande échelle, de famine et de marasme économique. D'autres maladies infectieuses et, de plus en plus, les maladies non transmissibles et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement viennent encore alourdir le fardeau.

La pauvreté est très répandue dans la Région africaine. Parmi les indicateurs de base, la disparité de la mortalité maternelle entre la Région et d'autres régions du monde brosse un sombre tableau du niveau de pauvreté dans la Région africaine (Figure 1). La distribution de la pauvreté ou de la mauvaise santé n'est pas faite au hasard (Nolen, Braveman, Dachs, Delgado, Gakidou, Moser, Rolfe, Vega & Zarowsky, 2005). Il existe des possibilités inégales à une bonne santé pour ceux appartenant aux groupes sociaux moins privilégiés tels que les femmes et les habitants des zones rurales. Il est important de cerner les déterminants ainsi que les manifestations des disparités et inégalités sur le plan de la santé pour s'attaquer à la pauvreté et éliminer les inégalités qui sont systématiquement associées au désavantage social qui les sous-tend.

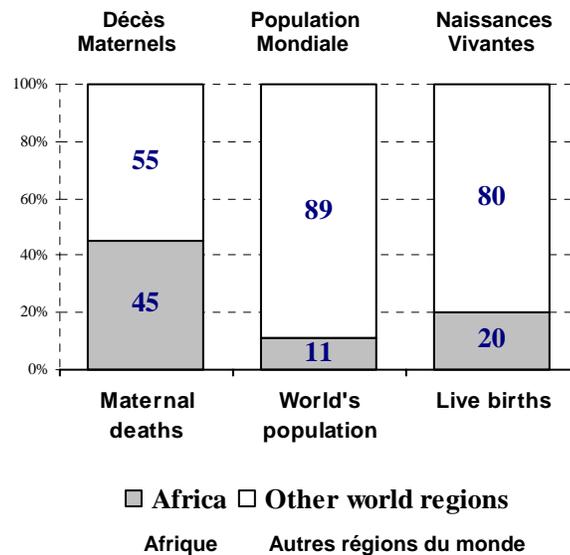


Figure 1. Source: Organisation mondiale de la Santé

Toute discussion de la pauvreté et de la santé publique doit tenir compte de l'équité puisque ce facteur influence souvent la relation entre la pauvreté et la mauvaise santé. Qui plus est, le facteur doit être présent dans toute intervention efficace. Par exemple, les investissements en vue d'améliorer l'accessibilité géographique et financière aux services de santé préventive et curative n'arriveront pas à supprimer l'inégalité au niveau de l'utilisation s'il n'existe pas un soutien actif pour les femmes, les enfants, les habitants des zones rurales et les autres personnes qui, probablement, ne fréquentent pas ces services (Braveman & Gruskin, 2003). Si la littérature sur la pauvreté, les inégalités et la santé est riche, celle traitant de la Région africaine est pourtant bien plus maigre. La Région africaine compte des caractéristiques propres qui ne sont probablement pas partagées par d'autres régions et qui représentent des déterminants importants de la pauvreté et de la santé publique. L'examen de ces traits représente une première étape importante pour emprunter le chemin de l'avant.

Ce document décrit la situation de l'Afrique sur le plan pauvreté, inégalité et santé publique. Il présente également la distribution des principaux déterminants de la pauvreté et de la santé publique. Sont également décrites les éventuelles solutions ainsi que les actions qui devront être prises par les pays, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires pour s'attaquer au problème.

Pauvreté et santé publique dans la Région africaine

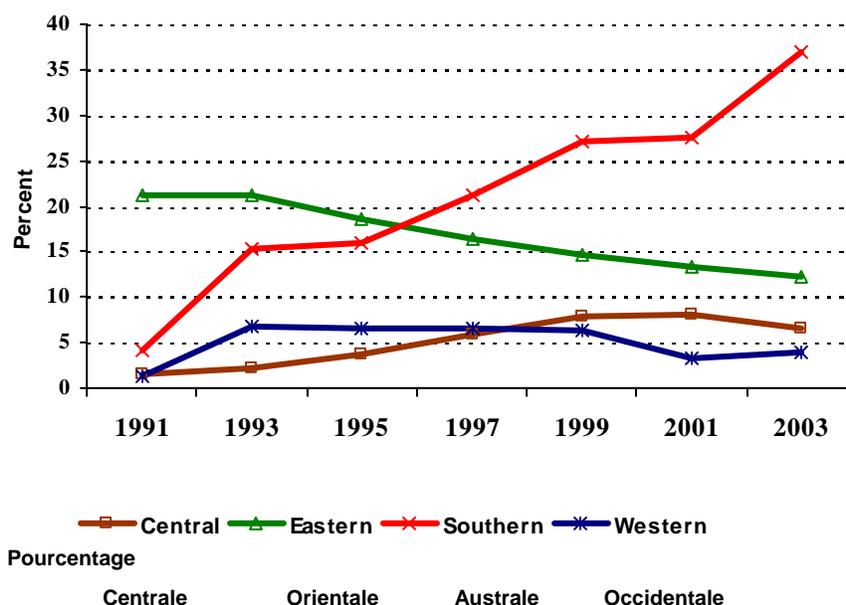
Le concept de la pauvreté est multidimensionnel, portant tant sur la privation matérielle que sur les multiples désavantages sociaux connexes. Aussi est-il connecté à l'incapacité des personnes à atteindre les normes économiques et sociales (y compris la santé) du bien-être. Par ailleurs, une définition plus étroite de la pauvreté est généralement utilisée pour faciliter le suivi et l'analyse statistique de la situation de la pauvreté dans le monde (reposant sur les niveaux de revenus) (OCDE, 2001: 41). Si on utilise cette définition, une grande proportion des populations de la Région africaine vivent dans la pauvreté. Environ 76% de la population de ce continent vivent avec moins de 2\$US par jour et 46,5% avec moins de 1\$US par jour. Si la pauvreté a reculé dans d'autres parties du monde, telles que l'Asie de l'Est et du Sud ces 20 dernières années, par contre en Afrique, la tendance est allée carrément dans l'autre direction. De 1981 à 2001, le PIB des pays

de la Région a diminué de 13%, doublant ainsi le nombre de personnes vivant avec moins de 1\$US par jour, faisant passer cette proportion de 164 millions à 314 millions (Banque mondiale, 2005:4).

Il existe également une relation très forte entre la pauvreté décrite ci-dessus et la mauvaise santé de la Région. Les principaux fléaux sont le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les épidémies, les problèmes de santé maternelle et infantile. Les maladies non transmissibles, les problèmes de santé mentale et les traumatismes sont en train de devenir de lourdes charges de morbidité.

L'Afrique est la région du monde la plus durement éprouvée par la pandémie du VIH/SIDA. La Région compte 10% de la population du monde et plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH, soit 25,4 millions de personnes. Si elles n'ont pas un accès facile aux médicaments antirétroviraux, toutes ces personnes souffriront probablement d'un SIDA entièrement développé dans les 10 années à venir et mourront si elles ne peuvent pas obtenir un traitement. Environ 17 millions d'Africains sont déjà morts du SIDA et environ 12 millions d'enfants ont perdu au moins un de leurs parents suite au SIDA. Rien qu'en 2004, 3,1 millions de personnes, d'après les estimations, ont été infectées par le VIH et 2,3 millions sont mortes du SIDA (ONUSIDA, 2004). En dépit de tous les efforts faits pour prévenir l'infection et endiguer sa propagation, seuls quelques pays ont réussi à stabiliser ou même à faire reculer les taux des nouvelles infections par le VIH. Et même dans ces endroits, l'incidence de l'infection à VIH reste bien trop élevée. Dans la majorité des pays africains, les nouvelles infections à VIH sont en train d'augmenter montrant que les mesures préventives n'ont pas été suffisamment efficaces (Figure 2).

Figure 2. Tendence de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de la Région africaine de l'OMS, par sous-région, 1991 – 2003



Source: Organisation mondiale de la Santé

La Région africaine compte environ 2,4 millions de nouveaux cas de tuberculose et 500 000 décès liés à cette maladie chaque année. Neuf des 22 pays de la Région représentant 80% de tous les cas de tuberculose se situent dans cette Région et 11 des 15 pays du monde avec l'incidence la plus élevée sont également dans la Région africaine. En moyenne, 35% des patients atteints de tuberculose notifiés par les pays de la Région africaine sont coinfecteds par le VIH et, dans la plupart des pays de l'Afrique australe, plus de deux tiers des enfants et des adultes souffrant de tuberculose sont coinfecteds par le VIH. La tuberculose frappe de plus en plus les membres plus jeunes de la société, productifs dans l'économie, surtout les filles et les femmes, ressemblant donc de plus en plus à la tendance de la prévalence du VIH (OMS, 2005a:10).

La Région africaine compte plus de 90% des 300 à 500 millions de cas cliniques de paludisme qui se présentent, d'après les estimations, dans le monde chaque année. Parallèlement, les enfants de la Région représentent 90% du quasi-million de décès imputables au paludisme notés chez les enfants dans le monde

entier. De plus, le paludisme est responsable en grande partie de l'anémie chez les femmes enceintes et de l'insuffisance pondérale à la naissance chez les nouveau-nés. D'après les estimations, les pays de l'Afrique où le paludisme est endémique ont une croissance économique inférieure de 1,3 points de pourcentage par an, comparés à des pays analogues où le paludisme n'est pas endémique. Le coût annuel de la perte de productivité et du traitement pour le paludisme dans la Région s'élève à 12 milliards \$US (OMS/UNICEF, 2003:17).

Une femme en Afrique court un risque de 1 sur 16 de mourir des suites de la grossesse ou lors de l'accouchement, comparé à 1 sur 2 800 dans les pays développés. Pour chaque décès maternel, 30 femmes en plus connaissent des complications telles que l'anémie chronique, l'infécondité et les fistules obstétricales (OMS, 2004a). Pratiquement 4,4 millions d'enfants meurent chaque année, 12 000 chaque jour, de maladies ou d'affections qui pourraient être facilement évitées ou traitées. Les principales causes sont les conditions néonatales, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, les maladies diarrhéiques, la rougeole et le VIH/SIDA. Près de 35% des décès sont imputables aux conséquences que comporte la sous-alimentation pour la diarrhée, la pneumonie, le paludisme et la rougeole (Black, Morris & Bryce, 2003).

De grandes épidémies continuent à accabler la Région. Les épidémies de méningite, choléra, dysenterie et fièvre hémorragique, pour n'en nommer que quelques-unes, entrent pour une grande part dans la mortalité et l'incapacité chaque année. Par exemple, en 2004, le nombre de cas de méningite dans six pays touchés par l'épidémie s'élevait à un total de 31 520 cas avec 4 294 décès. La même année, 27 pays notaient 81 306 cas et 2 029 décès imputables au choléra (OMS, 2004b). Actuellement, la Région vit également sous la menace d'une pandémie de grippe aviaire pouvant s'avérer fatale. La schistosomiase, l'infection par les vers du sol, la maladie du sommeil, la leishmaniose viscérale, la filariose lymphatique et les ulcères de Buruli sont parmi d'autres maladies de la pauvreté répandues et pourtant négligées par les gouvernements et les partenaires. Les travaux de recherche et de développement de médicaments pour traiter ces maladies se sont ralentis, alors qu'elles comportent encore des conséquences extrêmement négatives sur le développement humain de la Région. Elles vont en s'empirant alors que l'attention est concentrée sur

d'autres maladies (Roungou, Mubila, Dabira, Kinvi & Kabore, 2005; Meda, Rangou & Dabiré, 2004).

Les systèmes de santé de la Région ploient sous un double fardeau : une mortalité et morbidité élevées imputables aux maladies transmissibles conjuguées à des taux croissants de maladies non transmissibles, telles que les maladies mentales et les traumatismes (OMS, 2000a). Les décès dus aux accidents routiers dans la Région de l'Afrique sont 50% plus élevés que la moyenne mondiale. Le nombre de décès n'est qu'une partie du problème puisque des millions de personnes sont blessées ou restent invalides chaque année à cause des accidents de la route (Peden, Scurfield, Sleet, Mohan, Hyder & Jarawan, 2004). Ceux qui courent le plus grand risque d'être blessés et de mourir sont les personnes à pied et les utilisateurs de véhicules motorisés à deux roues, à savoir ceux les groupes à faibles revenus. Les conflits armés ne cessent de déchirer les pays africains et représentent probablement une des grandes causes de la mauvaise santé et, même dans les pays qui ont été épargnés par les conflits armés, il existe une proportion importante de blessures dues aux armes à feu et autre type de violence interpersonnelle, souvent cause d'incapacité physique (OMS, 2002a).

Inégalités et santé publique

L'image de la pauvreté change entre les pays et au sein des pays de l'Afrique. Les résultats d'études faites dans des pays en développement (dont plusieurs de la Région africaine) indiquent que les personnes dans la classe socioéconomique la plus élevée sont deux fois plus susceptibles d'avoir accès à des services de santé que les personnes dans les 40% du bas de l'échelle (Davidson, Abbas & Victora, 2004).

Selon le classement de la Banque mondiale des groupes de revenus, du point de vue du revenu brut national (RBN) par habitant, 37 des 46 pays de la Région africaine étaient des pays à faibles revenus, avec 735\$US ou moins par revenu annuel par habitant en 2003. Quatre pays se situaient dans la fourchette des pays à revenus moyens à inférieurs de 736 – 2 935\$US. Quatre autres étaient dans la fourchette des revenus moyens à supérieurs de la Région, de 2 936– 9 075\$US. Aucun des pays de la Région de l'Afrique ne se situait dans la fourchette des revenus élevés de 9 076\$US ou plus (UNDP, 2003:250). Si on utilise ces catégories, la distribution des indicateurs de la santé (espérance de vie en bonne santé, espérance de vie, probabilité de décès et ratio de

mortalité maternelle) semble s'améliorer alors qu'on passe des pays à faibles revenus aux pays à revenus moyens à élevés (Tableau 1). Par exemple, l'espérance moyenne de vie à la naissance dans les pays à faibles revenus est de 47,8 ans comparée à 60,8 ans pour les pays à revenus moyens supérieurs, soit une différence de 13 ans. Aussi, les populations vivant dans des pays relativement prospères peuvent espérer vivre une vie plus longue en bonne santé que les personnes vivant dans des pays à faibles revenus. Les inégalités sur le plan santé entre les pays reflètent les inégalités sous-jacentes dans la distribution des divers déterminants de la santé. En effet, l'accès à une eau salubre, à l'assainissement, le taux d'alphabétisation des adultes et le taux de fréquentation scolaire sont plus faibles dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus moyens inférieurs et supérieurs.

TABLEAU 1 : Distribution des déterminants de la santé (espérance de vie) et déterminants sociaux choisis, par niveau de revenus des pays dans la Région africaine, 2003

Variable Valeurs moyennes	Pays à faibles revenus (n=37)	Pays à revenus moyens inférieurs (n=5)	Pays à revenus moyens supérieurs (n=4)
Espérance de vie saine des hommes (à la naissance)	40,3	47,6	51,0
Espérance de vie saine des femmes (à la naissance)	42,0	49,8	54,4
Espérance de vie (à la naissance)	47,8	55,7	60,8
Population avec accès durable à un point d'eau amélioré (%)	55,5	77,2	85,8
Population avec accès durable à un assainissement amélioré (%)	50,9	69,2	74
Taux d'alphabétisation chez les adultes (%)	56,3	78,2	81,2
Ratio de fréquentation scolaire combinée	43,5	76	77,3
Taux de mortalité maternelle	960,6	238	181,3

Source: UNDP 2003

Déterminants de la pauvreté, de l'inégalité et de la santé publique

Les déterminants de la pauvreté, de l'inégalité et de la santé publique dans la Région africaine peuvent être classés en trois grandes catégories : facteurs qui sont dus à des conditions inchangeables, tels que le climat, la géographie et l'histoire ; facteurs mondiaux pouvant être modifiés, tels que le commerce international, la paix et la stabilité ; et les facteurs au niveau national, dont le système de santé et la pandémie du VIH/SIDA.

Climat, géographie et histoire

La topographie de la plupart de l'Afrique, avec une série de surfaces en plateaux, dont les escarpements forment des barrières de chutes et courants rapides dans les rivières et fleuves en aval, ne permet guère d'utiliser ces rivières comme moyens de transport vers l'intérieur. Le terrain accidenté de la Région ne se prête pas non plus aux transports terrestres des biens vers l'extérieur. Par ailleurs, le désert du Sahara est une barrière aux échanges entre l'Afrique subsaharienne et les régions côtières et les partenaires commerciaux dans le Nord, y compris l'Europe. Cette barrière géographique au transport des biens et donc au commerce comporte une incidence très négative sur le développement économique des régions. La plupart des personnes vivent dans des régions avec peu de voies d'eau permettant d'irriguer et, par ailleurs un terrain accidenté ne permet pas une irrigation bon marché. Une pluviosité irrégulière, ainsi que la baisse régulière des pluies sur le continent ces 30 dernières années ne favorisent guère le développement agricole. Le climat tropical chaud et humide favorise la reproduction des insectes et autres vecteurs de maladies qui harcèlent le continent, surtout le paludisme. Ces maladies ont elles aussi une incidence négative sur le développement socioéconomique de la Région (Projet du Millénaire des Nations Unis, 2005a:146).

La période de la colonisation européenne en Afrique du début du 15^e siècle jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre Mondiale a provoqué une vague de misère humaine et une dévastation économique et sociale. L'époque après l'Indépendance a également été marquée par une explosion de conflits frontaliers et de guerres civiles dans les pays.

Influences mondiales

La dégradation de l'environnement est également responsable de la pauvreté et de la mauvaise santé dans la Région. Les actions prises, tant par les pays africains que par les pays industrialisés, ont encore empiré la situation. Par exemple, l'important déboisement de la Région a été causé en partie par la demande locale pour des terres, matériaux de construction et du carburant que nécessite la croissance de la population. Il a également été causé par la demande internationale de bois de construction et autres produits forestiers (Projet du Millénaire des Nations Unies, 2005b:3).

Dans d'autres parties du monde, la mondialisation et une bonne gouvernance économique ont permis d'élever les niveaux de vie. Par ailleurs, la globalisation n'a pas eu le même effet positif sur l'économie dans la Région de l'Afrique où elle n'a pas permis de faire reculer la pauvreté ou d'améliorer la santé publique (UNDP, 1999). Une libéralisation plus grande des systèmes commerciaux et financiers et la création de marchés mondiaux où l'Afrique n'arrive pas à livrer concurrence l'ont encore davantage rejeté dans la pauvreté, les personnes n'arrivant plus à payer pour les services de santé. Cette situation explique également l'exode d'un personnel qualifié (notamment en santé) vers les pays développés (Joint Learning Initiative, 2004:18). L'aide étrangère a été généralement utilisée pour encourager la culture de produits vivriers, comme le coton, le cacao et le café au lieu de l'agriculture de subsistance.

La Région de l'Afrique continue à se débattre devant une avalanche de catastrophes provoquées par l'homme et celles dues à la nature. Certaines régions souffrent de pénuries alimentaires suite aux sécheresses, à l'épidémie du VIH/SIDA et aux conflits armés, d'où de complexes urgences humanitaires (Commission for Africa, 2005:34). La Région africaine est très riche en ressources naturelles mais la lutte pour contrôler ses ressources de diamants, de bois, d'or, de minéraux et de pétrole a déstabilisé bien des pays, provoquant des guerres avec toutes les conséquences négatives que cela suppose sur le bien-être social et la santé.

Facteurs nationaux

L'accroissement rapide de la population et l'exode rural, les plus rapides qui soient dans les pays de la Région de l'Afrique, ont aggravé les problèmes corrélés aux déterminants mondiaux susmentionnés. Ils empiètent sur les terres et accélèrent la

dégradation environnementale (déboisement, dégradation des sols, épuisement du stock de poissons, diminution des sources d'eau douce). Privées d'eau salubre pour la boisson et pour l'utilisation de la préparation de la nourriture, les populations sont vulnérables à toute une gamme de maladies hydriques dont le choléra, la typhoïde et autres infections diarrhéiques, ainsi qu'à des parasites tels que la dracunculose et les schistosomes. En 2002, le pourcentage de la population dans la Région de l'Afrique avec accès à une eau salubre était de 84% dans les zones urbaines et de 45% dans les zones rurales. Chercher l'eau est une tâche dure physiquement, qui prend beaucoup de temps et qui est généralement reléguée aux femmes et aux enfants. Seule 58% de la population urbaine et 28% de la population rurale a accès à des installations sanitaires adéquates (OMS, 2005b:42). Des centaines de milliers de personnes, surtout les enfants, meurent chaque année de maladies causées par des micro-organismes, des produits chimiques dans l'approvisionnement en eau ou des maladies causées par le manque d'assainissement et d'hygiène.

La pollution atmosphérique est l'un des plus graves problèmes environnementaux de l'Afrique. C'est une menace constante pour la santé, surtout dans les zones urbaines. Alors que les villes s'étendent, de plus en plus de véhicules, d'industries, de maisons et de stations d'électricité font augmenter la charge de pollution. La pollution atmosphérique urbaine est cause de maladies telles que les cancers des poumons, les maladies cardiaques, l'asthme et les bronchites. La pollution à l'intérieur du foyer a également des conséquences pour la santé des gens. La plupart des personnes vivant dans les zones rurales et dans des taudis des villes de la Région continuent à utiliser des combustibles traditionnels, tels que les résidus, les cultures et le bois de feu pour se chauffer et faire la cuisine et ces combustibles de faible qualité, combinés à des réchauds inefficaces et au manque de ventilation, créent des niveaux élevés de polluants à l'intérieur de la maison (OMS, 2002b). La pollution chimique représente un autre problème. L'exposition à certains produits chimiques peut causer des effets allant de l'intoxication aiguë aux malformations génitales et au cancer. Des pratiques dangereuses en agriculture ou l'utilisation de certains produits chimiques en santé publique ont de profondes répercussions sur la santé. L'utilisation du DDT est un problème particulier. Interdit dans la plupart du monde à cause de sa solubilité dans les graisses, sa persistance et sa capacité à se déplacer, ce pesticide est utilisé dans certaines parties de l'Afrique car

il n'existe pas d'autres options moins chères et parce qu'il est efficace pour lutter contre les vecteurs (Govere, Lyimo, Bagayoko, Faye, Ameneshewa, Guillet, Murugasampillay & Manga, 2004).

Alors qu'elle représentait un monde essentiellement rural il y a à peine 20 ans de cela, l'Afrique s'urbanise rapidement. Actuellement, 37% de sa population vit dans des villes et, en 2030, cette proportion devrait atteindre 53%. Ces villes, qui s'étendent rapidement, sont souvent caractérisées par des taudis, des services d'eau et d'assainissement insuffisants et des problèmes d'eaux usées. Les microbes se multiplient rapidement et les maladies infectieuses prennent une ampleur épidémique. Le surpeuplement qui accompagne toujours l'urbanisation rapide vient encore s'ajouter à la litanie de problèmes sociaux et comportementaux, dont la désintégration de la famille, les sans-abri, les crimes, la violence, la toxicomanie et la violence sexuelle (OMS, 2003b:4).

Les comportements liés à la santé sont également des déterminants importants. Un comportement sexuel risqué est responsable de niveaux élevés de maladies sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA. Les maladies chroniques sont liées à quelques facteurs-risques connus et modifiables : tension artérielle élevée, niveaux de cholestérol élevés, niveaux élevés de glycémie, usage du tabac, consommation insuffisante de fruits et de légumes, ainsi que le poids excessif, l'obésité ou l'inactivité physique. Ces facteurs-risques augmentent dans le sillon de l'urbanisation et de la mondialisation (OMS, 2002c:7). Alors que les gens quittent les villages pour s'installer dans la ville, l'alimentation traditionnelle riche en fruits et légumes est généralement remplacée progressivement par une alimentation riche en calories provenant des graisses animales et faible en glucides. Ce changement alimentaire est conjugué à la réduction de l'activité physique puisque les gens abandonnent l'agriculture traditionnelle pour prendre des emplois sédentaires. Le marketing mondial du tabac, de l'alcool et des produits alimentaires gras, sucrés et salés est arrivé jusque dans les parties les plus reculées de la Région.

Systèmes de santé

Le système de santé lui-même peut être vu comme un déterminant de la pauvreté, de l'inégalité et de la santé publique. Généralement, les gens qui sont en mauvaise santé montent moins mais descendent davantage l'échelle sociale que les personnes en bonne santé. Le rôle du système de santé est le plus évident au

niveau de l'accès à des services de santé préventive et curative (Braveman et al., 2003). Le système de santé peut traiter directement des inégalités, non seulement en améliorant l'accès équitable aux soins, mais également en encourageant l'action intersectorielle pour améliorer l'état de santé. Le système de santé peut également vérifier que les problèmes de santé ne détériorent pas davantage la situation sociale des gens et faciliter la réintégration sociale des personnes malades.

Par ailleurs, la Région n'est pas arrivée à promouvoir l'accès équitable et durable à des systèmes de santé fonctionnant adéquatement. Il existe toujours des disparités géographiques qui n'ont fait que s'accroître ces 10 à 20 dernières années. Un grand nombre de personnes, surtout celles vivant dans les zones rurales, doivent encore se déplacer à pied sur de longues distances pour recevoir des soins de santé de base. Lorsqu'elles arrivent à un hôpital ou à un centre de santé, elles ne seront soignées que si elles payent. Inévitablement, un grand nombre ne demanderont pas de traitement car ils ne peuvent pas payer et ceux qui payent trouveront souvent que le coût est ruineux et la qualité de services médiocre. Une rotation rapide des personnes dans les positions clés, le manque de continuité dans la politique, le manque de ressources, la mauvaise gestion des ressources disponibles et la mauvaise exécution sont vus dans bien des pays comme les freins empêchant d'améliorer les systèmes de santé. La plupart des pays de la Région ont hérité un modèle européen et colonial de soins de santé qui était essentiellement destiné aux administrateurs expatriés coloniaux, avec une prestation séparée ou de seconde classe—si tant est qu'il y en eût une—pour les Africains (OMS, 2000b:14).

La plupart des pays de la Région ne comptent de système d'information en santé capable de collecter, de stocker, d'analyser et de notifier des données pour étayer les politiques et la prise de décisions. Si les données sur le profil de santé de la population viennent des registres de naissances et de décès, ces événements pourtant sont rarement notés pour la plupart des gens en Afrique. Par exemple, moins de 10% des décès sont enregistrés dans la Région et, même lorsqu'ils le sont, souvent les causes du décès ne sont pas spécifiées ou attribuées de manière fiable (Mathers, Ma Fat, Inoue, Rao & López, 2005).

Dans certaines parties de la Région, plus de la moitié de la population n'a pas accès aux médicaments essentiels et, par conséquent, ne peut pas recevoir un traitement prouvé de maladies

courantes. Ne disposant pas de médicaments de bonne qualité et d'un coût abordable, certaines personnes de la Région se tournent en dernier recours vers des médicaments falsifiés, bon marché ou de mauvaise qualité. Seuls 10% de pays de la Région sont dotés d'une capacité de réglementation de la médecine (OMS, 2005c:9).

Si les chiffres absolus des professionnels de la santé ont augmenté, le rapport professionnels de la santé à habitant a par contre diminué. Moutlt sont les facteurs qui expliquent la pénurie croissante des personnels de santé de la Région : charge élevée de maladie qui demande un plus grand nombre d'agents de santé pour s'occuper des malades, pertes importantes des agents de santé suite à la migration et aux décès (surtout à cause du SIDA), manque de politiques et plans des ressources humaines qui répondent aux demandes accrues de services et infrastructure sanitaire précaire ou stagnante qui n'arrive pas à suivre la cadence de la croissance de la population (Awases, Gbary, Nyoni & Chatora, 2004).

Dans des pays africains, les dépenses générales des secteurs public et privé pour la santé s'élèvent à environ 5% du produits national brut (PNB). Les dépenses publiques, dans les dépenses totales de la santé, s'élèvent à 51% (dont 20% proviennent de sources externes). Les entreprises privées et les ménages contribuent à raison de 49%. Pratiquement 80% de ces dernières dépenses sont des dépenses propres par les ménages. Les chefs d'Etat africains se sont engagés à Abuja à octroyer au moins 15% de leurs budgets annuels au secteur de la santé. A la fin de 2002, seuls deux pays avaient dépensé 15% ou plus de leurs budgets pour la santé (Chatora, 2005).

La pandémie du VIH/SIDA

Non seulement l'épidémie est-elle responsable de la charge de morbidité élevée, mais elle est également un facteur entravant le développement. Elle détruit le capital humain ; elle sape les mécanismes de formation du capital humain ; elle rend l'investissement moins attirant et elle obère les capacités humaines et institutionnelles qui poussent au développement durable. Par exemple, les entreprises connaissant une rotation massive imputable au SIDA font face à des coûts très élevés de réaffectation et de recyclage des agents (OMS, 2001:47). Les agents qualifiés sont morts ou sont partis en grand nombre, laissant les pays sans leadership technique ou esprit d'entreprise. Un grand nombre d'orphelins laissés par le SIDA submergent les réseaux de soutien social. Le temps et les dépenses pour les enterrements

fréquents peuvent également peser sur l'économie locale. La maladie déborde la capacité des systèmes de santé et les rangs plus restreints d'un personnel submergé par la tâche (OMS, 2004c:8).

Le chemin de l'avant

Interventions multisectorielles

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) reconnaissent l'interdépendance entre la pauvreté, les inégalités et la santé publique. Le cadre des OMD nous montre que, sans progrès sur le plan réduction de la pauvreté, sécurité alimentaire, éducation, autonomie des femmes et meilleures conditions de vie dans les taudis ou environnement durable, un grand nombre de pays ne sauront atteindre les cibles de santé. Et sans progrès en santé, d'autres OMD resteront hors de portée. A la cadence actuelle, tous les pays de la Région n'avancent pas suffisamment vite pour atteindre les OMD des Nations Unies, surtout l'Objectif 1 : réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015 (UNDP 2005:18).

La pauvreté, l'inégalité et la mauvaise santé publique dans la Région de l'Afrique sont autant de problèmes qu'il faut attaquer avec une croissance économique durable encouragée par de plus grands investissements dans l'infrastructure (électricité, routes, ports et communications), l'environnement et l'amélioration de la gestion urbaine. Les gouvernements de la Région de l'Afrique doivent vérifier que la croissance économique n'accentue pas les inégalités et que les pauvres prennent part à cette croissance en cherchant à étendre leur accès à la propriété foncière, en les aidant à démarrer de petits commerces et en élargissant leur accès au microfinancement. Il est également important de renforcer l'investissement public dans l'éducation et la santé publique. Ce sont les pouvoirs des divers états qui doivent prendre en main les rênes et insister sur les droits humains et l'équité sociale pour promouvoir le bien-être de tous et vérifier que les pauvres et les marginalisés participent pleinement aux décisions qui influencent leur vie (UNDP, 2004:15). La recherche de la stabilité macro-économique ne doit pas signifier que l'on marginalise et que l'on coupe les dépenses du secteur social. Le défi consiste à garantir un niveau de dépenses assurant la stabilité macro-économique et qui favorise le développement de la santé et l'équité en santé (Banque mondiale, 2006:198).

Interventions du secteur santé

Au regard de la nature multidimensionnelle de la pauvreté, la contribution du secteur de la santé à la réduction de la pauvreté doit comprendre des interventions, tant de l'extérieur que de l'intérieur du secteur de la santé. En effet, le secteur de la santé devrait collaborer avec d'autres secteurs pour influencer les conditions préalables à la santé publique, notamment : eau salubre et assainissement ; innocuité alimentaire et des médicaments ; lutte contre le tabagisme ; accès à l'éducation et à l'information sanitaires ; et normes de sécurité sur les lieux du travail, de l'habitat, des transports et conditions environnementales. Sa contribution visera au moins à viser et à faire appliquer les normes de ces conditions sous-jacentes.

Le secteur de la santé doit maintenir une tribune de plaidoyer visant les parties prenantes et partenaires à l'extérieur du secteur de la santé pour les sensibiliser à l'importance que détient la santé dans la réduction de la pauvreté et pour apporter des orientations sur la manière dont d'autres secteurs (éducation, agriculture, transport, énergie, eau et environnement, finances et planification, logement, assainissement, industrie) devraient intégrer les aspects santé à leurs politiques et pratiques pour améliorer l'état de santé. Une première étape consiste à dégager des preuves des liens entre la santé publique et les déterminants environnementaux et socioéconomiques. Le secteur de la santé doit faire une évaluation régulière des éventuelles implications des politiques de développement sur la santé des différents groupes sociaux. A cette fin, les données collectées régulièrement sur la santé, les soins de santé et autres déterminants sanitaires doivent être désagrégées en groupes par facteurs, tels que la santé, le genre, la race/l'ethnie qui reflètent la pauvreté et le désavantage social (Nolen et al., 2005).

Au niveau des politiques pour le système de santé, les pays doivent entreprendre des réformes pour changer l'orientation des systèmes de santé, pour passer d'une approche trop curative à un mode plus préventif et promotionnel des interventions de santé, afin d'améliorer le plus rapidement l'état de santé des pauvres. Il faut également étendre la couverture sanitaire aux zones peu desservies pour aider les populations vulnérables ; renforcer les programmes de vaccinations contre les maladies infantiles grâce à une mobilisation de fonds suffisants ; et améliorer la production locale de vaccins, de médicaments et de diagnostics (OCDE/OMS, 2003: 53).

Il est important de mettre sur pied un système national de financement de la santé qui permet d'améliorer l'état de santé de manière équitable et efficiente et qui protège les populations contre les conséquences appauvrissantes de la maladie. Un financement équitable élargira l'accès aux soins de santé pour le pauvre, améliorera la santé de la population et, partant, sa capacité à gagner sa vie, diminuant ainsi indirectement la pauvreté. Il permet également de réduire la prévalence et la gravité de la pauvreté en protégeant les pauvres et les vulnérables contre l'appauvrissement encore plus grand suite aux dépenses pour les soins de santé (OMS, 2005d). A cette fin, il faudra obtenir un financement plus durable pour les systèmes de santé, choisir et acheter des interventions efficaces par rapport aux coûts, distribuer des incitations financières pour les prestataires de services et garantir un accès équitable à des services de santé de qualité.

Autre option d'intervention importante : renforcer les initiatives de promotion sanitaire, notamment un comportement sain pour améliorer la santé et prévenir les maladies prioritaires, surtout celles affligeant le pauvre. Il est important de donner une place centrale à la nutrition, à l'innocuité alimentaire, à la réduction des facteurs-risques environnementaux et comportementaux, surtout ceux exposant au VIH/SIDA et à d'autres maladies sexuellement transmissibles, aux maladies cardio-vasculaires, au diabète et cancer. Des interventions multisectorielles seront également nécessaires pour mobiliser les individus, les familles et les communautés afin qu'ils participent davantage à la promotion de la santé et aux interventions de prévention (OMS, 2002c:101).

Le secteur de la santé doit étendre à plus grande échelle les interventions contre les grands problèmes de santé publique de la Région. Sur le plan du VIH/SIDA, il faut insister tant sur la prévention de l'infection et la lutte contre celle-ci que sur les soins et le soutien pour les personnes vivant avec le SIDA. Il faut élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux et encourager la production locale de médicaments génériques. Pour la lutte antituberculeuse, il s'agit d'étendre la couverture de l'accès à un traitement de brève durée sous observation directe. Le paludisme peut être combattu grâce à l'association médicamenteuse à base d'artémisinine dans les pays où existe une résistance à la chloroquine. Le traitement préventif pour les femmes enceintes, la lutte contre le vecteur à l'aide de matériel imprégné aux insecticides et la pulvérisation des insecticides sont autant de

moyens qu'il s'agit de promouvoir. La santé maternelle peut être améliorée en élargissant l'accès à des soins prénatals et postnatals de qualité, dont les soins obstétricaux d'urgence visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les services de santé infantile, surtout les vaccinations, et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, doivent également être soutenus en renforçant les soins de santé primaires dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. D'autres moyens encore existent : modes améliorés pour la nutrition et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que surveillance des maladies et stratégies de réponse aux épidémies (OMS, 2003c:8).

Ce type d'interventions créera de nouvelles possibilités pour les pauvres de pénétrer sur le marché du travail, armés de meilleures capacités leur permettant une productivité plus élevée. Situation qui, à son tour, aidera à réduire la pauvreté puisqu'elle concerne l'individu, la famille, la communauté et la nation. Les pays doivent déployer les réformes nécessaires à ces interventions, mettre à jour les politiques sanitaires nationales et augmenter les parts budgétaires accordées à la santé conformément à la déclaration des chefs d'Etat lors d'Abuja (OAU, 2000), qui engage les pays à affecter 15% de leur budget total au secteur de la santé. Ils doivent également mobiliser de plus amples ressources, aux niveaux national et international, qui sont octroyées au secteur de la santé et mettre en place un mécanisme transparent pour gérer, suivre et évaluer l'utilisation efficace de ces ressources.

Le rôle de l'OMS et ses partenaires

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la stratégie du nouveau Partenariat pour le Développement africain (NEPAD), l'Assemblée mondiale de la Santé, la résolution des chefs d'Etat de l'Union africaine et les priorités nationales constitueront le fondement des priorités de santé de l'OMS et des autres partenaires de la Région africaine. Le partenariat est capital pour la réalisation des OMD. Une collaboration plus étroite devra être forgée entre l'OMS et l'Union africaine, la Commission économique de l'ONU pour l'Afrique et les communautés économiques régionales, ainsi qu'avec d'autres organismes des Nations Unies, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, les bailleurs de fonds bilatéraux, les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Il faut chercher par divers efforts à encourager la participation des organisations de la

société civile, des femmes, du secteur privé et des instituts universitaires et de recherche à l'appui de la réforme du secteur de la santé. Les opinions communautaires seront prises en compte de sorte à ce que les systèmes nationaux de santé répondent davantage aux attentes et besoins des gens et les communautés prendront une part plus active à la promotion et à la prévention de la santé.

Le consensus international actuel sur l'importance de la santé pour le développement socioéconomique et la réduction de la pauvreté tel que reflété dans le rapport de la Commission Afrique du Royaume Uni et la Résolution G8 ainsi que le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le Paludisme (Fonds mondial), le Plan d'urgence du Président américain pour les secours en matière de SIDA (PEPFAR) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ainsi que l'initiative Pour une grossesse moins risquée (MPS) sont autant de voies inédites pour une coopération technique renforcée entre l'OMS et d'autres partenaires de pays de la Région.

Conclusion

Un effort concerté par des pays de la Région africaine et leurs partenaires prend de son élan pour pousser au changement et aider la Région à poursuivre son chemin vers les OMD. Les pays devront octroyer un pourcentage plus élevé de leurs dépenses nationales à la santé et leurs partenaires devront augmenter leur aide à la Région africaine pour pallier au manque de ressources financières. Les gouvernements et leurs partenaires doivent également vérifier que les bonnes politiques sont traduites en actions concrètes.

La réalisation des OMD dépend de l'effort fait par les pays mais aussi de changements dans les politiques adoptées par les pays prospères, par exemple le pardon de la dette, l'engagement à augmenter l'aide et son efficacité et la suppression des barrières au commerce. Un pas en avant a été franchi. Les pays donateurs ont convenu d'harmoniser l'aide et de respecter les priorités du développement des pays bénéficiaires. Et pourtant, plusieurs de ces pays riches n'ont pas encore honoré leur engagement de donner 0,7% de leurs revenus annuels au titre de l'aide (ONU, 2002). Par ailleurs, une aide accrue ne pourra véritablement bénéficier aux pays que si ces derniers s'engagent à adopter des politiques qui visent à réduire la pauvreté et les inégalités et à promouvoir et protéger la santé publique.

NOTE

¹ Ce document se concentre sur les 46 Etats Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La Région ne comprend pas tous les 54 pays du continent africain. La Région comprend essentiellement des pays de l'Afrique subsaharienne bien qu'elle ne se limite pas à l'Afrique subsaharienne.

REFERENCES

- Awases, M., Gbary, A., Nyoni, J. and Chatora, R. 2004. Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- Black, R.E., Morris, S.S. and Bryce, J. 2003. "Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year?" *Lancet*, 361:2226-34.
- Braveman, P. and Gruskin, S. 2003. "Poverty, Equity, Human Rights and Health". *Bulletin of the World Health Organization*. 81:539-545.
- Chatora, R. 2005. Health Financing in the WHO African Region. *African Health Monitor*. 5(2):13-6.
- Commission for Africa. 2005. Our Common Interest: Report of the Commission for Africa. London; Commission for Africa.
- Gwatkin, Davidson R., Bhuiya, Abbas and Victora, Cesar G. 2004. "Making Health Systems More Equitable". *Lancet* 364: 1273-80.
- Govere, J., Gebremariam, F., Lyimo, E., Bagayoko, Faye O., Ameneshewa, B., Guillet, P., Murugasampillay, S. and Manga, L. 2004. "The Use of DDT for Malaria Vector Control: Past, Present and Future". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(4):11-13.
- Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health-Overcoming the Crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mathers, C.D., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C., López, A.D. 2005. "Counting the Dead and What they Died from; an Assessment of the Global Status of Cause of Death Data". *Bulletin of the World Health Organization* 83:171-7.
- Meda, H.A., ROUNGOU, J.B., and DABIRÉ, A. 2004. "Update on Progress Made in the Implementation of the Regional Programme for the Control of Human African Trypanosomiasis, 2003". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(3): 10-11.
- Nolen, L.B., Braveman, P., Norberto, J., Dachs, W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J., and Zarowsky, C. 2005. "Strengthening Health Information Systems to Address Health Equity Challenges". *Bulletin of the World Health Organization*. 83:597-603.
- OAU. 2000. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. Addis Ababa: Organization of African Unity.
- OECD. 2001. The DAC Guidelines. Poverty Reduction. Paris: OECD Publications Service.
- OECD/WHO. 2003. DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. Paris. OECD.

- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A.A., Jarawan, E., et al. 2004. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva: World Health Organization.
- Renner, Michael. 2002. The Anatomy of Resource Wars. Worldwatch Institute (October).
- Roungou, J.B., Mubila, L., Dabira, A., Kinvi, E.B. and Kabore, A. 2005. "Progress in Lymphatic Filariasis Elimination in the African Region". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 3(1):10-11.
- UNAIDS/WHO. 2004. UNAIDS Epidemic Update 2004. Geneva: UNAIDS/WHO.
- UN. 2002. Report on the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18–22 March 2002. New York: United Nations.
- UNDP. 1999. Human Development Report 1999: Globalization with a Human Face. New York: United Nations Development Programme.
- UNDP. 2003. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty. United Nations Development Programme. New York Oxford: Oxford University Press.
- UNDP. 2004. Human Development report 2004: Cultural Liberty in Today's Diverse World. New York: United Nations Development Programme.
- UNDP. 2005. Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World. New York: United Nations Development Programme.
- UN Millennium Project. 2005a. Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. United Nations Development Programme. London and Sterling, VA: Earthscan.
- UN Millennium Project. 2005b. Environment and Human Well-Being: A Practical Strategy. Report of the Task Force on Environmental Sustainability. London: Earthscan.
- WHO. 2000a. Noncommunicable Diseases: A Strategy for the African Region, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2000b. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002a. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002b. Health and Environment: A Strategy for the African Region (AFR/RC52/10). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2002c. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2003a. Communicable Diseases in the WHO African Region 2003. Harare: Division of Prevention and Control of Communicable Diseases, WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2003b. Reducing Poverty through Healthy Cities Programme. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa.

- WHO. 2003c. Poverty and Health: a Strategy for the African Region (AFR/RC52/11). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- WHO. 2004a. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.
- WHO. 2004b. Communicable Diseases in the WHO African Region 2003. Division of Prevention and Control of Communicable Diseases. WHO Regional Office for Africa; 2004.
- WHO. 2004c. The World Health Report 2004: Changing History. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005a. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005b. World Health Statistics 2005. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2005c. The Work of WHO in the African Region – 2004. Annual Report of the Regional Director. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- WHO. 2005d. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers. Number 2. Geneva: World Health Organization.
- WHO/UNICEF. 2003. Africa Malaria report 2003. Harare: World Health Organization, Regional Office for Africa.
- World Bank. 2005. Improving Health, Nutrition and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa. The Role of the World Bank. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank. 2006. World Development Report 2006: Equity and Development. Washington D.C.: The World Bank/Oxford University Press.

A PROPOS DE L'AUTEUR

Luis G. Sambo a obtenu son diplôme en médecine en 1977 de la Faculté de Médecine de l'Université d'Angola et de la Faculté des Sciences médicales de l'Universidade Nova de Lisboa. Il a démarré sa carrière en 1977 comme médecin chef de district à la municipalité de Cacucaco, dans la province de Luanda, et a assumé les fonctions de Directeurs des Services de Santé de la province de Cabinda, de 1978 à 1980, puis de Directeur de la Coopération internationale au sein du Ministère de la Santé de Luanda, de 1981 à 1983. Le Docteur Sambo a occupé d'autres positions avant d'être nommé au poste de Vice-Ministre de la Santé en 1983, position qu'il a détenue pendant cinq ans. Vice-Ministre de la Santé de l'Angola, il était le Président du Comité de Santé national ; Coordinateur des Hôpitaux publics à Luanda ; et superviseur du Programme national de Contrôle des Maladies, Santé maternelle et infantile et Surveillance épidémiologique. En 1989, il entré à l'OMS comme Chef de l'Equipe de Soutien stratégique interpays à Harare, Zimbabwe. En 1990, il était nommé Représentant de l'OMS en Guinée Bissau. Il a été réassigné au Bureau régional à Brazzaville en 1994 en tant que Conseiller régional en charge de coordonner la Stratégie de Santé-pour-Tous de l'OMS. En 1996, il a servi comme Directeur de la Division de Développement des Services sanitaires au Bureau régional.

Pauvreté, inégalité, et santé publique dans la Région africaine

De 1998 à 2004, il était Directeur de Gestion de Programme au Bureau régional, coordonnant le programme de coopération technique de l'OMS avec 46 Etats Membres dans la Région africaine. Il a publié plusieurs ouvrages dans des journaux internationaux et il est membre de diverses associations. Il occupe actuellement le poste de Directeur régional Afrique de l'OMS.