

INÉGALITÉ, SANTÉ PUBLIQUE ET ÉTHIQUE : LE CAS LATINO- AMÉRICAIN

Bernardo Kliksberg

I. Le contexte latino-américain et la santé : une relation complexe

Sur la nouvelle scène mondiale se dessinent des changements fondamentaux dans la façon de déterminer si les sociétés progressent réellement et de mesurer le développement. Ces changements découlent des frustrations profondes qu'ont connues ces dernières décennies un grand nombre de sociétés, dont certaines en Amérique latine, qui aux termes des critères habituels de taux de croissance annuel, produit brut par habitant et baisse des niveaux d'inflation, semblaient réunir tous les signes de progrès, mais qui pourtant, subissaient de profonds processus de détérioration des fondements de leurs économies, et où des groupes croissants de la population se voyaient exclus.

L'Amérique latine se profile dans la pensée émergente comme un exemple clair d'une région où, comme l'affirme le Prix Nobel d'économie Stiglitz (2002), les définitions et mesures classiques du développement se sont vues démenties par la réalité. Il explique :

« Moi je pense que nous devons réexaminer, reformuler et élargir nos connaissances sur le plan de l'économie du développement que l'on considère comme vraies au moment de planifier la prochaine série de réformes ».

La nouvelle vision qui commence à s'affirmer de plus en plus élargit considérablement le champ des aspects qui devraient être pris en compte pour déterminer si une société progresse, et comprend, de pair avec les indicateurs économiques habituels, des aspects qui ont trait au développement social, au développement environnemental, à l'accès à la culture, aux libertés, et à la construction de la citoyenneté. Nous savons qu'il y a bel et bien progrès si en définitive on assiste à une croissance de ce qu'Amartya Sen a appelé « les degrés de liberté », les options effectives pour que chaque être humain puisse réaliser son potentiel.

Cette vision revalorise pleinement le rôle de la santé publique. La façon dont une société traite ses membres dans ce domaine essentiel est un « indicateur de choc », crucial, de la mesure du progrès effectif. La santé est un objectif prioritaire en soi, et c'est aussi le pilier stratégique pour qu'il existe une réelle liberté.

Par ailleurs, la nouvelle pensée sur le développement donne un sens différent de l'acception conventionnelle au poids des ressources humaines d'une société pour atteindre les objectifs de productivité, de progrès technologique, de compétitivité et de croissance. Les différences centrales en termes de performance nationale sur la scène économique mondiale actuelle reposent sur la « qualité de la population » d'un pays. Les deux expressions fondamentales de cette qualité sont les niveaux d'éducation et de santé. Cette dernière est fortement influencée par la première tout en constituant le fondement de la première. L'accumulation de capital dans les domaines de l'éducation et de la santé s'est avérée être un levier clé du développement dans les économies les plus florissantes de ces dernières décennies, telles que les économies nordiques, et certaines du Sud-est asiatique. Il ressort du rapport de la Commission sur la macroéconomie et la santé (OMS, 2002) présidée par Jeffrey Sachs que tous les pays qui ont réussi ont au préalable réalisé des investissements importants pour l'amélioration de leur santé publique. Les améliorations dans le domaine de la santé ont constitué une condition préalable du développement, et non une simple conséquence de celui-ci.

La santé apparaît de plus en plus comme un critère essentiel pour mesurer le progrès réel, ainsi que comme un moyen décisif pour y parvenir. Il s'agit d'une évolution absolument fondamentale. Toutefois, dans le même temps, se développe la vision selon laquelle la réalisation des objectifs recherchés dans le domaine de la santé constitue un défi extrêmement complexe dans la mesure où ils sont étroitement liés à une vaste gamme de facteurs relatifs au fonctionnement global des sociétés. Les caractéristiques des environnements, en termes de pauvreté, d'inégalités, de couverture et de qualité de l'infrastructure, de situation des familles, de développement des communautés, d'environnement, et autres, sont décisives. En particulier, la question fondamentale de l'inégalité dans la santé s'est avérée extrêmement complexe. L'expérience latino-américaine fait apparaître qu'il est possible d'améliorer considérablement les indicateurs moyens tout en creusant les écarts à l'intérieur des pays avec des effets très prononcés sur de vastes secteurs. Il est

indispensable, comme l'explique Mirta Roses (2003), de s'éloigner de la tyrannie des moyennes. Comme elle le suggère, il peut être préférable en termes d'espérance de vie et d'autres paramètres de naître dans un pays où le revenu par habitant est plus bas, mais où il y a plus d'équité, que dans un autre où le revenu par habitant est plus élevé mais où les écarts entre les revenus sont plus profonds. Comme l'indiquent divers travaux de recherche, le coefficient de Gini peut être très utile pour comprendre les problématiques réelles de la santé d'une population. Ainsi, Erick Messias (2003) estime en examinant les différences entre les divers états du Brésil, l'un des pays où les inégalités sont les plus fortes dans ce domaine, que chaque augmentation de 0,01 du coefficient de Gini correspond à une chute de l'espérance de vie de 0,6 ans.

Cela amène à se poser une question absolument stratégique. Qu'est ce que cela implique pour la santé publique et ses perspectives en Amérique latine, que d'être immergé dans la région du monde considérée unanimement comme celle où subsistent le plus grand nombre d'inégalités ? Cette question cruciale peut être interprétée de deux façons. Les inégalités dans la santé semblent être fortement influencées par les inégalités si profondes des sociétés latino-américaines. D'autre part, toute stratégie véritablement efficace pour faire face à cette situation et surmonter ces inégalités devra s'attacher à réaliser des progrès dans le domaine de la santé.

La démocratisation des déterminants de la santé publique constitue l'une des principales voies pour faire face aux seuils d'inégalité inacceptables et régressifs dans la Région. L'Amérique latine connaît actuellement des changements d'envergure pour ce qui est de la façon dont sont perçues les voies de développement et le contenu de celui-ci, qui ouvrent des horizons nouveaux aux mouvements de lutte pour la santé publique. On assiste à une croissance démocratique extrêmement importante. Les sociétés civiles ont une participation toujours plus active, et exigent de passer d'une démocratie passive à une démocratie active. Les pressions publiques pour un État plus transparent, décentralisé et ouvert s'intensifient. Une mobilisation pour l'ascension du capital social de la société se dessine. Il existe des attentes nouvelles sur le rôle même des politiques publiques. Les visions marginalisantes de celles-ci ont perdu leur crédibilité au vu de leurs résultats médiocres, et on attend une nouvelle articulation entre les politiques publiques actives, les forces productives, et la société civile.

Ces différentes évolutions ont pour élément fondamental commun un rejet absolu des niveaux d'inégalité actuels. Des organisations comme la Banque mondiale soulignent dans un rapport récent (2004) sur la question que :

« le niveau élevé d'inégalité est rejeté de façon généralisée dans la quasi-totalité des pays, entre 80 et 90 % des citoyens considèrent que les taux d'inégalité actuels sont injustes ou très injustes ».

De nouvelles configurations de forces se profilent dans les espaces démocratiques d'Amérique latine, avec une claire vision novatrice du modèle de développement et une vigoureuse prise de position anti-inégalités. Celles-ci débouchent sur des programmes de changement de grande envergure comme les mandats qui ont été confiés aux nouveaux Présidents du Brésil, de l'Argentine, d'Uruguay, du Chili et de Bolivie, entre autres. La Banque mondiale encore une fois évoque ce processus en soulignant (2004) que :

« un changement s'amorce, en particulier au niveau infranational, aux termes duquel les nouvelles alliances entre l'élite progressiste, les fonctionnaires publics, la classe moyenne et les pauvres encouragent actuellement la création d'institutions plus inclusives et efficaces ».

C'est dans ce contexte riche en changements de grande ampleur que se dessinent des risques et défis considérables pour la santé publique. Ce travail a pour objectif de contribuer à la recherche de politiques novatrices dans la santé publique, en s'attachant en particulier à répondre à la question posée au préalable : que signifie pour la santé publique d'évoluer dans la région aux plus fortes inégalités de la planète ? On propose pour cela de couvrir diverses étapes successives de l'analyse. En premier lieu, dresser le tableau des tendances les plus récentes en matière d'inégalités dans la Région, et définir ce que signifient ces inégalités pour le développement. En deuxième lieu, examiner brièvement certains indicateurs sur les inégalités dans le domaine de la santé, et mettre en relief l'influence sur ces indicateurs de certaines des tendances qui ont pu être observées sur le plan des inégalités en général. Enfin, suggérer certaines considérations stratégiques qui peuvent se révéler utiles pour le débat sur les nouvelles actions dans le domaine de la santé publique.

II. Tendances en matière d'inégalités

L'écart de revenus

Un rapport conjoint de la CEPAL, de l'IPEA du Brésil, et du PNUD (2004) sur l'état de la Région par rapport aux objectifs du Millénaire souligne que dans tous les pays d'Amérique latine, sans exception, les coefficients de Gini (qui mesurent l'inégalité dans la distribution des revenus) sont supérieurs aux moyennes internationales et de l'OCDE. La Banque mondiale (2004) dans son rapport sur les inégalités indique que :

« L'Amérique latine souffre d'énormes inégalités... Il s'agit en outre d'un phénomène envahissant qui caractérise chaque aspect de la vie comme l'accès à l'éducation, à la santé et aux services publics ; l'accès à la terre et aux autres actifs ; le financement des marchés de crédit et du travail officiels, ainsi que la participation et l'influence politique ».

Au vu des chiffres comparés, la véracité de ces affirmations ne fait aucun doute. Voir le tableau suivant qui compare les coefficients de Gini et les écarts de revenus entre les pays d'Amérique latine, les États-Unis et l'Italie.

Tableau 1
Indicateurs d'inégalités pour certains des pays
d'Amérique latine, les États-Unis et l'Italie

<i>Pays</i>	<i>Coefficient de Gini</i>	<i>Pourcentage du 10 % supérieur du revenu total</i>	<i>Pourcentage du 10 % inférieur du revenu total</i>	<i>Rapport entre les revenus du dixième décile et du premier décile</i>
Brésil (2001)	59,0	47,2 %	2,6 %	54,4
Guatemala (2000)	58,3	46,8 %	2,4 %	63,3
Colombie (1999)	57,6	46,5 %	2,7 %	57,8
Chili (2000)	57,1	47,0 %	3,4 %	40,6
Mexique (2000)	54,6	43,1 %	3,1 %	45,0
Argentine (2000)	52,2	38,9 %	3,1 %	39,1
Jamaïque (1999)	52,0	40,1 %	3,4 %	36,5
République dominicaine (1997)	49,7	38,6 %	4,0 %	28,4
Costa Rica (2000)	46,5	34,8 %	4,2 %	25,1
Uruguay (2000)	44,6	33,5 %	4,8 %	18,9
États-Unis (1997)	40,8	30,5 %	5,2 %	16,9
Italie (1998)	36,0	27,4 %	6,0 %	14,4

Source : Banque mondiale (2004). L'inégalité en Amérique latine et aux Caraïbes : une rupture avec l'histoire ? Washington D.C.

Comme cela a été dit, les écarts en Amérique latine sont nettement plus prononcés qu'aux États-Unis et en Italie. On constate une forte concentration des revenus. Au Brésil, les 10 % les plus riches détiennent 47 % des revenus, contre 27 % seulement en Italie. Par ailleurs, les 20 % les plus pauvres en Italie ont une participation en termes de revenus deux fois supérieure à ceux du Brésil. En conséquence, tandis qu'au Brésil la distance entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus riches est d'un facteur de 54, en Italie ce même facteur est de 14. Il est nettement plus faible encore dans d'autres pays comme la Corée et Hongkong où il est inférieur à dix, et en Norvège où les 10 % les plus riches ne détiennent en fait que 1,5 de plus que les 50 % qui ont des revenus inférieurs.

Les coefficients de Gini latino-américains qui mesurent la distribution des revenus sont les pires au monde au niveau international et affichent par ailleurs une tendance de plus en plus prononcée depuis les années 70 à la détérioration. C'est ce que reflète le tableau suivant :

Tableau 2
Coefficients de Gini de la distribution de revenus par habitant par foyer : moyenne simple par décennie pour la région

Région	Années 70	Années 80	Années 90	Moyenne générale
<i>Niveaux</i>				
Amérique latine et les Caraïbes	48,4	50,8	52,2	50,5
Asie	40,2	40,4	41,2	40,6
OCDE	32,3	32,5	34,2	33,0
Europe orientale	28,3	29,3	32,8	30,1
<i>Changements</i>				
		<i>Années 70-80</i>	<i>70-90</i>	<i>70-90</i>
Amérique latine et les Caraïbes		2,4	1,3	3,7
Asie		0,2	0,8	1,1
OCDE		0,2	1,7	1,9
Europe orientale		1,0	3,5	4,5
<i>Différences en points Gini : LAC par rapport à</i>				
Asie	8,3	10,4	10,9	9,9
OCDE	16,1	18,3	18,0	17,5
Europe orientale	20,2	21,6	19,4	20,4

Source : Calculs basés sur WIDER 2000, Smeeding et Grodner 2000, Székely, et approximations pour l'Amérique latine. Banque mondiale. L'inégalité en Amérique latine et aux Caraïbes : une rupture avec l'histoire ? Washington D.C.

Au cours de la décennie des années 90, le coefficient de Gini pour l'Amérique latine dépassait de 19 points celui de l'Europe orientale, de 18 celui des pays développés de l'OCDE et de plus

de 10 celui de l'Asie. Le tableau pourrait être analysé sous un autre angle si la tendance était positive. Mais l'analyse dans le temps montre que la situation a eu tendance à se détériorer. Le coefficient de Gini latino-américain a augmenté entre la décennie des années 70 et des années 90. D'autre part, l'écart entre ce coefficient et ceux d'Asie et des pays de l'OCDE est supérieur au cours des années 90 à celui qui prévalait au cours des années 70. Le coefficient de Gini latino-américain était même supérieur dans les années 90 à celui d'une des régions les plus pauvres au monde, l'Afrique subsaharienne, qui était de 0,47.

Las inégalités multiples

La dimension la plus connue de l'inégalité en Amérique latine est celle que l'on retrouve dans la distribution des revenus, mais ce n'est pas la seule, ni la plus grave. L'inégalité est présente dans chacune des dimensions centrales de la vie quotidienne de la Région.

Une autre de ses expressions tient à la concentration extrême d'un actif productif fondamental comme la terre, qui empêche de vastes secteurs de la population rurale d'avoir accès à cette terre. Les coefficients de Gini comparés de la distribution de la terre sont les suivants selon les calculs de Deininger et Olinto (2002), et du PNUD (1993):

Tableau 3
Coefficients de Gini de la distribution de la propriété de la terre

Région	D&O (i)	PNUD (ii)
Amérique latine	0,81	0,74
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,67	0,56
Amérique du Nord	0,64	
Afrique subsaharienne	0,61	0,51
Europe occidentale	0,57	
Asie du Sud et de l'Est	0,56	0,52

Note : La colonne (i) présente les moyennes pour la période 1950-1994 ; La colonne (ii) présente les valeurs aux alentours de 1981.

Sources : Deininger et Olinto (2002) et le PNUD (1993). Mentionnés par la Banque mondiale. Inégalité en Amérique latine et dans les Caraïbes. Op. Cit.

On constate que la concentration est encore bien pire que pour les revenus. Le coefficient de Gini pour la terre en Amérique

latine, est également bien pire que celui de toutes les régions du monde.

Une dimension clé des inégalités a trait au domaine de l'éducation. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la Région dans des domaines comme l'alphabétisation et la scolarisation au primaire. La grande majorité des enfants entrent à l'école, mais les taux d'abandon et de redoublement sont très élevés. Cela génère de faibles indices de scolarité comme on peut le constater ci-après :

Tableau 4
Scolarité en Amérique latine. 1999.

Pays	Moyenne des années de scolarité
Argentine	9,4
Bolivie	5,6
Brésil	6,0
Chili	9,8
Colombie	5,6
Costa Rica	7,5
République dominicaine	6,9
Équateur	6,4
El Salvador	6,2
Guatemala	4,1
Honduras	5,3
Mexique	5,9
Nicaragua	5,9
Panama	5,3
Paraguay	7,6
Pérou	7,6
Uruguay	9,3
Venezuela	7,1

Source : CEPAL, IPEA et PNUD (2003). Vers l'objectif du Millénaire. Vers l'objectif du Millénaire de réduction de la pauvreté en Amérique latine et dans les Caraïbes.

L'indice de scolarité moyen de la Région s'élevait en 2000, d'après les calculs, à 5,9 ans. À l'intérieur de cette faible scolarité, on constate une stratification sociale très prononcée. Ceux qui abandonnent ou redoublent sont dans leur vaste majorité les enfants des secteurs les plus défavorisés. À l'origine de ce faible rendement on retrouve des causes très concrètes, comme le fait qu'il existe 22 millions d'enfants de moins de 14 ans qui travaillent, qu'ils

souffrent de malnutrition, et qu'ils proviennent de familles déstructurées par l'impact de la pauvreté. Dans des pays comme la Bolivie, l'Équateur et le Pérou, 20 % des enfants de 10 à 14 ans travaillent. Les écarts en termes de scolarités sont particulièrement pertinents. Au Brésil, les 20 % les plus riches avaient en 2001 10 ans de scolarité, tandis que les 20 % les plus pauvres n'en avaient que 3. Au Mexique, la proportion était similaire, à savoir 11,6 pour le quintile supérieur contre 3,6 pour le quintile inférieur.

Aux inégalités qui précèdent viennent s'ajouter celles qui prévalent dans le domaine de la santé qui seront examinées dans la section suivante, et d'autres qui n'ont pas fait l'objet d'études statistiques détaillées mais qui sont clairement visibles et ont des effets profonds. L'une d'elles a trait à l'accès au crédit. Dans la mesure où les petites et moyennes entreprises constituent un facteur décisif pour la création d'emplois dans la Région, les estimations indiquent que les 60 millions de petites et moyennes entreprises existantes ne reçoivent que 5 % des crédits octroyés par les entités financières. C'est là aussi un autre exemple de forte concentration.

Une nouvelle inégalité a trait à l'accès aux technologies de pointe. Le nombre de personnes ayant accès à Internet est fortement concentré dans les strates supérieures. Seuls 3 % des latino-américains sont connectés à l'Internet contre 20 % en Espagne et 40 % aux États-Unis. Quant on opère une distinction en fonction des revenus en Argentine, par exemple, 8 personnes sur 10 sont connectées à l'Internet dans les secteurs privilégiés tandis qu'une personne sur 10 seulement y a accès parmi les moins favorisés (Clarín, 2004). Des mises en garde constantes ont été formulées dans la région sur le fait que se creusait silencieusement une profonde « fracture numérique » et qu'un vaste secteur « de cyber-analphabètes » voyait le jour.

Les inégalités sont particulièrement flagrantes en Amérique latine en termes ethniques et de couleur. On estime ainsi que plus de 80 % des 40 millions d'autochtones dans la région vivent en situation de pauvreté extrême. Les disparités entre les indicateurs de base de la population blanche et de la population afro-américaine sont également frappantes. À tout cela vient s'ajouter le fait qu'il subsiste des discriminations importantes entre les hommes et les femmes sur le marché du travail ainsi que dans d'autres domaines.

Les coûts des inégalités

Toutes les inégalités mentionnées ainsi que d'autres interagissent quotidiennement, se renforçant les unes les autres. Elles définissent des destins tout tracés. Si l'on naît dans une famille déstructurée par la pauvreté, les possibilités d'être en bonne santé, et le rendement éducatif sont limités. La scolarité sera courte, l'accès à un emploi stable très difficile, les revenus sporadiques et très réduits, avec en corollaire de fortes possibilités de former une famille ayant des problèmes similaires. Effectivement, même dans certaines des sociétés les plus avancées de la région, comme l'Uruguay, les études indiquent que les taux de scolarité des enfants de familles pauvres ne dépassent généralement pas les taux faibles de leurs parents. Un cercle inexorable découle ainsi de cette absence d'opportunités.

Il y a quelques années seulement, des économistes de « l'establishment » défendaient sans démordre les « fonctionnalités » des inégalités. Ils soulignaient qu'elles contribuaient à accumuler des capitaux dans certains groupes, qui par la suite les réinvestissaient, ce qui avait pour effet d'accélérer la croissance, ou encore qu'il s'agissait d'une étape obligée du progrès. Aujourd'hui, face à leurs dysfonctionnalités évidentes, le consensus se transforme fortement. La Banque mondiale qui a suscité des controverses fréquentes a indiqué récemment (2004) :

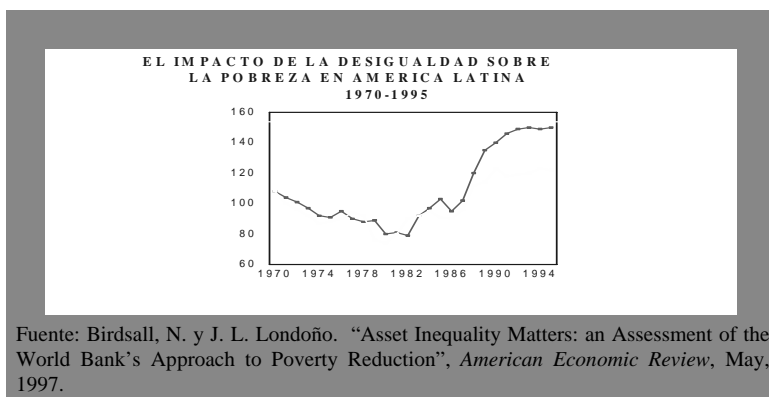
« la majorité des économistes (et autres spécialistes des sciences sociales) considère désormais l'inégalité comme un frein possible au développement ».

En effet, de nombreuses enquêtes révèlent tout ce que coûtent à la région ces niveaux d'inégalités, et leur impact profond qui fait obstacle à la possibilité de croissance durable. En analysant l'Amérique latine, il est fréquemment fait état de la pauvreté et des inégalités. En réalité, les études dont apparaît une réalité différente. La pauvreté est le fruit des inégalités. C'est un facteur clé pour comprendre pourquoi un Continent riche en ressources naturelles, et doté de vastes possibilités dans tous les domaines, compte des pourcentages de pauvreté aussi élevés.

Selon les analyses de la CEPAL, la pauvreté actuelle est supérieure à celle de 1980 tant en termes absolus qu'en termes relatifs. En 1980 40 % de la population était pauvre, ce chiffre est désormais supérieur à 44 %. On estime qu'entre 1997 et 2002, la population pauvre a augmenté de 20 millions. Le pourcentage de pauvreté extrême est passé de 17,8 à 20 % entre 2000 et 2002.

Birdsall et Londoño (1997) se sont efforcés de déterminer économétriquement l'impact des inégalités sur la pauvreté. Ils ont construits la simulation suivante :

Graphique 1



L'impact des inégalités sur la pauvreté en Amérique latine
1970-1995

Source : Birdsall, N. et J. L. Londoño. "Asset Inequality Matters: an Assessment of the World Bank's Approach to Poverty Reduction", *American Economic Review*, mai 1997.

La première courbe du graphique présente la tendance de la pauvreté dans la Région qui, comme on le constate, augmente de façon continue depuis le début des années 80 avec de petites variations. La deuxième simule quel aurait été le niveau de pauvreté si les inégalités étaient restées aux niveaux du début des années 70 (avant les dictatures militaires et les politiques orthodoxes), et n'avaient pas continué à croître. Elles étaient considérables, mais elles ont augmenté davantage au cours des deux dernières décennies. Selon ces estimations, la pauvreté se situerait aujourd'hui à la moitié du niveau effectif. Il y a eu un « excès de pauvreté » occasionné par l'augmentation des inégalités qui a multiplié par deux la pauvreté. Dans le même sens, si l'on procédait à une vérification inter-régionale, on pourrait constater que si l'Amérique latine avait le même profil d'inégalité que l'Asie du Sud-est, la pauvreté serait nettement inférieure.

Albert Berry (1997) parvient à une conclusion similaire dans ses travaux, où il identifie l'existence en Amérique latine d'une vaste poche de « pauvreté inutile », comme il l'appelle, résultant de la participation aux revenus extrêmement limitée des deux quintiles

les plus bas de la population. Tant Berry qu'Altimir, et d'autres chercheurs, estiment que l'augmentation des inégalités est étroitement liée aux politiques appliquées au cours des deux dernières décennies qui ont des effets de cet ordre. On a considéré que le cas argentin constitue un exemple clair des inconvénients de ces politiques. En effet, leur application rigide orthodoxe au cours des années 90 a débouché sur une polarisation sociale brutale. Sept millions de personnes, soit 20 % de la population ont cessé d'appartenir à la classe moyenne pendant cette décennie pour sombrer dans la pauvreté, et le coefficient de Gini est passé de 0,42 à 0,47 entre 1992 et 1997.

Chris Patten (2004) Commissaire de l'Union européenne déclare que :

« si le revenu en Amérique latine était distribué de la même façon qu'en Asie de l'Est, la pauvreté dans la région représenterait à peine un cinquième de ce qu'elle est aujourd'hui ».

Il souligne que :

« Cela est important non seulement du point de vue humanitaire mais aussi d'un point de vue pratique intéressé politiquement. Si la pauvreté était réduite de moitié, la taille du marché doublerait ».

Nancy Birdsall (1998) estime que la pauvreté constitue le plus gros obstacle à la croissance économique de la Région. Elle souligne :

« On peut affirmer qu'il est possible que les taux de croissance en Amérique latine ne puissent pas être à plus de 3 ou 4 %, loin des taux nécessaires, tant qu'on ne pourra pas compter sur la participation et la contribution de la moitié de la population qui compose les centiles des revenus les plus bas. »

En s'efforçant de déterminer pourquoi l'Amérique latine est si loin de pouvoir réaliser les objectifs du Millénaire en termes de réduction de la pauvreté, la CEPAL, l'IPEA et le PNUD (2004) identifient les inégalités comme en étant la principale raison. Au moyen de simulations économétriques détaillées, ils concluent que l'impact sur la pauvreté d'une réduction des inégalités est nettement plus prononcé que celui de la croissance. La croissance est bien entendu nécessaire mais dans les conditions actuelles d'inégalités celle-ci parviendra difficilement jusqu'aux pauvres. Ils estiment que si le Brésil ne change rien à ses inégalités, en supposant que sa croissance se poursuivra au rythme des années 90, il lui faudrait

48 ans pour pouvoir abaisser la pauvreté de deux points. Selon ces mêmes hypothèses, il faudrait 44 ans au Mexique pour réduire la pauvreté de 3,2 points. Sur la base de leurs projections, ils soulignent en particulier que :

Dans la majorité des pays examinés, il suffirait que le coefficient de Gini baisse d'un ou deux points pour que l'incidence de la pauvreté diminue dans les mêmes proportions qu'avec plusieurs années de croissance économique positive. Les résultats des efforts visant à réduire la pauvreté en Amérique latine et dans les Caraïbes ont été décourageants dans une grande mesure du fait qu'il n'a pas été possible de contrôler les niveaux élevés d'inégalité dans la Région.

Ce scénario aux inégalités très prononcées, persistantes et qui pèsent lourdement sur l'augmentation de la pauvreté, sur les difficultés rencontrées pour une croissance durable, et qui ont une forte influence sur les carences qui affligent la vie quotidienne de la majeure partie de la population constitue le contexte dans lequel s'inscrit la santé publique en Amérique latine. Les inégalités influent sur les déterminants de la santé et constituent l'un des facteurs les plus puissants pour la création des conditions propices pour un problème fondamental, l'inégalité dans la santé, qui est abordé à la section suivante.

III. La santé publique dans la Région aux plus fortes inégalités

Au-delà des moyennes

La santé publique a fait de grands progrès dans la Région. Les efforts courageux réalisés dans ce domaine par les Gouvernements démocratiques et de nombreux secteurs de la société, parmi lesquels des entités modèles comme l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont joué un rôle pionnier, avec un fort leadership, et ont été à l'origine de ces progrès soutenus. Cependant, les inégalités dans la santé continuent à se présenter comme un problème vaste et très grave, un type de problème pratiquement « irréductible ».

À ce stade, la question reste « obscure ». Souvent, les analyses ne soulignent que les progrès réalisés sur les moyennes générales de la santé des pays. Cela permet d'établir une dimension d'inégalité qui est celle qui résulte des comparaisons entre les pays. Mais ce n'est que la « pointe de l'iceberg ». Les inégalités fondamentales sont souterraines par rapport à ces moyennes. Elles apparaissent quand on applique la saine

recommandation de Roses (2003), et que l'on prend ses distances par rapport à la « tyrannie des moyennes ». Comme elle le souligne à juste titre en faisant référence au cas de la mortalité infantile dans la Région :

Bien que la réduction de l'ampleur générale du risque de mourir au cours de la première année de la vie ait été manifeste, et que l'on ait constamment observé dans tous les groupes de pays au cours de ces dernières décennies les inégalités en termes de mortalité infantile, elles n'ont pas beaucoup évolué au cours de cette période. Les résultats montrent qu'il est possible de réaliser des progrès considérables avec les mesures des tendances centrales (moyennes et médianes) d'un indicateur déterminé de la santé, sans que cela ait une répercussion correspondante sur l'ampleur relative des écarts (distributions) entre les groupes de population et à l'intérieur de ces mêmes groupes.

Comme cela a été souligné (Alleyne, 2002), l'esprit même de la Déclaration d'Alma-Ata évoque ce problème puisqu'elle appelle à la « santé pour tous » plutôt que de mettre l'accent uniquement sur l'obtention de bonnes moyennes. Une désagrégation des chiffres de la santé à l'intérieur des pays, en tenant compte de critères tels que, notamment, les couches socioéconomiques, la localisation géographique, le sexe, l'ethnie, la couleur, l'âge, et d'autres encore, fait apparaître des différences très marquées en termes d'accès à ce droit essentiel source de dignité humaine.

Les inégalités dans la santé en action

Les études réalisées sur cette situation qui s'accroît considérablement font état de la profondeur du problème. Au nombre des multiples constats, on trouve les points suivants, qui sont extrêmement révélateurs. Le chiffre moyen d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans dans la Région est de 71 pour 1 000. Il est supérieur à celui de la Région Asie de l'Est-Pacifique qui est de 57,1. On constate de fortes différences entre les pays, puisque ce chiffre atteint 140,6 en Haïti et 99,1 en Bolivie. Les différences s'accroissent entre les divers niveaux sociaux, comme on peut le voir au tableau 5.

Tableau 5
Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Pays /région	Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (milliers)					
	1	2	3	4	5	Moyenne
Bolivie	146,5	114,9	104,0	47,8	32,0	99,1
Brésil	98,9	56,0	39,2	26,7	33,3	56,7
Colombie	52,1	37,1	30,7	34,9	23,6	37,4
République dominicaine	89,9	73,0	60,1	37,3	26,6	61,0
Guatemala	89,1	102,9	82,0	60,7	37,9	79,2
Haïti	163,3	150,1	137,1	130,6	105,6	140,6
Nicaragua	68,8	66,6	52,5	48,5	29,7	56,0
Paraguay	57,2	50,0	59,0	39,4	20,1	46,6
Pérou	110,0	76,2	48,0	44,1	22,1	68,4
Amérique latine et Caraïbes	97,3	80,8	68,1	52,2	38,8	71,7
Asie de l'Est, Pacifique	84,0	62,9	53,7	41,1	27,1	57,1
Asie centrale	82,5	64,5	69,8	57,5	40,2	64,9
Moyen-Orient, Afrique du Nord	140,6	117,8	92,2	80,1	50,4	100,3
Asie du Sud	144,2	152,6	136,1	110,8	71,7	126,6
Afrique subsaharienne	191,7	190,9	174,3	156,6	112,4	168,4
Total Pays	148,3	140,8	126,8	110,0	77,4	124,2

Source : Banque mondiale (2004). Op.Cit.

Parmi les 20 % les plus riches de la population de Bolivie, le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui meurent est de 32 pour 1 000. Parmi les 20 % les plus pauvres, ce chiffre est cinq fois plus élevé : 146,5 pour 1 000. Cette réalité extrêmement grave est assortie d'un biais ethnique très concret. C'est fondamentalement la population autochtone qui est touchée. Il en va de même au Pérou, où la mortalité infantile chez les enfants de moins de 5 ans parmi les 20 % les plus pauvres est cinq fois plus élevée que parmi les 20 % les plus riches, 111 contre 22,2, et au Brésil où le chiffre est trois fois plus élevé : 98,9 contre 33,3.

Les chiffres de malnutrition infantile chronique font aussi apparaître des disparités importantes en fonction des ethnies, de la zone rurale/urbaine, et des niveaux de revenus. Voir le tableau ci-après pour la région andine :

Tableau 6
Cas de retard de croissance juvénile (%) par pays, lieu de
résidence, ethnicité, région et statut socioéconomique, dans
quatre pays andins

	Pays			
	Colombie	Équateur	Pérou	Bolivie
Lieu de résidence (1)				
Grandes villes	12,7	20,7	13,2	18,5
Villes de petite taille	10,9	22,4	20,1	20,3
Villages	14,0	28,2	27,2	22,4
Zone rurale	19,3	35,2	40,8	37,2
Ethnicité				
Population non autochtone	(2)	24,2	22,5	23,7
Population autochtone	...	58,2	47,0	50,5
Région				
Haut plateau	...	33,3	38,5	31,2
Autres régions	...	22,2	18,2	23,9
Déciles de statut socioéconomique (3)				
1 (inférieur)	26,8	38,5	49,6	42,2
2	24,1	51,8	46,8	39,9
3	17,1	30,6	39,6	38,7
4	14,9	27,6	32,5	32,8
5	16,3	17,9	23,4	31,8
6	15,2	24,4	19,9	25,0
7	11,0	19,0	18,3	22,7
8	11,7	19,1	12,8	18,2
9	6,3	15,8	12,6	13,5
10 (supérieur)	5,4	11,9	5,2	9,7
Indice de concentration (4)	-0,221	-0,223	-0,311	-0,223
Total pays	14,9	26,5	26,1	26,9

(1) Selon les enquêtes du DHS (Colombie, Pérou et Bolivie), les grandes villes comprennent les capitales nationales et les villes de plus de 1 million d'habitants, et les villes de petite taille comptent de 50 000 à 1 million d'habitants. Selon les enquêtes de LSMS (Équateur), les villes de petite taille comptent de 5 000 à 1 million d'habitants.

(2) Le symbole suivant (...) indique que l'information n'est pas disponible.

(3) Les déciles de statut socioéconomique sont pris pour les enfants et ne correspondent pas aux déciles de la population, en raison des différences socioéconomiques en termes de fertilité.

(4) L'indice de concentration mesure les inégalités sociales en termes de retard de croissance. L'indice de concentration est une généralisation du coefficient de Gini, et il oscille entre -1 et 0. Les valeurs proches de -1 reflètent de plus grandes inégalités sociales.

Source : Larrea, Carlos et Wilme Freire (2002). Inégalités sociales et malnutrition infantiles dans quatre pays andins. Pan American Journal of Public Health. Mai-Juin.

Les taux de malnutrition infantile andins sont élevés, ils dépassent le seuil de 21 % en Bolivie, en Équateur et au Pérou. Mais ils font également apparaître des tranches claires par niveau économique. En général, dans les pays andins les taux de malnutrition chronique sont trois fois plus élevés dans les déciles

les plus pauvres, que dans les plus riches. Ainsi, par exemple, parmi les 10 % les plus riches en Équateur, seuls 11 % des enfants présentent des problèmes de malnutrition, tandis que parmi les 10 % les plus pauvres ce chiffre est presque multiplié par quatre. Parmi la population autochtone, ce chiffre atteint 58 %.

Les chiffres de mortalité maternelle sont élevés dans la Région. Comme l'a fait savoir l'OPS récemment (2004), 23 000 femmes meurent en Amérique latine et dans les Caraïbes pendant la grossesse ou l'accouchement, dans la grande majorité des cas, pour des « causes évitables dont la prévention est une question de routine dans les pays développés ». Le risque de décès lié aux naissances est de 1/160 en Amérique latine contre 1/4000 en Europe occidentale, soit 25 fois plus élevé. Alors qu'aux États-Unis, chaque année 17 mères meurent pour 100 000 naissances vivantes, en Haïti elles sont 600 et 100 en Colombie.

Parmi les causes fondamentales, ces chiffres s'expliquent par l'absence d'assistance en milieu médical. En fait, 24 % des mères n'ont aucune assistance médicale pendant la grossesse, et un tiers n'ont pas de soins médicaux au moment de l'accouchement. Les chiffres font apparaître des biais prononcés en fonction des niveaux économiques comme on peut l'observer :

TABLEAU 7
Soins prénatals de base et accouchements assistés

Pays/Région	Taux de soins de base prénatals (Par des personnes ayant une formation médicale)					Taux d'accouchements assistés (Par des personnes ayant une formation médicale)								
	1	2	3	4	5	Moyenne	CI	1	2	3	4	5	Moyenne	CI
Bolivie	38,8	57,8	70,4	88,6	95,3	65,1	0,17	19,8	44,8	67,7	87,9	97,9	56,7	0,28
Bésil	67,5	87,7	93,4	96,9	98,1	85,6	0,08	71,6	88,7	95,7	97,7	98,6	87,7	0,07
Colombie	62,3	81,1	89,8	95,4	95,9	82,5	0,09	60,6	85,2	92,8	98,9	98,1	84,5	0,09
République dominicaine	96,1	98,2	99,0	99,2	99,9	98,3	0,01	88,6	96,9	97,3	98,4	97,8	95,3	0,02
Guatemala	34,6	41,1	49,3	72,2	90,0	52,5	0,19	9,3	16,1	31,1	62,8	91,5	34,8	0,42
Haiti	44,3	60,0	72,3	83,7	91,0	67,7	0,14	24,0	37,3	47,4	60,7	78,2	46,3	0,21
Nicaragua	67,0	80,9	86,9	89,0	96,0	81,5	0,07	32,9	58,8	79,8	86,0	92,3	64,6	0,19
Paraguay	69,5	79,5	85,6	94,8	98,5	83,9	0,07	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1	66,0	0,18
Pérou	37,3	64,8	79,1	87,7	96,0	67,3	0,17	13,7	48,0	75,1	90,3	96,6	56,4	0,31
Amérique latine et les Caraïbes	57,5	72,3	80,6	89,7	95,6	76,0	0,11	40,2	58,4	72,9	85,6	94,3	65,8	0,20
Asie de l'Est, Pacifique	64,9	80,7	86,9	91,4	96,2	81,9	0,08	30,5	53,0	68,4	80,6	93,4	60,8	0,22
Asie centrale	78,2	84,7	86,8	93,3	96,3	86,9	0,05	82,7	92,3	95,1	98,6	99,7	92,8	0,04
Moyen-Orient, Afrique du Nord	13,7	21,1	33,4	49,3	73,0	35,2	0,32	12,8	21,7	37,7	58,6	82,2	38,5	0,36
Asie du Sud	16,8	23,2	28,8	43,0	70,9	34,6	0,30	5,3	8,1	11,7	21,9	49,3	17,7	0,46
Afrique subsaharienne	61,1	69,5	74,9	84,2	93,6	75,7	0,10	24,6	32,9	41,2	59,2	82,1	46,2	0,26
TOUS LES PAYS	55,0	64,8	71,1	80,6	91,0	70,8	0,13	31,2	42,1	51,6	66,2	84,0	52,5	0,25

Source : Banque mondiale (2004). Op. Cit. Études démographiques et sur la santé (DHS) 2002.

Parmi les 20 % les plus riches de la population, les chiffres de soins médicalisés dépassent 90 % tant pour ce qui est des soins au cours de la grossesse qu'au moment de l'accouchement. Pour les 20 % les plus pauvres, les carences sont extrêmement aiguës. En Bolivie, 60 % ne reçoivent pas de soin prénatal, et 80 % ne bénéficient d'aucune assistance médicale pendant l'accouchement. Au Brésil, près d'un tiers du quintile le plus pauvre ne reçoit de soins en milieu médical ni dans un cas ni dans l'autre. Au Pérou, parmi les 20 % les plus pauvres, 60 % ne reçoivent pas de soins pendant la grossesse et 86 % n'en reçoivent pas pendant l'accouchement.

Les inégalités se reflètent aussi nettement dans deux domaines clés pour l'enfance, comme le fait de disposer d'une couverture vaccinale complète et la prévalence de diarrhées. Comme on peut le constater ci-après, les 20 % les plus pauvres de la Région connaissent des problèmes prononcés dans ces deux domaines par rapport aux 20 % les plus riches. En matière de couverture vaccinale complète, alors que 56 % du quintile le plus riche en bénéficient, dans le quintile le plus pauvre, le pourcentage est inférieur de 17 %, soit 39 %. La prévalence de diarrhées chez les enfants fait plus que doubler parmi les 20 % les plus pauvres par rapport aux 20 % les plus riches dans des pays comme le Brésil, la Bolivie et le Pérou, entre autres.

TABLEAU 8
Couverture vaccinale complète et cas de diarrhée

Pays/Région	Couverture vaccinale					Cas de diarrhée (%)								
	1	2	3	4	5	Moyenne	CI	1	2	3	4	5	Moyenne	CI
Bolivie	21,8	24,9	21,0	33,4	30,6	25,5	0,08	21,8	19,8	20,5	17,9	11,7	19,2	-0,07
Brsil	56,6	74,0	84,9	83,1	73,8	72,5	0,07	18,3	12,9	12,7	9,3	7,4	13,1	-0,16
Colombie	53,8	66,9	68,2	70,6	74,1	65,5	0,06	18,4	19,8	16,8	14,9	10,0	16,7	-0,09
République dominicaine	28,0	30,2	46,9	42,6	51,7	38,7	0,12	17,9	16,4	17,8	14,1	10,1	15,7	-0,08
Guatemala	41,2	43,0	47,2	38,3	42,5	42,6	0,00	22,8	21,5	23,3	17,7	16,0	20,9	-0,06
Haïti	18,8	20,1	35,3	37,9	44,1	30,2	0,17	30,9	27,1	24,4	31,6	20,4	27,4	-0,04
Nicaragua	61,0	74,6	75,3	85,7	73,1	72,6	0,05	16,1	14,0	14,2	14,4	8,7	14,0	-0,07
Paraguay	20,2	30,8	36,4	40,7	53,0	34,2	0,18	9,8	8,5	9,2	7,4	4,6	8,1	-0,11
Pérou	55,3	63,8	63,5	71,7	66,0	63,0	0,04	21,4	20,3	18,6	14,1	9,3	17,9	-0,11
Amérique latine et les Caraïbes	39,6	47,6	53,2	56,0	56,5	49,4	0,09	19,7	17,8	17,5	15,7	10,9	17,0	-0,09
Asie de l'Est, Pacifique	48,3	56,8	60,3	64,6	72,9	59,3	0,08	10,5	9,9	9,9	8,6	6,3	9,3	-0,08
Asie centrale	64,2	67,9	71,8	75,7	77,4	70,9	0,04	19,0	15,6	15,0	14,6	13,7	15,8	-0,02
Moyen-Orient, Afrique du Nord	42,2	53,3	62,5	73,2	81,1	61,0	0,17	21,0	20,3	19,1	17,2	14,7	18,7	-0,06
Asie du Sud	29,8	31,4	41,6	49,8	64,4	42,0	0,17	17,0	14,4	14,3	15,3	12,4	14,9	-0,04
Afrique subsaharienne	33,6	42,0	44,4	53,1	66,9	47,3	0,17	24,5	23,3	22,5	22,6	18,2	22,3	-0,05
TOUS LES PAYS	38,3	45,8	50,3	57,2	66,6	50,7	0,14	21,2	19,6	19,1	18,5	14,8	18,9	-0,05

Source : Banque mondiale (2004). Op. Cit. Études démographiques et sur la santé (DHS) 2002.

Les interrelations entre les inégalités économiques et les inégalités dans le domaine de la santé

Ces inégalités ainsi que d'autres dans le domaine de la santé sont profondément liées dans le cadre de « circuits pernicious » qui se rétro-alimentent avec les inégalités socioéconomiques aiguës qui existent dans la Région. Celles-ci vont influencer sur le fait que les secteurs les moins favorisés auront moins de possibilités en termes de santé, ce qui aura à son tour pour effet de réduire considérablement leurs opportunités d'améliorations sur le plan économique.

Les liens entre l'environnement général des inégalités de la Région, et les inégalités sur le plan de la santé sont complexes et suivent des parcours multiples. Dans certains domaines, ils se manifestent de façon directe, presque brutale, dans d'autres, ils suivent des voies beaucoup plus indirectes mais qui ont un impact fort. Les études à cet égard doivent aller bien au-delà des limites actuelles pour permettre de connaître plus profondément leurs modes de fonctionnement et pouvoir capter leurs expressions les plus silencieuses. La présence de ces dynamiques est une réalité centrale indéniable. Comme le souligne notamment Wagstaff (2002) :

« Ce que nous savons indique que les inégalités dans le domaine de la santé, et très probablement aussi pour ce qui est de l'utilisation des services, reflètent dans une grande mesure les inégalités en termes de variables tant individuelles que familiales, telles que l'éducation, les revenus, la localisation et les caractéristiques des ménages ».

Parvenir à capter les « modes d'opération » des inégalités peut s'avérer particulièrement pertinent pour la conception des politiques, l'articulation des alliances autour de la santé publique, et la définition précise des rôles que devraient jouer les divers acteurs en sa faveur. Voyons à des fins d'illustration uniquement, compte tenu de l'ampleur de la question, certaines expressions de l'impact majeur des inégalités macro sur les déterminants de la santé.

Un domaine clé d'inégalités ayant une incidence de premier ordre sur la santé est celui des niveaux d'éducation. Il ressort de nombreuses études que l'accumulation du capital éducatif a une incidence directe entre autres sur les taux de mortalité infantile, la gestion de l'alimentation du nouveau-né, le poids des enfants, les incapacités, et l'espérance de vie. Schkolnik (CELADE, 1998)

présente le tableau suivant sur les rapports entre la mortalité infantile et les niveaux d'instruction dans divers pays de la Région :

Tableau 9
Différentiels de mortalité infantile, autour de 1990, selon divers indicateurs dans quelques pays

Indicateurs socioéconomiques	Taux de mortalité infantile					
	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Pérou	Panama	Chili
Total pays	60	64	82	64	31	16
Rural	68	62	98	90	-	19
Urbain	51	43	67	48	-	14
Autochtone	64	-	-	-	80	45
Non autochtone	53	-	-	-	23	-
Pauvre	76	68	88	66	-	-
Non pauvre	53	34	66	37	-	-
	Guatemala	Bolivie	Colombie	Pérou	Mexique	R. D.
Sans instruction	82	124	60	124	83	102
Primaire incomp.	86	108	40	85	64	76
Primaire comp.	61	65	-	42	46	57
Secondaire et +	41	46	28	22	27	34

Source : Schkolnik, Susana (1998). Tendances démographiques en Amérique latine : défis pour l'équité dans le domaine de la santé. Celade. Santiago de Chile.

Les taux de mortalité infantile dans les ménages où la mère a un niveau d'éducation primaire incomplète, sont nettement supérieurs à ceux des foyers où les mères ont un niveau d'éducation secondaire. Ils représentent le double ou plus du double au Guatemala, en Bolivie, au Mexique et en République dominicaine, et le quadruple au Pérou.

Une étude réalisée au Brésil (Université de Sao Pablo, 1996) a constaté qu'il existait des liens étroits entre le faible poids des enfants et le niveau d'éducation des mères. Les taux de faible poids par rapport à l'âge étaient de 19,9 % lorsque les mères avaient moins de 3 ans d'éducation formelle, et tombaient à 3,35 % lorsqu'elles avaient 11 ans d'éducation formelle ou plus. Les taux de faible poids par rapport à la taille allaient de 24 % lorsque les mères avaient moins de 3 ans d'éducation à 7 % pour celles qui en avaient 6 ou plus.

Tant au Chili qu'au Brésil, des études détaillées permettent de vérifier la forte corrélation entre les niveaux d'éducation et l'espérance de vie. Au Chili, le tableau suivant (Vega et al. 2003) rend compte de cette situation. Il établit un lien entre l'espérance de vie prévue en fonction de l'âge, ou l'espérance de vie

temporaire, entre 20 ans et 69 ans chez les hommes et les femmes en fonction de leur niveau d'éducation.

Tableau 10
Espérance de vie temporaire chez les adultes de 20 à 69 ans en fonction du niveau d'éducation : Chili, années sélectionnées 1985-1996

Années de scolarisation	1985-1987	1990-1992	1994-1996	Variation 1985-1996
<i>Hommes</i>				
0	41,5	40,7	39,5	-2,0
1-8	44,8	44,7	44,7	-0,1
9-12	45,1	45,4	45,6	0,5
13 ou plus	47,7	47,8	48,1	0,4
Total	45,1	45,4	45,6	0,5
Différence entre les groupes ayant un niveau d'éducation plus élevé et plus bas	6,3	7,2	8,7	2,4
<i>Femmes</i>				
0	44,9	44,5	44,6	-0,3
1-8	47,3	47,5	47,6	0,3
9-12	47,9	47,9	47,9	0,0
13 ou plus	48,5	48,7	49,1	0,6
Total	47,4	47,5	47,8	0,4
Différence entre les groupes ayant un niveau d'éducation plus élevé et plus bas	3,6	4,2	4,5	0,9

Source : Institut national de statistiques, Chili. Vega, Jeannette et al. (2003) dans « Desafío a la falta de equidad en salud ». OPS, Fondation Rockefeller. Washington D.C.

Plus le niveau d'éducation est bas, moins l'espérance de vie est longue. D'autre part, cet écart se creuse. L'espérance de vie chez les hommes sans éducation a diminué de deux ans entre 1980 et 1996, tandis que celle de ceux qui avaient un niveau d'éducation plus élevé augmentait de 0,4 an au cours de cette période. Chez les femmes sans instruction, elle a diminué de 0,3 an au cours de cette même période, tandis qu'elle s'allongeait de 0,6 an chez les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé.

En procédant à une analyse comparative de tous les états du Brésil, Messias (2003) trouve une corrélation claire entre le niveau de scolarité et l'espérance de vie moyenne dans l'état. Il estime qu'une augmentation de 10 unités du taux d'analphabétisme représente, en termes de corrélation statistique, 2,2 ans de moins en espérance de vie. Les écarts profonds qui existent en Amérique latine dans le domaine de l'éducation ont pour effet de limiter ou d'élargir les opportunités en matière de santé, et ils jouent un rôle

important en ce sens que les couches les plus défavorisées ne peuvent pas tirer parti des gains en termes de santé qui résultent des progrès médicaux.

Les rapports entre les niveaux de revenus des diverses couches sociales de la population et leur situation en matière de santé sont extrêmement vastes. Ils peuvent aller des aspects les plus élémentaires tels que l'auto-exclusion des soins médicaux due à l'insuffisance des revenus, jusqu'aux corrélations trouvées dans certaines études (Marmot, 2001) entre les revenus et les maladies coronariennes.

Dans une région aux inégalités de revenus si prononcées comme l'Amérique latine, les répercussions de cet état de choses « envahissent » des aspects multiples de la santé. Ainsi, entre autres expressions, une étude de l'OPS sur l'exclusion dans le domaine de la santé menée dans six pays de la Région (OPS, 2003) a fait apparaître un profil cohérent d'absence de demande de services en dépit des besoins perçus, où le goulet d'étranglement central est dû au faible niveau de revenus. Ainsi, au Paraguay 51 % de la population qui a déclaré avoir été malade ou accidentée au cours des trois derniers mois n'ont consulté aucun établissement médical. Lorsqu'on opère une classification par niveau de revenus, le pourcentage de personnes parmi les 20 % les plus riches qui ont consulté est deux fois plus élevé le pourcentage parmi les 20 % les plus pauvres. D'autre part, les dépenses de santé moyennes par personne parmi les 20 % les plus pauvres sont six fois plus basses que chez les plus riches, sachant néanmoins que les dépenses qui sortent effectivement de leurs poches sont plus élevées chez les plus pauvres. Les revenus conditionnent fortement les consultations. Ceci explique l'extrême sensibilité des pauvres aux tarifs des services médicaux publics. C'est ce qui a occasionné en divers endroits du monde et dans la Région elle-même des diminutions « forcées » de la demande chez les plus démunis, ce qui a eu pour effet d'accroître les inégalités dans le domaine de la santé.

Dans d'autres domaines, des études réalisées au Brésil (Messias, 2003) ont déterminé qu'il existait des corrélations entre les salaires minimum et la mortalité infantile, la distribution des causes de décès et les revenus, les inégalités sociales et la violence. Ces inégalités semblent avoir de fortes incidences sur un domaine fondamental tel que l'accès aux médicaments essentiels. En évaluant la situation mondiale à cet égard, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2003) estime que 91 % de la production mondiale de produits

pharmaceutiques est consommée par 15 % de la population mondiale.

Les niveaux de revenus et l'intégration dans l'économie à la fois formelle et informelle ont une forte incidence sur l'accès aux assurances médicales. Ceci a un grand poids dans une région où les travailleurs informels qui représentaient 40 % de la main d'œuvre non agricole en 1980 représentent en 2000 60 % de celle-ci. L'une des caractéristiques centrales du caractère informel tient à l'absence de filets de protection sociale, et notamment de protection dans le domaine de la santé.

Les inégalités de revenus se reflètent plus particulièrement dans la situation des personnes du troisième âge, qui constitue une étape cruciale en termes de besoins de protection médicale. Selon des estimations récentes, 40 % des adultes de plus de 65 ans dans la Région ne perçoivent aucune retraite, ni aucune sécurité sociale, de quelque nature que ce soit.

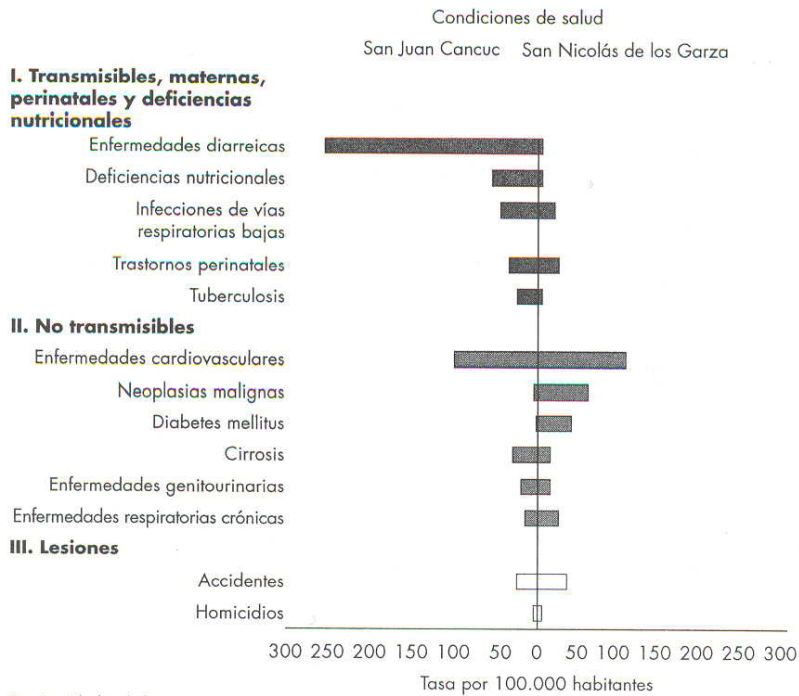
De pair avec l'éducation et les revenus, l'autre élément de l'environnement qui joue un rôle dans la santé publique a trait à la situation de la municipalité. Les écarts que l'on peut constater à cet égard entre les municipalités qui jouissent d'une bonne situation, celle d'une situation moyenne et les pauvres, peuvent être de grande ampleur et ont une incidence considérable sur les déterminants de la santé.

Une étude réalisée au Mexique (Lozano et al., 2003) permet de constater à quel point des environnements municipaux très différents débouchent sur des indicateurs de santé avec des écarts importants. Voir la comparaison entre une municipalité pauvre typique de Chiapas et une autre plus riche de Nueva León.

Graphique 2

Condiciones sociodemográficas y de salud de dos municipios,
México, 1990–1996

Indicador	San Juan Cancuc (Chiapas)	San Nicolás de los Garza (Nuevo León)
Indicadores sociodemográficos		
Marginalidad	Muy alta	Muy baja
Población, 1995	27.750	436.603
Población indígena como porcentaje del total	100	0,1
Tasa de analfabetismo (porcentaje)	67	2
Educación media (años)	4,2	8,2
Hogares con acceso a agua corriente (porcentaje)	4	95
Hogares con acceso a alcantarillado (porcentaje)	45	92
Esperanza de vida (años), 1990–1996	62	71
Indicadores económicos		
PNB per cápita (US\$), 1990	3	43,6
Gasto sanitario per cápita (US\$), 1995	3	79



Fuente: cálculos de los autores.

Une étude menée au Chili (Arteaga et al. , 2002) sur 198 communes a fait apparaître des variations considérables dans le domaine de la santé en fonction des caractéristiques de la municipalité. Entre autres, des aspects tels que le niveau d'investissement dans la santé, la couverture en services de base d'eau potable et l'élimination des eaux résiduelles, et la qualité des logements entraînent en ligne de compte. Entre autres conséquences du profil général de l'environnement communal, on a pu observer que l'utilisation de services de soins médicaux primaires était supérieure de 2,8 dans certaines communes par rapport à d'autres, tandis que les soins d'urgence étaient 3,9 fois supérieurs, et les admissions à l'hôpital deux fois plus nombreuses.

Une dimension cruciale des inégalités dans l'environnement avec toutes sortes d'implications, en termes d'inégalités dans le domaine de la santé, est l'accès à l'eau potable. Certes, les moyennes progressent, mais les écarts sont très importants lorsqu'on procède à une désagrégation comme on peut le constater :

Tableau 11
Pourcentage de foyers avec l'eau courante, par déciles
(premier et dixième) de revenus et zone géographique. Onze
pays d'Amérique latine et des Caraïbes, autour de 1999

Pays		Pourcentage de foyers avec l'eau courante		
		Décile 1	Décile 10	Population totale
Bolivie	Urbain	82,1	99,1	90,6
	Rural	14,3	41,5	23,0
Brésil	Urbain	53,5	97,3	89,6
	Rural	2,6	32,3	19,3
Chili	Urbain	96,8	99,7	98,8
	Rural	27,7	43,1	36,0
Colombie	Urbain	91,1	99,2	97,4
	Rural (a)	71,4	91,8	78,2
	Rural (b)	29,6	41,0	31,2
Equateur	Urbain	56,2	90,8	75,3
	Rural (a)	42,3	49,4	46,3
	Rural (b)	11,2	26,3	18,5
El Salvador	Urbain	39,3	88,8	70,5
	Rural	16,2	39,6	25,5
Jamaïque	kingston	95,7	100,0	97,4
	Urbain	62,7	89,5	79,4
	Rural	23,2	54,8	38,8
Nicaragua	Urbain	58,3	96,4	83,9
	Rural	7,3	53,3	30,5
Panama	Urbain	84,0	100,0	95,4
	Rural	55,8	92,8	79,9
	Rural (c)	16,7	45,5	24,4
	Autochtone	39,0	34,4	37,1
Paraguay	Urbain	35,0	87,7	66,9
	Rural	1,8	30,6	13,3
Pérou	Urbain	57,7	97,0	85,0
	Rural	35,0	34,4	41,9

Source : Rapport régional sur l'évaluation 2000 dans la Région des Amériques. Organisation panaméricaine de la Santé (HEP), 2001.

(a) Villages ruraux

(b) Populations rurales dispersées

(c) Zones rurales d'accès difficile

L'accès à l'eau est radicalement différent dans les zones rurales et urbaines. Ainsi seulement 19 % des ménages ont l'eau courante chez eux dans les zones rurales du Brésil, contre 89 % dans les zones urbaines. L'appartenance à des communautés rurales présente sur l'ensemble du Continent la possibilité de rencontrer des difficultés importantes à cet égard. D'autre part, il existe une segmentation socio-économique très nette dans l'accès à l'eau courante, tant dans les zones rurales qu'urbaines. Parmi les 10 % les plus pauvres du Brésil, seuls 53 % ont l'eau courante, contre 97 % parmi les 10 % les plus riches. Au Pérou, il s'agit de 57 % contre 97 %, et en Équateur, 56 % contre 90 %.

Les pauvres ont des difficultés à avoir accès à l'eau potable, ils se voient obligés de l'acheter en payant dans plusieurs cas des prix supérieurs, et les coûts de l'eau représentent proportionnellement pour eux un pourcentage plus élevé de leur budget limité que pour les 20 % les plus riches. Les dépenses en eau sont trois fois plus élevées pour les 10 % les plus pauvres des centres urbains du Brésil et d'Équateur que pour les 10 % les plus riches, et quatre fois plus élevées en Colombie.

Non seulement les pauvres se heurtent à des obstacles pour avoir accès à l'eau, et ils la paient plus cher, mais par ailleurs l'eau qu'ils obtiennent en définitive tend à être de qualité inférieure. Une étude récente (Soares et al., 2002) résume ainsi les « inégalités en matière d'eau potable » dans la Région :

Les familles qui n'ont pas de système de distribution d'eau potable consacrent beaucoup de temps à obtenir de l'eau, ce qui implique, pour les familles pauvres, une dépense supplémentaire. Les familles à faibles revenus qui n'ont pas accès à une source d'eau potable chez eux dépensent autant d'argent pour obtenir de l'eau que les familles à revenus plus élevés. L'accès aux méthodes de désinfection de l'eau au domicile est très limité dans le cas des familles pauvres, puisque ces méthodes sont relativement onéreuses. De ce fait, les familles à plus faibles revenus boivent une eau de qualité inférieure.

Par ailleurs, les inégalités se reflètent très nettement en termes de disponibilité d'électricité et d'une salle de bains dans le foyer, deux facteurs qui ont une incidence sur la santé.

Une annotation globale

Dans la région la plus marquée par les inégalités, l'Amérique latine, les coûts que de vastes secteurs de la population sont amenés à payer en raison de ces niveaux de polarisation sociale sont très élevés. L'un des plus considérables a probablement trait aux impacts des disparités sur les inégalités dans la santé. Roses (2003) attire l'attention sur le poids que cela représente pour des questions très pertinentes, telles que les années d'espérance de vie perdues par rapport aux moyennes possibles. Dans les pays de la Région ayant des niveaux de revenus faibles et des écarts réduits, elles s'élèvent à 13,2 mais dans les pays ayant des revenus comparativement élevés et des écarts très marqués, elles atteignent 19,1. Pour faire face à ces inégalités il sera nécessaire, dans un premier temps, de les placer au cœur du débat public. Comme elle le dit :

« Les inégalités ne peuvent être transformées que lorsqu'elles sont devenues visibles ».

IV. Une dernière conclusion

« Le continent doit absolument retrouver une vision éthique du développement ».

Le critère ultime pour déterminer si une société progresse ou régresse tient au rapport entre ses indicateurs et les valeurs éthiques centrales auxquelles elle croit. En Amérique latine, il est clair qu'il existe des problèmes à cet égard. Toute la société proclame qu'elle soutient absolument les mères, les enfants, les familles et les personnes âgées, dont le bien-être constitue une valeur éthique essentielle, et d'autre part, les chiffres comme ceux de la santé reflètent de terribles inégalités qui nuisent à des noyaux importants de ces secteurs. Il est alors indispensable de rétablir activement le lien entre l'éthique, l'économie et la santé. L'économie, comme l'a indiqué le Pape Jean-Paul II (2000) à maintes reprises, devrait être au service de l'éthique et guidée par des codes éthiques. Elle devrait assurer le développement dans la dignité de l'être humain. La santé est un pilier de ce développement. L'un des axes principaux de l'analyse sur la façon de configurer une économie réellement éthique devrait consister à garantir l'accès universel à la santé publique.

L'acceptation de l'éthique comme cadre des objectifs, et de l'évaluation de l'économie débouche sur des conséquences très concrètes. Les acteurs sociaux devraient assumer les responsabilités éthiques en découlant. C'est là que se posent des questions telles que : la responsabilité éthique des politiques publiques, la responsabilité éthique susmentionnée de l'entreprise privée, les responsabilités des syndicats, les Universités, les ONG, les médias et autres acteurs. Les défis que l'Amérique latine est appelée à relever à cet égard dans le domaine de la santé sont très concrets. Ainsi, entre autres, Jiménez et Romero (2004) ont souligné que les pronostics prévoyaient qu'il y aurait en 2004 en Amérique latine 400 000 décès d'enfants, dont la grande majorité auraient été évitables, notamment 127 000 au Brésil, et 70 000 au Mexique. Éthiquement, cela n'est absolument pas admissible. Il ne peut pas y avoir de valeur plus importante que la vie de ces enfants. Les sociétés devraient faire le maximum d'efforts pour que cela n'arrive pas.

Dans ce cas comme dans d'autres, l'option pour la santé ne peut pas être reportée à plus tard. Les dommages dans la santé, s'il

n'y est pas remédié peuvent devenir irréversibles. On ne saurait argumenter d'attendre que se produise telle ou telle étape du modèle avant de s'occuper des enfants ou de la mortalité maternelle. Plus tard, il sera trop tard. Il faut appliquer dans la santé ce que nous nous sommes permis d'appeler une « éthique de l'urgence ».

On pourra faire valoir, et cela a été fait à maintes reprises, que l'on manque de ressources. Plus les ressources seront importantes, mieux ce sera. Il est souhaitable et nécessaire que le produit brut augmente, que la situation économique soit stable, qu'il y ait des niveaux élevés de productivité, de progrès technologique, de compétitivité, mais tous ces éléments peuvent être réunis sans que cela se traduise pour autant par une amélioration du sort des pauvres. C'est ce que font apparaître les nombreuses expériences dans la Région, comme le fait que le pourcentage des pauvres ait doublé au Chili au cours de la dictature militaire, en dépit des taux de croissance élevés enregistrés ; ou comme les avancées de la pauvreté et des inégalités dans les années 90 en Argentine, malgré les progrès manifestes sur le plan macroéconomique.

La croissance est nécessaire, mais il y aura toujours une question de priorités dans l'allocation des ressources. Les sociétés les plus pauvres obtiennent des résultats bien meilleurs dans le domaine de la santé que d'autres plus riches, parce qu'il s'agit d'une vraie priorité pour elles, et qu'elles mettent en œuvre des politiques de qualité pour la promouvoir. D'autre part, comme l'explique Amartya Sen (1999), le montage de programmes de santé importants est assorti de coûts beaucoup plus réduits dans les pays pauvres. Les programmes exigent une utilisation intensive de main d'œuvre professionnelle et para-professionnelle dont le coût est nettement plus réduit que dans les pays riches. Avec des investissements considérablement plus bas, il est possible d'assurer un niveau de couverture similaire. Comme il l'a souligné à l'occasion de l'inauguration de la 52^e Assemblée mondiale de la Santé, la question est de savoir à quoi sont utilisées les ressources dans le cadre des politiques de restriction financière. Il a rappelé :

« les sommes considérables que consacrent actuellement, les uns après les autres, les pays pauvres au financement de leur armée (souvent très supérieures aux dépenses publiques dans l'éducation de base ou les soins de santé) », et il a mis en garde : « C'est le signe que nous vivons dans un monde à l'envers, le fait que le médecin, le maître d'école ou l'infirmière se sentent plus menacés par le conservatisme financier qu'un général de l'armée ».

L'opinion publique latino-américaine réclame actuellement, dans les enquêtes, les mandats électoraux, et des expressions très diverses, que l'éthique redevienne le principe qui régit et guide l'économie. La question de la santé publique doit être traitée au XXI^e siècle sur le Continent comme une question qui doit figurer en première ligne dans le cadre d'une révision éthique des priorités, elle doit être effectivement prépondérante pour ce qui est des affectations de ressources et ne saurait être remise à plus tard car il existe une éthique de l'urgence à laquelle il faut rendre des comptes tous les jours en termes de décès innombrables et de souffrances qui auraient pu être évités.

RÉFÉRENCES

- Alleyne, George A.O. 2002. « Equity and the Goal of Health for All ». *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. Mai-Juin. Washington DC.
- Arteaga, Oscar et al. 2002. « Información para la equidad en salud en Chile ». *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. Mai-Juin. Washington DC.
- Banque mondiale. 2004. L'inégalité en Amérique latine et aux Caraïbes : une rupture avec l'histoire ? Washington DC.
- Berry, Albert. 1997. « The Income Distribution Threat in Latin America ». *Latin American Research Review*. Vol. 32, num.2.
- Birdsall, Nancy et Londoño, Juan Luis. 1997. « Assets Inequality Matters ». *American Economic Review*. Mai. Washington DC.
- Birdsall, Nancy. 1998. Commentaire sur les leçons du Japon. Inclus dans Luis Emerig et José Núñez del Arco (comp.). *Le développement économique et social au seuil du XXIe siècle*. BID. Washington, DC.
- Clarín. 2004. Internet : Aujourd'hui 67 % des utilisateurs ont plus de 25 ans. 7 mai.
- Deininger, Klaus et Olinto, Pedro. 2002. « Asset Distribution, Inequality and Growth ». World Bank Policy research paper 2375. Washington DC. Banque mondiale.
- Jiménez, Jorge et María, Intes Romero. 2004. Supervivencia infantil en América Latina. Université catholique du Chili, Chili.
- Juan Pablo II. 2000. Message pour la célébration de la Journée mondiale de la Paix.
- Lozano, Rafael et al. 2003. « México: marginalidad, necesidades, y asignación de recursos en el ámbito municipal ». Dans « Desafío a la falta de equidad en salud ».
- Marmot, Michael. 2001. « Inequalities in Health ». *New England Journal of Medicine*. Juillet. Vol. 345, num. 2.
- Messias, Erick. 2003. « Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil ». *American Journal of Public Health*. Vol. 93, No.8. Août.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. Macroéconomie et Santé. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003. Rapport sur la santé dans le monde 2003. Genève.
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)-CEPAL. 1998. Health, Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean.
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). 2003. Exclusion en salud en países de América Latina y del Caribe. Washington DC.
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). 2004. Lancement de l'accord inter-institutions pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Washington, 20 février.
- Patten, Chris. 2004. Déclarations au siège de la Commission européenne. Bruxelles.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 1993. Rapport sur le développement humain. New York.
- Programme des Nations Unies pour le développement. 2004. La démocratie en Amérique latine. Vers une démocratie des citoyennes et des citoyens.

- Roses, Mirta. 2003. Rapport annuel de la Directrice de l'OPS. La transition vers un nouveau siècle de santé dans les Amériques. OPS. Washington DC.
- Schkolnik, Susana. 1998. Tendances démographiques en Amérique latine : défis pour l'équité dans le domaines de la santé. CELADE. Chili.
- Sen, Amartya. 1999. La santé dans le développement. Discours d'ouverture devant la 52e Assemblée mondiale de la Santé. 16 mai.
- Soares, Luiz et Rangel, Carlos. 2002. Inequities in Access to and Use of Drinking Water Services in Latin America and the Caribbean. Dans la Revue panaméricaine de la Santé, OPS. Mai-Juin. Washington DC.
- Stiglitz, Joseph. 2002. Plus d'instruments et des objectifs plus vastes pour le développement. Inclus dans B. Kliksberg (comp.). *Ética y Desarrollo*. La relación marginada. El Ateneo, Buenos Aires.
- Université de Sao Pablo. 1996. Études épidémiologiques sur la nutrition. École de Santé publique.
- Vega, Jeannette, et al. 2003. Chile: diferenciales socioeconómicos y mortalidad en una nación de ingreso medio. Dans « Desafío a la falta de equidad en la salud ». OPS, Fondation Rockefeller. Washington DC.
- Wagstaff, Adam. 2002. « Pobreza y desigualdades en el sector de salud ». *Revue panaméricaine de la Santé publique*. OPS. Mai-Juin. Washington DC.

DONNÉES BIOGRAPHIQUES SUR L'AUTEUR

Bernardo Kliksberg est Docteur en sciences économiques et administratives, et diplômé en sociologie. Il s'est spécialisé dans l'étude de la pauvreté en Amérique latine. Il est conseiller spécial auprès de l'ONU, l'UNESCO, l'UNICEF et d'autres organismes internationaux. Pendant vingt ans, il a dirigé le Programme régional des Nations Unies pour l'Amérique latine de Gestion sociale. Il est considéré comme le créateur de la gestion sociale, et comme un pionnier de l'idée du capital social dans la Région. Il est l'auteur de plus de 30 livres largement utilisés internationalement, notamment : *Más ética, más desarrollo*, *Hacia una Economía con Rostro Humano*, *¿Cómo enfrentar la pobreza?* et « *Toward an Intelligent State* ». Il écrit pour *La Nación* et *Clarín* (Argentine), *La República* (Uruguay), *O Globo*, et *Valor Económico* (Brésil), *El Universal* (Venezuela), *Reforma* (Mexique). Il dirige actuellement depuis Washington l'Initiative interaméricaine de capital social, éthique et développement sous l'égide de la BID.