AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

PARTIE 3: Conditions de vie quotidiennes : Recommandations pour l'action

Le premier parmi les trois principes d'action de la Commission est :

Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est à dire les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

A cause du manque d'équité dans la façon dont les sociétés sont organisées, les possibilités de s'épanouir et d'être en bonne santé ne sont pas réparties équitablement entre sociétés et en leur sein. Les inégalités s'observent dans les conditions de vie pendant la petite enfance, dans la scolarisation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques physiques de l'environnement bâti et la qualité de l'environnement naturel. Selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. La hiérarchie sociale crée aussi des disparités dans l'accès et le recours aux soins, avec pour conséquence des disparités dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention de la maladie, les chances de rétablissement et de survie. La perspective implicite dans le travail de la Commission, portant sur la manière dont les déterminants sociaux de la santé agissent à chaque étape du développement (grossesse et naissance, petite enfance, enfance, adolescence et âge adulte), s'étend tout au long de l'existence, en exerçant une influence directe sur la santé et en constituant la base de la santé ou de la maladie au cours de la vie.

Les Chapitres suivants (5 à 9) mettent l'accent sur les conditions de vie quotidiennes et donnent des recommandations pour l'action, séquentiellement, liées aux conditions du début de la vie et au cours de la scolarisation ; à l'environnement social et physique, en insistant sur les villes ; et à la nature de l'emploi et des conditions de travail. La nature de la protection sociale, en particulier la protection du revenu, est considérée ici comme une ressource essentielle pour la vie quotidienne. Le dernier chapitre de la Partie 3 porte sur le système de soins sanitaires.

CHAPITRE 5
Equité dès le départ

"Chacun d'entre vous est sa propre personne, dotée de droits, dont le droit au respect et à la reconnaissance de sa dignité. Chacun d'entre vous mérite de prendre le meilleur départ possible dans la vie, de faire les meilleures études possibles, d'avoir l'occasion de développer tout son potentiel et la possibilité de participer de façon fructueuse à la vie de sa communauté."

Nelson Mandela et Graça Machel (UNICEF, 2000)

LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT ET L'EDUCATION – SOURCES DE NIVELLEMENT EFFICACES

Chaque année, il y a 10 millions d'enfants qui meurent dans le monde avant leur cinquième anniversaire (Black, Morris & Bryce, 2003). La plupart de ces décès surviennent chez les enfants qui naissent dans des pays à revenu faible ou moyen, et au sein de ces pays notamment dans les familles et communautés défavorisées (Houweling, 2007). Même dans les pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni, la mortalité infantile est supérieure chez les groupes défavorisés (Department of Health, 2007). La réduction de ces inégalités en mortalité s'impose de toute urgence. De même, il y a au moins 200 millions d'enfants qui n'arrivent pas à compléter leur potentiel de développement, avec des répercussions énormes sur leur santé et sur la société en général (Grantham-McGregor et al., 2007). Le nombre de 200 millions est certainement sous-estimé, puisqu'il se base sur une définition de la pauvreté de 1 $US par jour, et puisqu'il existe un effet progressif de la richesse sur le développement du jeune enfant (DJE) (ECDKN, 2007a). Le vécu pendant la petite enfance (du développement du fœtus jusqu'à l'âge de 8 ans) et au cours du début de l'éducation et plus tard jettent les bases de toute l'existence (ECDKN, 2007a). Il est préférable d'assurer à l'enfant individuel et à la société, tant dans les pays riches que pauvres, un départ positif, plutôt que devoir recourir plus tard à des mesures de redressement. Si les gouvernements misent sur le programme de survie de l'enfant, ils peuvent amener une amélioration majeure et soutenue sur le plan de la santé et du développement des populations. Ils devront se soumettre aux obligations de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, en abordant les premières années de la vie de façon plus globale (ECDKN, 2007a).

Une approche plus globale des premiers stades de la vie

La science du DJE révèle que le développement du cerveau est très sensible aux influences extérieures pendant la petite enfance et que celles-ci peuvent avoir des effets permanents. Les conditions auxquelles les enfants sont exposés, notamment la qualité de l'environnement relationnel et linguistique, 'sculptent' le cerveau en cours de développement (Mustard, 2007). Elever des enfants en bonne santé implique la stimulation de leur développement physique, cognitif/apprentissage du langage et social/émotionnel (ECDKN, 2007a). Le développement sain durant les premières années de l'existence donne des assises pour une vie épanouie dans les domaines social, affectif, cognitif et du bien-être physique.

L'éducation, préscolaire et ultérieure, trace également les trajectoires des enfants tout au long de leur existence et leurs chances de santé. Malgré les progrès effectués récemment, on estime à 75 millions le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire et qui n'y vont pas (UIS, 2008). Le niveau d'éducation est en rapport avec de meilleurs résultats de la santé, partiellement grâce à ses répercussions sur le revenu de l'adulte, ses conditions de travail et de vie (Ross & Wu, 1995 ; Cutler & LIeras-Muney, 2006 ; Bloom, 2007). Il existe des effets intergénérationnels puissants – le niveau d'éducation des mères est un déterminant de la santé, de la survie et du niveau d'éducation de l'enfant (Caldwell, 1986 ; Cleland & Van Ginneken, 1998).

De nombreux défis dans la société adulte trouvent leur racines dans les premiers stades de l'existence, en particulier les problèmes majeurs de santé publique tels l'obésité, les cardiopathies et les problèmes de santé mentale. Le vécu de la petite enfance a aussi une influence sur la criminalité, les problèmes d'alphabétisation et de participation économique (ECDKN, 2007 a).

Les inégalités sociales dans l'enfance contribuent aux disparités en santé, dépendamment du degré de DJE et du niveau d'éducation. Les enfants provenant de milieux défavorisés risquent d'être faibles à l'école, et ultérieurement en tant qu'adultes, ils risquent d'avoir de faibles revenus et des taux de fertilité élevés. Ainsi, ils n'ont pas assez d'atouts pour assurer à leurs enfants des soins sanitaires, une nutrition et une stimulation. De cette manière, ils contribuent à la transmission de la pauvreté de génération en génération (Grantham-McGregor et al., 2007). Les inégalités entre les sexes chez les adultes retrouvent également leurs racines dans la petite enfance. La socialisation des sexes et les partis pris sexistes éprouvés dès les premières années de l'existence influent sur le développement de l'enfant, notamment chez les filles. L'inéquité entre les sexes ressentie par un enfant à un âge précoce, confirmée par des rapports de force, des normes biaisées et des expériences jour après jour, aura avec le temps un impact profond sur l'inégalité entre les sexes dans sa vie à l'âge adulte (ECDKN, 2007a).

Une grande partie de la survie et du développement de l'enfant dépend des facteurs discutés dans d'autres chapitres du présent rapport. Le système des soins sanitaires joue un rôle central durant les premières années de la vie (ECDKN, 2007a). Les mères et les enfants ont besoin de soins dispensés en continu avant et pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement, ainsi que les premiers jours et les premières années de la vie (WHO, 2005b) (cf. chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Les enfants doivent être enregistrés à la naissance (cf. chapitre 16 : *Les déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). Ils ont besoin d'un milieu sûr et sain – un logement de qualité, de l'eau propre et des services d'assainissement, un quartier sain et une protection contre la violence (cf. chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*). Une bonne nutrition est cruciale et commence in utero, la mère devant être correctement nourrie. Il faut souligner ici l'importance d'adopter une perspective s'étendant sur toute l'existence pour lutter contre les inégalités en santé (ECDKN, 2007b). Il est également essentiel d'encourager l'initiation de l'allaitement dès les premières heures de la vie, le contact physique entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance, l'allaitement complet durant les 6 premiers mois et poursuivi jusqu'à la deuxième année. De même, il faut assurer l'accès à des régimes alimentaires sains pour les bébés

et les jeunes enfants, en développant la sécurité alimentaire (PPUCKN, 2007a ; Black et al., 2008,Victoria et al., 2008).

Si nous allons plus loin encore, nous disons que la survie de l'enfant et son développement dépendent de la qualité et de l'équité avec lesquelles les sociétés, gouvernements et organismes internationaux organisent leurs affaires (cf. Chapitres 10 et 14: *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques; Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer*). L'équité entre les sexes soutenue par l'instruction, le revenu et l'émancipation de la mère endosse un rôle capital dans la survie et le développement de l'enfant. (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*). Les enfants profitent lorsque les gouvernements adoptent des politiques de protection sociale favorables à la famille, qui garantissent un revenu approprié pour tous (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*) et qui permettent aux parents et aux personnes qui s'occupent d'enfants d'équilibrer leur vie familiale et professionnelle (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les chefs politiques doivent jouer sur les plans national et international un rôle clé afin d'éviter les menaces graves qui guettent le développement des jeunes enfants, à savoir la guerre et la violence, le travail et l'exploitation des enfants (WHO, 2005a). Néanmoins, les disparités dans les puissances au niveau mondial ont une incidence sur la capacité des pays pauvres à adopter des politiques contribuant au développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a) (cf. Chapitres 11, 12 et 15 : *Bonne gouvernance mondiale ; Rôle du marché ; Financement équitable*).

Les enfants ont besoin de protection, de soins attentifs favorisant leur épanouissement. Ils ont également besoin qu'on leur ouvre les possibilités d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre à parler aux autres et à les écouter. Les écoles font partie de l'environnement qui contribue au développement des enfants. Elles sont essentielles pour former leurs capacités, et lorsqu'elles sont réellement intégratrices, elles peuvent réaliser l'équité en santé. Les programmes de DJE, bien conçus, peuvent aider les petits enfants à vivre le passage vers l'école primaire de manière douce et à bien profiter en vue de la scolarisation ultérieure (UNESCO, 2006b).

Pour créer les conditions favorables au développement de tous les enfants, l'élaboration cohérente des politiques à travers les différents secteurs s'impose. Les parents et les personnes qui s'occupent des enfants peuvent être d'une grande utilité, mais il faut leur assurer un soutien de la part des pouvoirs publics, des organisations de la société civile et de la grande communauté. Les enfants ont été l'objet d'une grande négligence partout dans le monde, sous le regard des gouvernements. Les organisations de la société civile ont par conséquent un rôle important à jouer pour préconiser et améliorer les conditions contribuant à un développement sain des enfants.

Alors que les environnements influent fortement sur le développement du jeune enfant, les enfants eux-mêmes sont des acteurs sociaux qui modèlent et qui sont modelés par leur environnement (ECDKN, 2007b). L'évaluation de la nature de la relation entre l'enfant et son environnement a une incidence sur l'action et la recherche, mais il faut reconnaître l'importance de donner aux enfants une plus grande possibilité de s'exprimer (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007).

Le développement du jeune enfant: source de nivellement efficace

Les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les plus efficaces que les pays peuvent faire en termes de réduction du fardeau des maladies chroniques chez les adultes, de réduction des coûts des systèmes judiciaires et carcéraux et afin de permettre à un plus grand nombre d'enfants de grandir et de devenir des adultes en bonne santé, pouvant apporter une contribution positive à la société, socialement et économiquement (ECDKN, 2007a; Engle et al., 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Investir dans les programmes de DJE peut également constituer une source de nivellement efficace, les interventions produisant des effets importants sur les enfants les plus défavorisés (Sctt-McDonald, 2002,Young, 2002 ; Engle et al., 2007). Si les gouvernements des sociétés riches et pauvres agissaient lorsque les enfants étaient en bas âge et appliquaient des programmes de DJE de qualité, les intégraient à leurs plans de développement plus étendus, ces investissements se seraient fructifiés maintes fois (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993 ; Schweinhart, 2004 ; Lynch, 2004). Malheureusement, la plupart des analyses des investissements en santé et dans d'autres secteurs ne tiennent pas compte de pareilles prestations futures et évaluent de manière disproportionnée les bénéfices attendus dans l'immédiat et à court terme

Réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération exige une nouvelle façon de penser le développement de l'enfant. Une approche qui adopte une compréhension plus globale du développement des jeunes enfants s'impose, prenant en considération non seulement la survie du point de vue physique, mais également le développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage. La reconnaissance du rôle des programmes de DJE et de l'enseignement offre un potentiel énorme pour réduire les disparités en santé en l'espace d'une génération. Elle représente un impératif puissant pour agir dès les premiers stades de l'existence et dès maintenant. Si on n'agit pas, les conséquences seront déterminantes et dureront plus d'une vie.

L'ACTION EN VUE DE PLUS D'EQUITE DES LE DEPART

La Commission soutient qu'une approche plus globale du DJE, comprenant non seulement sa survie et son développement physique, mais également son développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, doit figurer en tête du programme politique. Cette approche requiert de l'engagement, un leadership et une cohérence politique aux niveaux international et national. Elle exige aussi un ensemble d'interventions pour le développement des jeunes enfants partout dans le monde.

Changer la mentalité

La Commission recommande que :

5.1. L'OMS et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) instaurent un mécanisme interinstitutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale (cf. Rec. 15.2 ; 16.8).

Le développement du jeune enfant est influencé par les actions

L'EQUITE DES LE DEPART : CHAMP D'ACTION 5.1

S'engager et mettre en œuvre une approche globale des premières années de l'existence, en se basant sur les programmes de survie de l'enfant déjà établis et en étendant les interventions dans ces premiers stades de la vie pour y inclure le développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage

effectuées au niveau de nombreux secteurs comprenant la santé, la nutrition, l'enseignement, le travail, l'eau et le système d'assainissement. Dans le même ordre d'idées, de nombreux acteurs au sein ou hors du système des Nations Unies sont concernés par le DJE. Ils incluent le PNUD, le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR), l'UNICEF, les Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour les établissements humains, l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), ainsi que les organisations de la société civile. Parmi les organismes cités plus haut, beaucoup ne se sont pas fixé pour but explicite l'amélioration des programmes de DJE. Néanmoins, ils y exercent toujours une grande influence positive ou négative.

Il faut instaurer un mécanisme interinstitutions pour garantir une approche globale et cohérente du DJE. Ce mécanisme peut prendre différentes formes. Un bon modèle serait ce qu'on appelle communément un sous-comité, tel le Comité permanent de la nutrition (CPN) du système des Nations Unies (Encadré 5.1). Un comité pareil rassemble des organismes importants de l'ONU, des acteurs gouvernementaux, des organisations de la société civile et des réseaux professionnels de DJE (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Suivant le modèle de SCN, les activités principales du mécanisme interinstitutions pourrait inclure : (i) le développement et la mise en œuvre d'une stratégie pour une sensibilisation et une communication stratégique, au plus haut niveau, (ii) la recherche et la production de rapports sur le progrès accompli dans la promotion d'une vie saine pour tous les enfants dès le départ, (iii) faciliter l'intégration des programmes de DJE dans les activités liées aux OMD au niveau national et par le biais du système de coordination de l'ONU, (iv) intégrer les approches des droits de l'homme, notamment de la petite enfance, comme ils ont été repris dans l'Observation générale n°7 sur la mise en application des droits de l'enfant dans la petite enfance (UN, 2006a), au sein des travaux du mécanisme interinstitutions et (v) identifier les principales lacunes scientifiques et opérationnelles (Standing Committee on Nutrition, nd,b). Le groupe interinstitutionnel peut promouvoir au niveau national une approche dans laquelle les responsables des choix politiques, intervenants, chercheurs et acteurs de la société civile forment des réseaux axés sur le DJE, afin d'assurer un partage à libre accès et une diffusion des recherches et des conclusions liées à la pratique.

Pour assurer une cohérence des politiques concernant le DJE, sur les plans national et international, il faut que les organisations internationales, en particulier l'OMS et l'UNICEF, renforcent leur leadership dans ce domaine ainsi que leur engagement institutionnel. Plusieurs programmes à l'intérieur de ces organisations ont une incidence sur le développement de l'enfant, à savoir, les programmes sur la survie de l'enfant, l'immunisation, la santé génésique et le VIH/SIDA. Le développement du jeune enfant doit être pris en compte dans ces programmes, de manière explicite. Ceci requiert un personnel à plein temps et un financement, dans le but de :

- jouer un rôle capital pour plaider la cause du DJE en tant que déterminant social principal de la santé ;
- fournir un support technique pour l'insertion du DJE dans les politiques au niveau national et les cadres de développement international (tels que le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté - CLSP) ;
- fournir un support technique aux régions, pays et partenaires pour intégrer de simples interventions de DJE (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant - PIMCE, Soins pour le développement (Care for Development), cf. Encadré 5.7) dans les services sanitaires et les initiatives de santé communautaire ;
- assumer la responsabilité de rassembler les éléments probants sur l'efficacité des interventions de DJE, plus particulièrement de celles qui sont liées au système de soins sanitaires ;
- soutenir les pays pour qu'ils recueillent les données statistiques nationales et instaurent des observatoires du DJE.

Pour aborder le DJE de manière globale, il est requis des organisations et des donateurs internationaux de soutenir les gouvernements afin de renforcer les capacités et développer des mécanismes financiers pour la mise en œuvre d'une telle approche. Une stratégie de financement mondial doit être établie pour assister les pays signataires de la Convention relative aux droits de l'enfant afin qu'ils appliquent l'Observation générale du Comité des droits de l'enfant de l'ONU n°7, concernant les droits de l'enfant durant la petite enfance.

ENCADRE 5.1: EXEMPLE DE MECANISME INTERINSTITUTIONS- LE COMITE PERMANENT DE LA NUTRITION (CPN) DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

Le mandat du CPN sert à promouvoir la coopération entre les organismes des Nations Unies et les organisations partenaires, dans le but de soutenir les efforts communautaires, nationaux, régionaux et internationaux, pour mettre fin à la dénutrition sous toutes ses formes, dans cette génération. Il pourra le réaliser en rectifiant l'orientation des actions contre la dénutrition dans le monde, en élargissant leur envergure et en renforçant leur cohérence et leurs effets. Il devra aussi sensibiliser aux problèmes de la nutrition et favoriser l'engagement pour les résoudre au niveau mondial, régional et national. Le CPN relève du secrétariat des organismes des Nations Unies. Les membres de L'ONU sont la Commission Economique pour l'Afrique, la FAO, l'Agence Internationale pour l'énergie atomique, le Fonds International pour le Développement de l'Agriculture, l'OIT, l'ONU, l'ONUSIDA, le PNUD, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, l'UNESCO, le FNUAP, l'HCNUR, l'UNICEF, l'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement Social, l'Académie des Nations Unies, le PAM, l'OMS et la Banque Mondiale. Sont aussi membres l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires et la Banque asiatique de développement (BAsD). Dès le début, des représentants des parties à accord bilatéral, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) ont participé activement aux activités du CPN.

Reproduit avec la permission de l'ONU, tiré de la Commission Permanente sur la Nutrition (nd,a)

Une approche globale de la petite enfance sur le plan pratique

La Commission recommande que :

5.2. Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires (cf. Rec. 9.1 ; 11.6 ; 16.1).

Un cadre stratégique intégré pour le développement du jeune enfant

Pour que tous les enfants aient un bon départ dans la vie, il est préférable d'avoir un cadre stratégique intégré du DJE, conçu pour atteindre la totalité des enfants. Celui-ci requiert une coordination interministérielle et une cohérence des politiques, avec une articulation claire autour des rôles et des responsabilités de chaque secteur et de leur mode de collaboration. Une meilleure collaboration entre les secteurs de l'aide sociale et de l'éducation par exemple, peut faciliter la transition du programme préscolaire à l'enseignement primaire (OECD, 2001). Le DJE doit être intégré dans les programmes de chaque secteur pour garantir qu'il sera pris en considération méthodiquement dans la prise de décision (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

L'application d'une approche plus globale de l'enfance consiste aussi à étendre les interventions de qualité qui ciblent la survie de l'enfant et son développement physique, pour inclure son développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage. Les programmes et les services de développement du jeune enfant doivent comporter entre autres : l'allaitement et le soutien nutritionnel, le soutien global et les soins de la mère avant, pendant et après la grossesse – y compris les interventions qui vont à l'encontre des problèmes maternels de santé mentale pré et postnataux (Patel et al., 2004) (cf Chapitre 9 : *Programme de soins de santé universels*), le soutien de ceux qui s'occupent des nourrissons, la puériculture et l'éducation précoce commençant autour de l'âge de 3 ans. (cf. Champ d'action 2, ci-dessous) (ECDKN, 2007a). De plus, les services sont nécessaires aux enfants souffrant de problèmes particuliers, dont les problèmes mentaux et physiques. Ils incluent le dépistage précoce, la formation des personnes qui s'occupent d'enfants au jeu et au dialogue avec les enfants à la maison, des programmes communautaires précoces aidant les enfants à développer leurs possibilités, ainsi que l'éducation et la sensibilisation de la communauté, pour prévenir la discrimination des enfants handicapés (UNICEF, 2000; UNICEF, 2007a). Les interventions se révèlent très efficaces lorsqu'elles assurent un apprentissage direct aux enfants et à leurs gardiens, lorsqu'elles sont très intensives, de bonne qualité, et de longue durée, ciblant les enfants jeunes et défavorisés, et lorsqu'elles s'appuient sur des programmes établis de survie et de santé de l'enfant et rendent les programmes de DJE facilement accessibles (Engle et al., 2007).

L'application d'un cadre stratégique intégré du développement du jeune enfant nécessite de travailler avec les organisations des sociétés civiles, les communautés et ceux qui s'occupent des enfants. La société civile peut sensibiliser au DJE et lancer des actions. Elle peut contribuer à organiser des stratégies au niveau local afin de fournir aux familles et aux enfants des services efficaces pour le DJE, d'améliorer la sécurité et l'efficacité des milieux résidentiels, et d'accroître la capacité des communautés locales et relationnelles d'améliorer la vie des enfants (ECDKN, 2007a).

La plupart des pays n'ont pas de cadre stratégique intégré de DJE. On trouve en même temps, à travers le monde, des exemples d'interventions qui illustrent ce qui peut être réalisé.

Des programmes simples ou globaux pour les services de développement du jeune enfant

L'application de programmes et de services cherchant à améliorer le développement du jeune enfant peut être conduite de différentes manières. Certaines peuvent viser un seul but comme l'alphabétisation (Encadré 5.2), alors que d'autres abordent le développement du jeune enfant de façon plus globale (cf. Encadrés 5.3 et 5.4).

Les interventions qui intègrent les différents aspects du développement de l'enfant donnent de très bons résultats, comme l'association de la stimulation (interaction entre ceux qui s'occupent des enfants et les enfants eux-mêmes, liée au développement cérébral) et la nutrition (Engle et al., 2007). Elles se sont montrées enclines à donner des améliorations durables aux différents niveaux du développement physique, social/affectif, et cognitif/apprentissage du langage, tout en diminuant simultanément le fardeau des maladies actuelles et futures, en particulier chez les plus vulnérables et les plus défavorisés (ECDKN, 2007a). Ceci est illustré dans la figure 5.1, qui montre que le développement mental des enfants à croissance arrêtée qui avaient reçu à la fois une supplémentation nutritionnelle et une stimulation psychosociale était presque aussi bon que celui des enfants à croissance non arrêtée (Fig. 5.1).

ENCADRE 5.2 : ENCOURAGER LA LECTURE A HAUTE VOIX AUX ETATS-UNIS

Reach out and Read est une organisation américaine nationale à but non lucratif qui promeut l'alphabétisation précoce en donnant des livres aux enfants ainsi que des conseils aux parents pendant les consultations pédiatriques, portant sur l'importance de la lecture à voix haute dans le développement de l'enfant et sa préparation pour l'école. A chaque consultation de contrôle, les médecins et les infirmières encouragent les parents à lire à haute voix à leurs jeunes enfants, et leur prodiguent des conseils appropriés à l'âge de leurs enfants ainsi que des encouragements. Les parents ne maîtrisant pas bien la lecture sont encouragés à inventer leurs propres histoires à partir de livres illustrés et à passer du temps avec leurs enfants à nommer les objets. Aussi, les dispensateurs de services donnent à chaque enfant âgé entre 6 mois et 5 ans, des livres pour enfants qu'il peut garder, et qui sont appropriés à son développement. Dans les salles d'attente propices à l'alphabétisation, les parents et les enfants apprennent, souvent avec des lecteurs volontaires, à prendre plaisir et à connaître les techniques pour lire des livres ensemble. Il a été noté que les parents ayant reçu cet enseignement, avaient un penchant nettement plus prononcé à lire à leurs enfants et à avoir des livres pour enfants à la maison. Plus important encore, les enfants ayant reçu cet enseignement ont montré une nette amélioration dans le langage préscolaire, ce qui est un bon indicateur d'une littéracie future réussie.

Source: ECDKN, 2007a

Même des programmes plus généraux de services peuvent être assurés, dont la stimulation, la nutrition, l'éducation des parents, ainsi que différentes formes de soutien familial (Encadré 5.3).

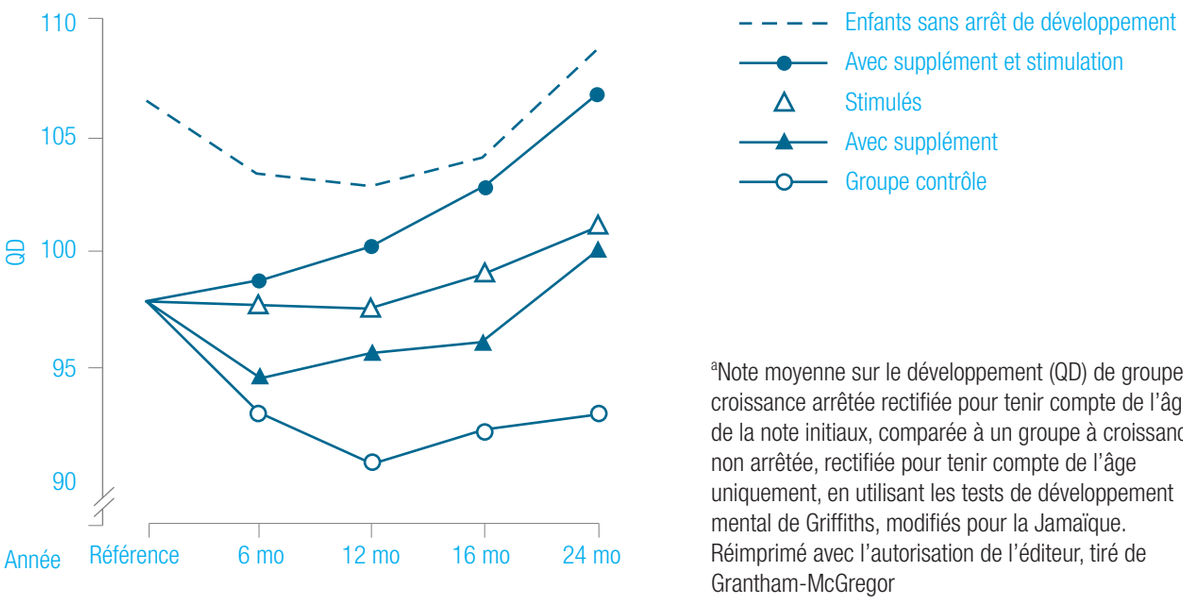
Commencer précocement dans la vie, en ayant une approche pour toute la vie

Les jeunes enfants se montrent enclins à bénéficier davantage des interventions pour le DJE par rapport à ceux qui sont plus âgés, ce qui montre l'importance d'assurer des programmes et des services dès les premières années de la vie (Engle et al., 2007). Certains facteurs doivent être abordés avant la naissance, même avant la conception. L'Encadré 5.4 illustre comment les problèmes de développement et de nutrition chez les enfants peuvent être réglés dans une perspective à long terme, intéressant non seulement les enfants mais aussi les femmes enceintes, les mères qui allaitent et les adolescentes.

Adresser les interventions en priorité aux plus favorisés socialement

Dans un cadre d'accès universel, une attention spéciale accordée aux défavorisés socialement et aux enfants ayant un retard de développement pourra aider considérablement à réduire les inégalités dans le développement du jeune enfant. Une raison importante serait le grand effet que montrent les interventions de DJE auprès de ces groupes défavorisés (Scott-McDonald, 2002,Young, 2002, Engle et al., 2007).

Figure 5.1: Les effets de l'association d'un supplément nutritionnel et d'une stimulation psychosociale sur les enfants avec un arrêt de développement, au cours d'une enquête de 2 ans en Jamaïque.[a]



[a]Note moyenne sur le développement (QD) de groupes à croissance arrêtée rectifiée pour tenir compte de l'âge et de la note initiaux, comparée à un groupe à croissance non arrêtée, rectifiée pour tenir compte de l'âge uniquement, en utilisant les tests de développement mental de Griffiths, modifiés pour la Jamaïque. Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Grantham-McGregor

ENCADRE 5.3: UNE APPROCHE GLOBALE POUR ABORDER LES DEFIS DU DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EN JAMAIQUE

Les jeunes enfants des communautés pauvres de Jamaïque affrontent des difficultés écrasantes, dont la pauvreté. Le programme en faveur des enfants mal nourris s'occupe des besoins nutritifs et psychosociaux des enfants hospitalisés pour malnutrition. Le personnel hospitalier a remarqué qu'avant de lancer le programme d'approche, de nombreux enfants qui avaient récupéré et qui étaient sortis de l'hôpital et renvoyés à domicile, devaient être réadmis pour la même raison, peu de temps après. Pour régler ce problème, des visites de suivi à domicile ont été organisées afin de surveiller les enfants sortis de l'hôpital. Au cours de ces visites, le personnel s'est centré sur la stimulation, les facteurs environnementaux potentiellement nocifs pour la santé de l'enfant, son état nutritionnel et le besoin éventuel d'une supplémentation alimentaire. Les parents suivent un programme hebdomadaire continu de formation au rôle de parent et d'assistance sociale. Ils reçoivent une aide pour développer des compétences génératrices de revenus, commencer des projets d'auto-assistance et trouver du travail et un abri. Les parents sans emploi reçoivent aussi des colis alimentaires, de la literie et des vêtements. De plus, il existe un programme d'approche dans les communautés pauvres comportant une stimulation psychosociale régulière adressée aux enfants âgés de 3 ans ou moins, soutenue par une ludothèque ambulante.

Adaptation avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Scott-McDonald (2002).

Malheureusement, les enfants des ménages et des communautés les plus pauvres sont les moins susceptibles d'avoir accès aux programmes et aux services de DJE (UNESCO 2006b). Lorsque de nouvelles interventions sont lancées, ceux qui sont dans une meilleure situation en bénéficient en premier (Victoria et al., 2000 ; Houweling, 2007). Il semble que ce soit le cas dans le programme Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant qui, appliqué dans des conditions ordinaires, n'atteint pas les pauvres de façon préférentielle (PPHCKN, 2007a). Par ailleurs, parmi de nombreux exemples, ceux des Philippines montrent qu'il est possible d'atteindre les enfants défavorisés (Encadré 5.5).Dans les pays où les ressources sont limitées, il faudrait atteindre en priorité les enfants les plus vulnérables, tout en laissant la couverture mondiale comme objectif à long terme (ECDKN, 2007a).

Atteindre tous les enfants

Pour réaliser des interventions de développement du jeune enfant de qualité, l'objectif permanent devrait être une couverture mondiale, avec une attention spéciale pour les plus démunis. 'L'accès universel' doit permettre aux garçons et aux filles un accès égal de manière tout à fait normale. Les pays à faible revenu doivent s'efforcer de réaliser progressivement une couverture universelle, en commençant par les plus vulnérables. Les gouvernements devraient développer des stratégies pour étendre des programmes efficaces de l'échelle locale à l'échelle nationale, sans pour autant sacrifier les caractéristiques du programme qui l'ont rendu efficace. Il est important que l'intégrité et la responsabilisation dans l'application soient maintenus, même lorsque les programmes sont étendus à l'échelle nationale (ECDKN, 2007a).

ENCADRE 5.4: COMMENCER LES INTERVENTIONS AVANT LA CONCEPTION – LES SERVICES INTEGRES DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (ICDS) EN INDE

Le ICDS est l'un des plus grands programmes mondiaux de développement et de nutrition de l'enfant. Il atteint actuellement plus de 30 millions d'enfants. Les services de ce programme comportent un soutien pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent, ainsi que pour les adolescentes, entre autres en améliorant la possibilité de se nourrir. Ils assurent aussi des centres de soins pour enfants, une éducation préscolaire, une surveillance de la croissance des enfants âgés de 0 à 5 ans, une supplémentation nutritionnelle pour les enfants mal nourris, une assistance pour l'immunisation de l'enfant ainsi que certains soins sanitaires d'urgence (Engle et al., 2007). Les résultats de ce programme semblaient être variables, avec de bons résultats sur la malnutrition et le développement moteur et mental de l'enfant dans certains Etats (Engle et al,. 2007 ; Lokshin et al., 2005). Au sein des Etats, les villages les plus pauvres étaient les mieux servis. Cependant, les Etats ayant un taux élevé d'enfants mal nourris recevaient la plus faible couverture et les plus basses allocations budgétaires de la part du gouvernement central (Das Gupta et al., 2005). L'évaluation de la Banque Mondiale a montré peu d'effets positifs, probablement à cause des aides financières modestes, de la surcharge de travail des agents communautaires et de la formation insuffisante.

(Engle et al., 2007).

ENCADRE 5.5 : ATTEINDRE LES COMMUNAUTES MARGINALISEES AUX PHILIPPINES

Un programme institué aux Philippines fournit des services de santé, de nutrition, et d'éducation précoce aux jeunes enfants dans des communautés marginalisées. Intéressant différents ministères au niveau national, ainsi que des vulgarisateurs et des agents de développement de l'enfant au niveau communautaire, le programme aide à suivre chaque enfant dans sa croissance, surveille l'accès au sel iodé, aux oligo-élements, à l'eau propre et à la toilette, et offre des conseils aux parents sur la nutrition et le développement de l'enfant.

Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2001).

ENCADRE 5.6 : SERVICES UNIVERSELS DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT A CUBA

Le programme cubain Educa a Tu Hijo (Grandir avec son enfant) est généralement vu comme un facteur important dans les réalisations éducatives au niveau de l'école primaire à Cuba (UNICEF, 2001). Le programme débuté en 1985, est un service de DJE, extrascolaire, non institutionnel, fondé sur la communauté, et centré sur la famille. Il se déroule sous la responsabilité du ministère de l'Education (Education préscolaire). Le programme fonctionne avec la participation des ministères de la Santé publique, de la Culture et du Sport, de la Fédération des femmes cubaines, de l'Association nationale des petits agriculteurs, du Comité National pour la défense de la révolution, et d'associations estudiantines. Ce réseau élargi comprend 52 000 promoteurs (enseignants, pédagogues, médecins et professionnels formés), 116 000 exécutants (enseignants, médecins, infirmières, professionnels retraités, étudiants, et volontaires), et plus de 800 000 familles. Au cours des années 1990, le programme a été étendu, atteignant 99,8 % des enfants âgés de 0 à 5 ans en l'an 2000, constituant probablement le taux de scolarisation le plus élevé dans le monde.

Source : CS, 2007

S'appuyer sur les programmes déjà établis de survie et de santé de l'enfant pour rendre les interventions de développement immédiatement réalisables

Les systèmes de soins de santé sont les seuls à pouvoir contribuer au DJE (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Etant donné le chevauchement des déterminants qui sont à la base du développement de survie/physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, le système de soins de santé pourrait être un champ efficace pour la promotion du développement dans tous les domaines. C'est le premier contact pour beaucoup de femmes en âge de procréation, et dans de nombreux cas, les dispensateurs de soins de santé sont les seuls professionnels que les familles rencontrent durant les premiers stades de la vie de l'enfant (ECDKN, 2007a). Les systèmes de soins de santé peuvent servir de plateforme pour l'information et le soutien des familles dans le développement du jeune enfant, et ils peuvent lier les enfants et leurs parents aux services communautaires de développement du jeune enfant. Lorsque ces services et programmes seront intégrés dans les services de santé établis, comme le PCIME (Encadré 5.7), ils constitueront un moyen extrêmement efficace pour la promotion des programmes de DJE (ECDKN, 2007a).

Agir sur les inégalités entre les sexes

Un des aspects importants pour garantir la qualité des programmes et des services de DJE est la promotion de l'équité entre les sexes. La socialisation des sexes à un âge précoce et l'apprentissage des rôles culturels selon son propre sexe et ses propres normes qui définissent le 'masculin' et le 'féminin', peuvent avoir de grandes ramifications tout au long de la vie de la personne. Les filles, par exemple, pourraient prendre soin de leurs frères et sœurs et être empêchées de se rendre à l'école. Les programmes préscolaires qui visent les frères et sœurs les plus jeunes, pourraient contribuer à la résolution de ce problème.

Une stratégie importante pour la promotion d'une socialisation positive des sexes se ferait à travers des programmes appropriés du point de vue du développement, soucieux de l'équité entre les sexes et de programmes culturellement pertinents, de formation au rôle de parent (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003). Ces derniers visent à sensibiliser les parents et ceux qui s'occupent d'enfants à leur rôle d'aider les enfants à développer l'estime de soi et la confiance en soi, en tant que garçon ou fille, dès le départ. Les partis pris discriminatoires des garçons et des filles peuvent ressortir durant des discussions de groupes avec les pères, les mères, les tuteurs et les enseignants préscolaires.

Faire intervenir les pères dans l'éducation de leurs enfants dès la naissance est une autre stratégie importante pour améliorer la santé des enfants et ses résultats développementaux, tout en encourageant l'équité entre les sexes.

Les pères peuvent jouir de leurs rôles de pères en établissant une relation positive et épanouissante avec leurs enfants, et présenter ainsi un modèle d'identification bénéfique pour leurs fils et pour leurs filles. Les programmes de formation au rôle de parent tels qu'au Bengladesh, Brésil, Jamaïque, Jordanie, Afrique du Sud, Turquie et Vietnam, englobent des activités spécifiques qui engagent les pères de manière active dans l'éducation de leurs enfants (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

Faire intervenir les communautés

En faisant intervenir les communautés, y compris les mères, grands-mères et autres personnes qui s'occupent des enfants, on cible la viabilité de l'action sur le DJE. Ils devront participer à l'élaboration, instauration et révision de politiques, programmes et services de développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a). Il peut en résulter des aspirations communes et un consensus sur les issues, en relation avec les besoins de la communauté ; un déclenchement de relation de partenariat entre la communauté, les dispensateurs de services, les parents et les personnes qui s'occupent des enfants ; et un renforcement de la capacité de la communauté par la participation active de familles et d'autres parties prenantes (ECDKN, 2007a). L'Encadré 5.8 illustre comment un projet de développement du jeune enfant en République démocratique populaire du Laos a été conduit par la communauté, à toutes les étapes, depuis l'identification des besoins jusqu'à la mise en application. La participation de la communauté et les interventions fondées sur la communauté ne déchargent pas les pouvoirs publics de leurs responsabilités. Cependant, elles assurent des relations plus solides entre le gouvernement, les dispensateurs de services, la communauté et les tuteurs (ECDKN, 2007a) (cf. Chapitre 14: *Emancipation politique – Participation et possibilité de s'exprimer*).

Le champ de l'éducation

La Commission n'avait pas approfondi l'éducation par un Réseau de connaissances spécialement dédié à ce sujet. Pourtant, de larges domaines à étudier ont émergé des travaux de la Commission. La Commission reconnaît l'importance cruciale de l'éducation sur l'éducation à l'équité en santé. L'éducation, formelle ou informelle, est comprise comme un processus qui commence à la naissance et se poursuit tout au long de la vie. Cette section est axée sur l'éducation depuis l'école maternelle jusqu'à la fin des études secondaires, en préconisant l'extension de l'approche globale à l'éducation qui

ENCADRE 5.7 : S'APPUYER SUR DES PROGRAMMES ET DES SERVICES EXISTANTS POUR LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a mis en place un élément spécial pour le DJE, appelé Care for Development (Soins pour le Développement), prévu pour être intégré dans les programmes PCIME existants. Care for Development a pour but de rendre les parents et ceux qui s'occupent des enfants plus conscients de l'importance du jeu et de la communication avec les enfants, et ceci, en leur donnant une instruction et des informations durant les visites médicales de leurs enfants. Les résultats ont montré que Care for Development est une méthode efficace qui soutient les efforts des parents et de ceux qui s'occupent des enfants pour assurer un environnement stimulant à leurs enfants en développant leurs aptitudes. Les professionnels de la santé sont encouragés à considérer les consultations médicales des enfants pour des maladies aigues et d'importance mineure comme des occasions pour diffuser les messages de Care for Development, tels l'importance d'une alimentation active et adaptée pour l'amélioration de la nutrition et de la croissance des enfants, et l'importance du jeu et des activités de communication pour le passage aux étapes suivantes de leur développement.

Sources: ECDKN, 2007a; WHO, nd,d

prête une attention particulière au développement physique, social/affectif, et cognitif/apprentissage du langage chez les enfants.

La Commission recommande que :

5.3. Les pouvoirs publics offrent aux enfants un enseignement de qualité, qui soit attentif au développement physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, en commençant par l'éducation préscolaire.

Tous les enfants du monde, et plus particulièrement ceux qui proviennent des communautés les plus défavorisées, bénéficieraient énormément des programmes d'éducation durant la petite enfance. Etendre et améliorer les soins et l'éducation des enfants dès les premières années de la vie fait partie de la stratégie de l'éducation pour tous de l'UNESCO (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). La Commission appuie les objectifs de ce programme (résumés dans l'Encadré 5.9).

Offrir une éducation préscolaire de qualité

Rendre les écoles maternelles qui sont de bonne qualité et qui adoptent les principes de développement du jeune enfant disponibles pour tous les enfants et s'efforcer d'y inclure ceux qui appartiennent à des milieux défavorisés socialement, requièrent un engagement de la part des hautes autorités gouvernementales et des ministres chargés des soins et de l'éducation de l'enfant. Il est également requis un travail mixte des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi qu'une révision de la couverture préscolaire existante, à travers une large collaboration avec les familles, les communautés, les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile et les prestataires de services, afin d'identifier les besoins et de développer une stratégie globale. Les éléments à traiter dans l'élaboration des stratégies comportent : les niveaux de financement, l'infrastructure (y compris les bâtiments et les équipements), le soutien aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers, le ratio de personnel pour les enfants, le recrutement, le soutien et la formation de personnel préscolaire ainsi que la nature du programme préscolaire.

ENCADRE 5.8 : ELABORATION DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT AXE SUR LA STRUCTURE DES VILLAGES DANS LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE DU LAOS

Le projet de développement des femmes a visé à promouvoir différentes initiatives de développement dans cinq provinces du Laos. Après 5 ans, l'intérêt a grandi et le besoin d'aborder les questions du développement de l'enfant a été ressenti. Le projet de DJE et de la famille en est sorti. Des ateliers de planification du projet ont été organisés dans les villages lors des premières étapes de développement et d'application. La planification au niveau des villages a conduit à un accord sur les besoins et les objectifs, à la compréhension de l'étude d'ensemble, à l'évaluation des ressources et ses obstacles, à la planification des activités, à la mise en place du comité du projet, et à la fixation de critères pour choisir les volontaires dans les villages. Le processus d'élaboration du programme de développement basé sur les communautés s'est concentré sur les suggestions des participants au niveau local, afin de créer un programme qui puisse être adapté aux besoins particuliers des différents groupes ethniques. Le processus s'est axé sur la collecte de données et l'évaluation des besoins du village. L'analyse des connaissances traditionnelles existantes ont servi de base pour l'élaboration du programme. Une des activités remarquables a été une déclaration signée par les membres du village et par le comité de développement du village. Elle portait sur les droits de l'enfant et comprenait des actions pouvant être entreprises immédiatement en attendant une assistance extérieure nécessaire.

Source: ECDKN, 2007a

COUVERTURE ET CHAMP D'ENSEIGNEMENT : CHAMP D'ACTION 5.2

Etendre la couverture et le champ de l'enseignement pour y inclure les principes du DJE (développement physique, social, affectif et cognitif/apprentissage du langage

ENCADRE 5.9 : LES OBJECTIFS DE L'EDUCATION POUR TOUS DE L'UNESCO

Développer et améliorer la protection et l'éducation de la petite enfance.

Assurer un enseignement primaire universel gratuit et obligatoire d'ici 2015.

Garantir un accès équitable à l'enseignement et aux programmes ayant pour objet l'acquisition des connaissances ainsi que des compétences liées à la vie courante.

Améliorer de 50% les niveaux d'alphabétisation des adultes.

Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005, et à tous les niveaux avant 2015.

Améliorer sous tous ses aspects la qualité de l'éducation.

Source : UNESCO, 2007a

Enseignement primaire et secondaire de qualité

La recherche démontre que l'intégration de l'apprentissage social et émotionnel dans les programmes scolaires primaires et secondaires ainsi que l'attention portée au développement physique et cognitif/apprentissage du langage améliore la fréquentation de l'école et le rendement scolaire (CASEL, nd), et pourrait apporter des bénéfices à la santé à long terme. Incorporé dans la définition de l'UNICEF de l'éducation de qualité (UNICEF, nd,b), l'apprentissage social et émotionnel se présente sous l'égide des compétences liées à la vie. Les objectifs de l'éducation pour tous comportent un accès équitable à une 'éducation de base' en tant qu'apprentissage de base, qu'il est nécessaire de redresser chez les jeunes, et ce à travers un enseignement formel ou non institutionnel (UNESCO, 2007a). La Commission approuve une attention accrue à l'éducation de base dans tous les pays, comme moyen d'encourager les comportements sains et d'aider les jeunes à s'assumer eux-mêmes. L'UNICEF a insisté sur l'importance de l'éducation de base pour se protéger contre le VIH/SIDA et d'une approche globale de l'éducation de qualité qui réponde aux besoins des apprenants et s'engage en faveur de l'équité entre les sexes (UNICEF,nd,c).

Assainir les écoles pour les enfants constitue la base pour l'approche Start du programme FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – concentrer les ressources sur la santé à l'école) (Partnership for Child Development, nd), une initiative conjointe de l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, la Banque mondiale et d'autres partenaires en vue de coordonner l'action, afin de rendre les écoles plus saines pour les enfants et améliorer la qualité et l'équité au niveau de l'éducation, contribuant ainsi à la fondation d'écoles bien aménagées pour les enfants (Encadré 5.11).

Des interventions innovatrices, spécifiques au contexte en milieu scolaire peuvent être effectuées pour combattre les problèmes de santé rencontrés par les jeunes. A titre d'exemple, en Australie, le programme MindMatters (Curriculum Corporation,nd) a été élaboré dans le but de promouvoir la santé mentale dans les écoles ; et aux Etats-Unis, le programme Action for Healthy Kids cherche à traiter l'épidémie croissante de l'obésité (Action for Healthy Kids, 2007). Ces programmes révèlent l'importance de travailler à travers les secteurs et de faire intervenir diverses organisations, à la fois gouvernementales et non gouvernementales pour traiter les problèmes de santé dans le cadre scolaire. Des programmes extra-scolaires dans des modalités informelles sont également à élaborer pour atteindre des objectifs similaires en utilisant la même approche.

Les obstacles à l'éducation

La Commission recommande que :

5.4 Les gouvernements offrent à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité ; recensent et suppriment les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité ; et suppriment les frais de scolarité à l'école primaire (cf.Rec. 6.4 ; 13.4).

Les obstacles à l'éducation comprennent les problèmes d'accès à l'éducation ainsi que la qualité et l'acceptabilité de l'éducation. Dans beaucoup de pays, mais surtout dans les pays à revenu faible, les enfants de familles à faible revenu et dont les parents ont peu d'éducation, ont peu de chances d'aller à l'école, et de fortes chances d'abandonner leurs études. La réduction de la pauvreté et les activités rémunératrices (discutées dans les Chapitres 7 et 8 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent ; Protection sociale tout au long de l'existence*) ainsi que les mesures pour réduire les dépenses de la famille sur la scolarité, les livres scolaires, les uniformes et d'autres frais, sont des éléments cruciaux d'une stratégie globale pour faire de l'accès à l'éducation de qualité une réalité pour des millions d'enfants.

D'autres politiques visant à encourager les parents à envoyer leurs enfants à l'école varient selon les pays, mais elles prévoient d'offrir des repas gratuits ou subventionnés (Bajpai et al., 2005) et d'accorder des primes d'encouragement pour les scolarités, de supprimer les frais de scolarité (Glewwe, Zhao & Binder, 2006) et de fournir gratuitement des médicaments antiparasitaires ou d'autres actes médicaux, comme par exemple le Malawi School Health Initiative (Pasha et al., 2003). Des analyses spécifiques selon le contexte sont nécessaires pour recenser les obstacles à l'éducation, développer et évaluer des politiques qui encouragent les parents à inscrire et garder les enfants à l'école.

ENCADRE 5.10 : APPROCHES NATIONALES DE L'EDUCATION PRESCOLAIRE

Au Chili, l'expansion de l'éducation préscolaire aux enfants socialement défavorisés a commencé en étendant la couverture en premier à ceux qui ont un âge de 5-6 ans, puis de 4-5 ans, puis de 3-4 ans. Le programme cherche à apporter à l'enfant et à sa famille une éducation, des soins, une nutrition et une attention sociale de qualité.

En Suède, l'expansion de l'éducation préscolaire a été réalisée avec un engagement de la part du gouvernement, pour que cette éducation donne de l'importance au jeu, aux stratégies d'apprentissage naturel des enfants et à leur développement complet. C'était un objectif politique d'intégrer cette approche globale de l'éducation dans le système éducatif entier (Choi, 2002).

ENCADRÉ 5.11 : ECOLES AMIES DES ENFANTS

L'UNICEF a développé un cadre pour des écoles amies des enfants, ayant une approche de l'éducation soucieuse de leurs droits. Ces écoles créent un environnement d'apprentissage, sûr, sain, attentif à l'équité entre les sexes, faisant participer les parents et la communauté, et offrant une éducation de qualité et des compétences liées à la vie courante. Ce modèle ou d'autres semblables sont maintenant développés ou en cours de développement dans plus de 90 pays, et adoptés comme norme de qualité standard nationale dans 54 pays.

Source : UNICEF, nd,d

Il faut noter l'expansion rapide de l'éducation primaire dans les pays à revenu faible au cours des dernières années, une tendance attribuée en partie, à la suppression des frais de scolarité dans un certain nombre de pays. Comme l'expérience du Kenya le souligne (Encadré 5.12), supprimer les frais de scolarité de l'école primaire nécessite d'être complété par le recrutement et la formation d'enseignants, la construction supplémentaire d'écoles et de salles de classe et la fourniture de matériel éducatif. L'élargissement de l'accès à l'école primaire doit être accompagné d'une attention spéciale à la qualité de l'éducation. De plus, l'expansion de l'éducation primaire nécessitera des investissements dans l'éducation secondaire afin d'augmenter la capacité d'accueillir les nouveaux venus supposés atteindre le niveau secondaire. La transition de l'école primaire à l'école secondaire est un point critique pour les filles et pour l'égalité des sexes (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Un investissement important est requis de la part des gouvernements nationaux, affectant des fonds suffisants pour le développement des infrastructures des écoles, le recrutement, la formation et la rémunération du personnel, et pour fournir le matériel éducatif. Pour soutenir cette action dans les pays à revenu faible et moyen, il est nécessaire que les pays donateurs tiennent leurs engagements d'aide (cf Chapitre 11 : Financement équitable). Les besoins financiers externes annuels pour atteindre les objectifs de l'éducation pour tous sont estimés à environ 11 milliards $US par an (UNESCO, 2007a).

L'éducation des filles

Un effort particulier est nécessaire afin d'assurer une éducation primaire et secondaire pour les filles, spécialement dans les pays à revenu faible (UNESCO, 2007a, Levine et al., 2008). Une étape critique est de supprimer les frais de scolarité pour l'éducation primaire. En réponse aux difficultés continues au niveau de l'égalité des sexes dans l'éducation, la Task Force 3 des Nations Unies créée dans le cadre du Projet du Millénaire pour l'éducation et l'équité entre les sexes a noté le besoin de renforcer les possibilités d'une éducation secondaire pour les filles tout en s'engageant simultanément dans l'éducation primaire pour tous, comme la clé pour réaliser l'OMD 3, promouvoir l'égalité des sexes et aider les femmes à s'assumer (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Les stratégies pour promouvoir l'éducation secondaire des filles comportent une augmentation de leur accès à l'école et leur rétention dans le système scolaire. Les interventions pour améliorer à la fois l'environnement physique et social (Rihani, 2006) comprennent la construction de toilettes/latrines fonctionnelles pour les filles et les enseignantes, et la création d'un environnement sûr pour les filles (WHO, 2005a), en introduisant et en faisant respecter des codes de conduite. Les mesures pour améliorer l'intérêt et la qualité de la scolarisation incluent la formation des enseignants, la réforme des programmes d'études, afin de réduire le sexisme et introduire des cadres pour faire participer les filles aux décisions concernant leur scolarisation. D'autres interventions comprennent l'octroi ciblé de bourses scolaires pour les filles, comme le Bangladesh's Female Secondary School Assistance Programme (WGEKN, 2007, SEKN, 2007), et les programmes qui abordent les besoins des étudiantes enceintes, comme le Botswana Diphalana Initiative (WGEKN, 2007).

La jeune enfance offre d'immenses possibilités pour réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération. L'importance du développement du jeune enfant et de l'éducation à la santé tout au long de l'existence rend fortement impératif de commencer à agir tout de suite. L'inaction aura des effets néfastes qui peuvent durer plus d'une vie. Une nouvelle approche est nécessaire, apportant une compréhension plus globale du développement du jeune enfant et comportant non seulement le développement physique, mais aussi social, affectif et cognitif/apprentissage du langage . Cette approche devrait être intégrée dans un apprentissage tout au long de la vie.

ENCADRE 5.12 : AU KENYA – SUPPRESSION DES FRAIS DE SCOLARITE

Au moment où le Kenya a supprimé les frais de scolarité en 2003, il y a eu un afflux immédiat de 1,3 million d'enfants dans le système scolaire, écrasant l'infrastructure scolaire et les enseignants. Les inscriptions aux écoles ont augmenté de 28 % depuis 2002, alors que le nombre total d'enseignants a augmenté seulement de 2,6 % entre 2002 et 2004 ; dans certaines régions, le rapport s'est élevé à un enseignant pour 100 élèves.

Source : Chinyama, 2006

ENCADRE 5.13 : NECESSITE D'UNE EDUCATION DE QUALITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le taux de fertilité total en Afrique subsaharienne est de 5,5 (UNDP, 2007) ; le Niger et l'Ouganda ont des taux de fertilité particulièrement élevés (Niger 7,4 ; Ouganda 6,7). Environ 44 % de la population totale de l'Afrique subsaharienne est âgée de moins de 15 ans, comparée à approximativement 18 % dans les pays à revenu élevé de l'OCDE. Avec un nombre aussi important d'enfants d'âge scolaire, certains pays d'Afrique subsaharienne rencontrent des difficultés particulières pour assurer une éducation de haute qualité pour tous.

CHAPITRE 6
Un environnement salubre pour une population en bonne santé

"L'urbanisation rapide et chaotique est accompagnée par des inégalités croissantes qui posent d'énormes problèmes à la sécurité humaine"

Anna Tibaijuka, Directrice exécutive de ONU-HABITAT (UN-HABITAT, 2007b)

POURQUOI PARLE-T-ON D'EQUITE EN SANTE

Le lieu de vie des personnes influe sur leur santé et leurs chances de mener une vie épanouie. Des communautés et des quartiers où l'accès aux biens élémentaires est garanti, où la cohésion sociale est bonne, qui sont aménagés de façon à promouvoir l'exercice physique et le bien-être psychologique et qui respectent l'environnement naturel sont indispensables pour l'équité en santé.

La croissance de l'urbanisation

En 2007, pour la première fois, la majorité des habitants de la planète vit en milieu urbain (WorldWatch Institute, 2007) et près d'un milliard de personnes vivent dans des conditions extrêmement graves dans des bidonvilles[3] et des logements sociaux illégaux. On prévoit qu'avant 2010, 3,48 milliards de personnes vivront en milieu urbain sur toute la planète. La croissance des 'mégavilles' formées d'agglomérations urbaines massives de 10 millions d'habitants et plus, constitue un problème important pour la santé et l'équité en santé au niveau mondial. Cependant, on considère comme problème réel qui se pose pour l'avenir, la croissance d'environ 500 villes 'plus petites' renfermant 1 à 10 millions de personnes et caractérisées par une extension anarchique vers la périphérie.

Les régions du monde à populations urbaines qui augmentent le plus rapidement sont également les régions contenant la proportion la plus grande d'habitants de bidonvilles (Tableau 6.1). Des données de l'année 2003 montrent que presque la moitié des habitants des villes dans les régions en développement vivent dans des bidonvilles, et le rapport augmente pour atteindre quatre sur cinq citadins dans les pays les plus pauvres. Mais le problème des bidonvilles ne concerne pas uniquement les pays à revenu faible et moyen ; 6 % des habitants des villes dans les régions à revenu élevé vivent également dans des bidonvilles.

A Nairobi, où 60 % de la population citadine vivent dans des bidonvilles, la mortalité infantile est 2,5 fois plus importante dans les bidonvilles que dans les autres parties de la ville.

Dans les bidonvilles de Manille, plus que 39 % des enfants âgés entre 5 et 9 ans sont déjà infectés par la tuberculose, ce qui équivaut au double de la moyenne nationale.

Poussée migratoire de la vie rurale vers la vie urbaine

Alors que la vie urbaine représente actuellement la forme de vie dominante au niveau mondial, la part de l'habitat rural et urbain varie considérablement d'une région à l'autre : l'habitat urbain représente moins de 10 % au Burundi et en Ouganda, mais 100 % ou presque en Belgique, dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, au Koweït et à Singapour. Du fait des politiques et des choix d'investissements basés sur un modèle de croissance essentiellement urbain (Vlahov et al., 2007), les communautés rurales du monde entier, y compris les peuples autochtones (Indigenous Health Group, 2007), pâtissent de la diminution progressive des investissements dans les infrastructures et les équipements en milieu rural, avec pour résultat des taux de pauvreté disproportionnés et des conditions de vie médiocres (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), qui entraînent en fin de compte un exode vers des centres urbains inconnus. Ceci ajouté à la croissance de la population et à la productivité agricole stagnante, a fait expérimenter à l'Afrique subsaharienne les taux les plus élevés de croissance urbaine à l'échelle internationale, entre les années 1960 et 1990 (140%), avec une migration du milieu rural vers le milieu urbain représentant plus ou moins la moitié (Barrios et al., 2006). Ces inégalités importantes, au désavantage des conditions rurales, contribuent aux grandes inégalités en santé entre les habitants des villes et les résidents ruraux dans un grand nombre de pays à revenu faible (Houweling et al., 2007).

Vulnérabilité en milieu urbain

Selon la trajectoire actuelle de croissance urbaine, les populations citadines vieilliront et on assistera à une plus grande extension anarchique dans les villes et à une augmentation du nombre de personnes vivant dans la pauvreté, les bidonvilles et les agglomérations de squatters (Campbell & Campbell, 2007). La proportion de personnes âgées vivant dans les villes dans les pays à revenu élevé correspond à la proportion des groupes de personnes plus jeunes et s'élèvera au même rythme. Cependant, dans les pays à revenu faible et moyen, la part des personnes âgées au sein des communautés urbaines se multipliera par 16 ; elle s'élèvera de 56 millions environ en 1998 à plus de 908 millions en 2050 (WHO, 2007d). De même, les personnes atteintes de handicap sont plus vulnérables aux menaces de santé, notamment dans les zones urbaines, dues aux problèmes qui découlent d'une densité élevée de population, du surpeuplement, d'un mode de vie inapproprié et du manque de soutien social (Frumkin et al., 2004).

> **"Un monde plus chaud avec un cycle d'eau plus intense et des niveaux de mer à la hausse, aura des incidences sur de nombreux déterminants principaux de l'avoir et du bien-être, y compris l'alimentation en eau, la production d'aliments, la santé humaine, la disponibilité des terres et l'environnement " (Stern, 2006)**

Le modèle d'urbanisation actuel pose d'importants problèmes environnementaux, notamment les changements climatiques, qui ont des répercussions plus graves dans les pays à faible revenu et parmi les groupes de population vulnérables. (McMichael et al., 2008 ; Stern, 2006) (Fig. 6.1). Actuellement les émissions de gaz à effet de serre résultent principalement des modes de consommation dans les villes du monde développé. Mais le développement rapide et l'urbanisation concomitante

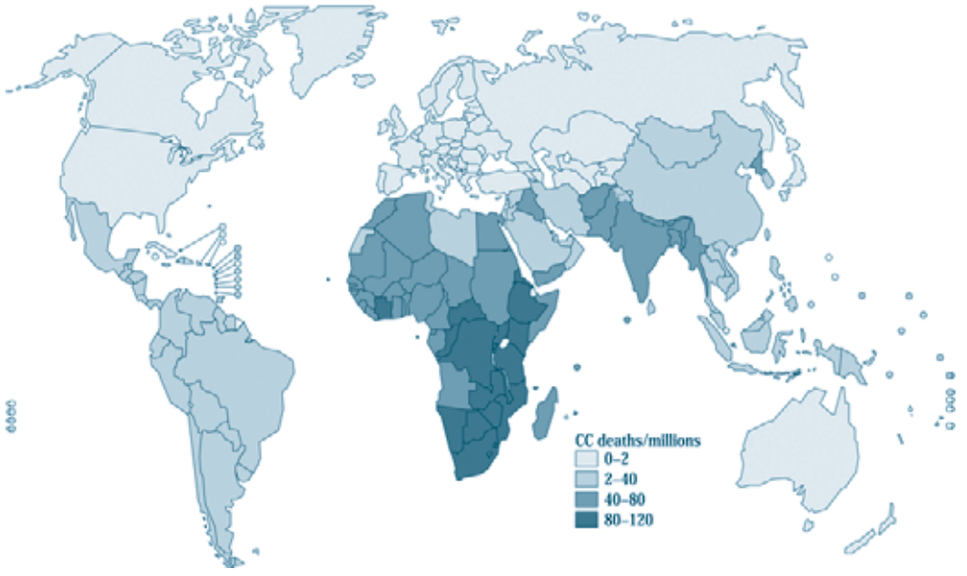
[3] La définition générale des bidonvilles utilisée par ONU-HABITAT dénote 'un large éventail de colonies de peuplements de faible revenu et/ou de conditions de vie humaine défavorables'. Ces zones ont généralement quatre caractéristiques : bâtiments de mauvaise qualité ; surpeuplement (en nombre de personnes par pièce par exemple) ; infrastructure et services inadéquats; et des prix relativement bas. Un grand nombre d'entre eux se caractérise également par une cinquième caractéristique, l'insécurité, en raison de certains aspects d'illégalité (particulièrement pour les squatters) ou du manque de protection légale pour les habitants (les locataires).

Tableau 6.1: Ménages dans les zones urbaines et les bidonvilles, vers 2003

	Population urbaine totale (en millions)	Populations urbaines en pourcentage de la population totale	Population des bidonvilles (en millions)	Population des bidonvilles en pourcentage de la population urbaine totale
Monde	**2923**	**47.7%**	**924**	**31.6%**
Régions développées	**902**	**75.5%**	**54**	**6.0%**
Europe	534	73.6%	33	6.2%
Autres	367	78.6%	21	5.7%
Régions en développement	**2022**	**40.9%**	**870**	**43.0%**
Afrique du Nord	76	52.0%	21	28.2%
Afrique subsaharienne	231	34.6%	166	71.9%
Amérique latine et les Caraïbes	399	75.8%	128	31.9%
Asie orientale	533	39.1%	194	36.4%
Asie orientale sans la Chine	61	77.1%	16	25.4%
Asie centrale du Sud	452	30.0%	262	58.0%
Asie du Sud-Est	203	38.3%	57	28.0%
Asie occidentale	125	64.9%	41	33.1%
Océanie	2	26.7%	0	24.1%
Pays en transition	**259**	**62.9%**	**25**	**9.6%**
La Communauté des Etats Indépendants	181	64.1%	19	10.3%
Autres pays européens	77	60.3%	6	7.9%
Pays les moins développés	**179**	**26.2%**	**140**	**78.2%**

Données provenant de UN-HABITAT 2003 et d'autres données de l'ONU : tiré de KNUS (2007).

Figure 6.1 : Décès dus au changement climatique.



Estimations de l'OMS sous-régionale pour l'année 2000 (Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, 2002). Droits d'auteur OMS 2005. Tous droits réservés

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de l'OMS (2005e).

dans les régions pauvres impliquent que les pays à revenu faible et moyen à la fois seront vulnérables aux risques sanitaires dus au changement climatique et contribueront de manière croissante au problème (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007).

Les transports et les bâtiments représentent 21 % des émissions de CO2 et contribuent largement au changement climatique (IPCC, 2007). L'agriculture pose un problème important. Les récoltes, qui nourrissent tant les habitants ruraux que ceux des villes, dépendent en grande partie des conditions climatiques dominantes. Partout dans le monde, l'agriculture représente un cinquième environ des émissions mondiales de gaz à effet de serre (McMichael et al., 2007).

Nouvelle santé urbaine

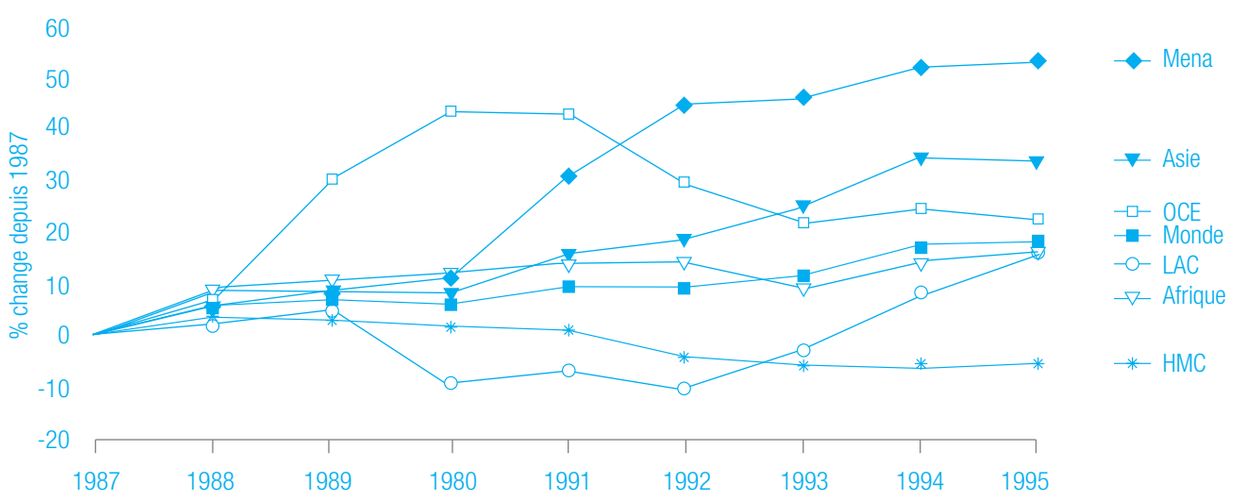
Les maladies infectieuses et la dénutrition persisteront dans certaines régions et dans certains groupes de par le monde. Mais l'urbanisation modifie les problèmes de santé de la population, en particulier des populations urbaines indigentes, en favorisant les maladies non transmissibles, les traumatismes accidentels, l'abus d'alcool et d'autres drogues, ainsi que les conséquences des catastrophes écologiques (Campbell & Campbell, 2007 ;Yusuf et al., 2001).

L'obésité est l'une des préoccupations de santé les plus soulevées durant les deux dernières décennies. C'est un problème urgent, surtout chez les groupes socialement défavorisés dans de nombreuses villes du monde (Hawkes et al., 2007 ; Friel, Chopra & Statcher, 2007). Le changement du niveau du poids des populations vers l'obésité est lié à la 'transition de la nutrition', à savoir la consommation grandissante de gras, d'édulcorants, d'aliments fortement énergétiques et hautement élaborés. On pense que tout ce qui précède, additionné aux réductions manifestes en dépenses énergétiques, a contribué à l'épidémie mondiale de l'obésité. La transition de la nutrition a tendance à commencer dans les villes. Ceci est dû à plusieurs facteurs dont la plus grande disponibilité, la possibilité d'accès et d'acheter en vrac, la profusion d'aliments préparés et les portions 'géantes' (Dixon et al., 2007). L'activité physique est fortement influencée par la conception des villes, suivant la densité des habitations, les différents modes d'utilisation des sols, le degré de connexion entre les rues et la possibilité de marcher d'un endroit à un autre, ainsi que la disponibilité et l'accès aux équipements et espaces de jeux et de divertissement collectifs locaux. Tout cela ajouté à la dépendance grandissante vis-à-vis des voitures, a des répercussions sur les tendances à l'inactivité physique dans les pays à revenu élevé et moyen (Friel, Chopra & Statcher, 2007).

La violence et la criminalité représentent des problèmes urbains importants pour la santé. Parmi les 1,6 millions de décès survenant dans le monde chaque année suite à des actes de violence (y compris les conflits et les suicides), 90 % ont lieu dans des pays à revenu faible et moyen. (WHO, 2002a). Dans les habitations informelles des grandes villes, l'exclusion sociale et les menaces de violence sont très répandues (Roberts & Meddings, 2007). En Amérique du Nord, dans les villes européennes et de plus en plus dans les villes des pays à revenu élevé, la violence et la criminalité sont devenues des problèmes localisés aux quartiers urbains, notamment ceux qui renferment de grands ensembles résidentiels dans les banlieues. L'alcool est également impliqué dans les traumatismes et les actes de violence dans les pays à revenu faible, moyen et élevé. D'après les chiffres provenant de l'OMS, on remarque que 32 % des nombreux décès associés à la consommation d'alcool dans le monde, surviennent suite à des traumatismes accidentels involontaires et 14 % suite à des traumatismes intentionnels (Roberts & Meddings, 2007). La charge la plus lourde de maladies liées à l'alcool de par le monde est concentrée dans la région de l'ex-Union soviétique et de l'Asie centrale, où elle représente 13 % de la charge totale de morbidité (PPHCKN, 2007b).

Les zones urbaines sont de loin celles qui sont les plus touchées par les accidents de la route et la pollution de l'air due aux véhicules, avec pour résultat approximatif 800 000 décès par an à cause de la pollution de l'air ambiant des villes et 1,2 millions suite aux accidents de la route (Roberts & Meddings, 2007, Prüss- Üstün & Corvalán, 2006). La diminution des décès dus aux accidents de la route entre 1987 et 1995 dans les pays fortement motorisés (Fig 6.2) offre de l'espoir à d'autres pays où la motorisation est nettement à la hausse, illustrant les effets positifs des initiatives politiques telles que la planification de la circulation, les routes et les voitures plus sécurisées, et

Figure 6.2: Variations des pourcentages de décès suite aux accidents de la route depuis 1987.



HMC= Pays fortement motorisés : Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Japon et Europe de l'Ouest ; OCE = Europe centrale et orientale ; LAC = Amérique latine/centrale et les Caraïbes ; Mena = Moyen-Orient et Afrique du Nord.
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Jacobs et al. (2000).

la conduite plus sûre, par exemple en imposant le port de la ceinture de sécurité et en sanctionnant les conducteurs ayant consommé de l'alcool.

14 % environ de la charge mondiale de morbidité a été attribuée aux troubles neuropsychiatriques, dus en grande partie à la dépression et à d'autres troubles mentaux fréquents ; aux troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues ; et aux psychoses (Prince et al., 2007). Il est prévu que la charge de dépression majeure augmente et devienne la deuxième cause principale de perte d'années de vie sans invalidité en 2030. Elle constituera un problème important de santé urbaine.

Ces problèmes de santé émergents, posent de sérieux problèmes pour l'équité en santé au 21ème siècle, dans des pays ayant différents niveaux d'infrastructure et de capacités d'intervention sur le système de santé. Les améliorations effectuées durant les 50 dernières années en termes de mortalité et de morbidité dans les pays fortement urbanisés comme le Japon, les Pays-Bas, Singapour et la Suède, témoignent de la capacité des villes modernes de promouvoir la santé. Elles montrent également que cela peut être réalisé seulement s'il existe des structures politiques qui soutiennent, des ressources financières appliquées de manière appropriée, et des politiques sociales qui permettent équitablement des conditions dans lesquelles les personnes peuvent s'épanouir (Galea & Vlahov), 2005).

ACTION VISANT A PROMOUVOIR UN MILIEU DE VIE EPANOUISSANT

Si l'urbanisation poursuit son chemin actuel avec la même intensité, elle posera à l'humanité, en l'espace d'une génération, des problèmes sociaux, de santé, et d'environnement, d'envergure sans précédent au cours de l'histoire humaine. Il est urgent d'aborder l'urbanisation de manière nouvelle et de suivre un nouveau modèle de santé publique urbaine, en agissant selon trois axes principaux:

- Au sein des villes, de nouveaux modèles de gouvernance sont requis pour planifier des villes conçues de sorte que les environnements physique, social et naturel empêchent et amoindrissent les nouveaux risques pour la santé urbaine, où tous les habitants des villes sont inclus de manière équitable dans les processus selon lesquels les politiques urbaines sont élaborées.
- L'investissement prolongé dans les zones rurales, pour les rendre viables et y mener une vie épanouie, doit contrebalancer l'investissement au niveau des villes dans les plans nationaux de développement.
- A la base de ces domaines d'action se trouve le développement de stratégies d'adaptation au changement environnemental et de réduction de ses impacts, stratégies qui tiennent compte des dimensions de l'équité sociale et en santé.

Même si la Commission n'a pas étudié les questions de santé rurale en détail, elle reconnaît le besoin d'une stratégie de développement durable basée sur une croissance urbaine et rurale équilibrée. Une recommandation générale à cet effet est émise dans ce chapitre. Dans le même ordre d'idées, le changement climatique ne relève pas de la compétence de la Commission, mais il y a des chances évidentes d'améliorer simultanément l'équité en santé et d'arrêter les émissions de gaz à effet de serre en agissant sur les secteurs urbain et rural. A la fin de ce chapitre, vous trouverez une recommandation générale en lien avec le changement climatique et l'équité en santé, et de nouveau dans la Partie 6 : *Edifier un mouvement mondial*.

Pour guider le développement urbain d'une manière centrée sur le bien-être de tous les êtres humains et la durabilité de l'environnement, il faut une planification participative stratégique, comprenant une politique d'aménagement des villes, des comtés et des régions, englobant le transport, le logement, l'emploi, la cohésion sociale ainsi que la protection de l'environnement.

La Commission recommande que :

6.1. Les autorités locales et la société civile, épaulées par les autorités nationales, établissent des mécanismes de gouvernance participative localement qui permettent aux communautés et aux autorités locales de prendre part à l'édification de villes plus saines et plus sécurisées (cf. Rec. 14.3).

Gouvernance participative urbaine

Malgré la grande importance de la participation communautaire dans l'amélioration des conditions de vie urbaine (Encadré 6.1), les ressources et le contrôle des processus d'élaboration des politiques demeurent souvent hors de portée des personnes habituellement exclues aux niveaux local et communautaire.

Les 'Cadres sains' font référence à des lieux et des contextes sociaux qui promeuvent la santé. Le mouvement Villes-santé représente plus particulièrement un modèle existant de gouvernance locale, pouvant être adapté partout en vue de promouvoir l'équité en santé (WHO Healthy Cities, nd ; Alliance for Healthy Cities, nd ; PAHO, 2005). L'approche des 'Cadres sains' n'a pas été uniquement appliquée dans les villes, mais également dans les municipalités, villages, îles, places de marché, écoles, hôpitaux, prisons, restaurants et espaces publics. Les principes de 'cadres sains' ont été utilisés plus récemment pour développer des initiatives qui prennent en considération la tranche de population vieillissante (Initiative des villes amies des aînés). Lorsqu'il est appliqué au mieux, le modèle Villes-santé fournit un terrain neutre où toutes les parties dans une ville peuvent se rencontrer pour négocier des solutions de santé en relation avec un large éventail d'activités au sein de la ville, à savoir la planification, le logement, la protection de l'environnement, le modèle des services de santé et les réponses aux différentes questions comme la prévention des traumatismes et le contrôle des stupéfiants et de l'alcool. Une évaluation a déjà été effectuée par 'Cadres sains' aux niveaux des villes et des régions, mais il n'y a pas eu d'étude méthodique au niveau mondial. Il est important que les chercheurs et les gouvernements évaluent, là où cela est possible, les répercussions des programmes de types Villes-santé, Cadres sains sur l'équité en santé, officiellement ou non, afin de réunir les éléments probants pour des actions gouvernementales locales pertinentes et efficaces.

Amélioration des conditions de vie urbaine

Pour appliquer des principes de conception urbaine sains, une ville doit être conçue pour abriter une population dense mélangée du point de vue résidentiel, ayant un accès

SANTE ET EQUITE : CHAMP D'ACTION 6.1

Faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations centrales dans l'urbanisme et l'administration des villes.

facile aux services, y compris les terrains à usage commercial et non commercial, en plus d'un terrain gardé en réserve pour la protection des ressources naturelles et les loisirs. Un projet de développement pareil prend aussi en considération l'approvisionnement en équipements de base et en infrastructure suffisamment développée (Devernman, 2007). Les pays à revenu faible et moyen ne pourront probablement pas, dans le futur proche, fournir tous les fonds nécessaires pour créer un milieu de vie entièrement sain. Il faudra un financement de la part de pays plus aisés pour soutenir les plans élaborés par les personnes et les gouvernements dans les pays moins aisés (Sachs, 2005).

Hébergement/logement

Un des plus grands problèmes des villes est l'accès à un hébergement adéquat pour tous. Assurer un hébergement est non seulement essentiel, mais la qualité du logement et les services qui lui sont associés, tels que l'eau et les services d'assainissement sont des éléments vitaux pour la santé (Shaw, 2004).

La Commission recommande que :

6.2. Les autorités nationales et locales, en collaboration avec la société civile, gèrent le développement urbain de façon à ce qu'il y ait davantage de logements d'un coût abordable. Avec l'appui de ONU-HABITAT lorsqu'il le faut, consentir les investissements nécessaires pour améliorer les conditions de vie dans les bidonvilles, notamment l'alimentation en eau et en électricité, l'assainissement et le pavage des rues, pour tous les ménages, indépendamment de leur solvabilité (cf. Rec. 15.2).

Un grand nombre de villes aussi bien riches que pauvres font face à une crise au niveau de la disponibilité et de l'accès à des logements de qualité d'un coût abordable. Cette crise accentuera les inégalités sociales en général, et les inégalités en santé en particulier. Prenons par exemple les Etats-Unis, où les inégalités sont aggravées par les quartiers qui ont opté pour le zonage à faible densité comme moyen de contrôler la croissance. Ces quartiers ont fini par exclure davantage de personnes, notamment les résidents afro-américains et hispaniques (NNC, 2001).

Pour cela, il est fondamental que les autorités locales régulent l'aménagement des terrains pour la régénération urbaine en assurant des terrains urbains réservés pour les habitations à loyer modéré. La création d'ensembles résidentiels plus équitables implique le renversement des effets du zonage d'exclusion à travers des programmes prévoyant des logements équitables au niveau régional, un zonage d'inclusion et la mise en vigueur de lois sur les logements équitables. Si les autorités locales adoptent une approche intégrée, elles peuvent utiliser des critères de distribution de crédits d'impôts pour le logement à prix abordable afin de stimuler la production de nouveaux logements à prix abordable à proximité des zones commerciales, de transport et d'écoles (Encadré 6.2) (NNC, 2001).

Les autorités locales doivent surveiller les incidences sur la santé et l'équité en santé, des normes de logements, de bâtiments et d'infrastructure. L'insuffisance énergétique domestique et le manque de carburant[4] ont un certain nombre de répercussions sur la santé et sont fort modelés socialement (Encadré 6.3). Il est vraiment choquant de savoir que dans un pays économiquement

ENCADRE 6.1 : AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET SECURITE D'OCCUPATION DES TERRES EN THAILANDE

62 % environ de la population des bidonvilles de Thaïlande vivent à Bangkok et 1,6 millions (20 %) des habitants de Bangkok vivent dans des bidonvilles. Neuf communautés vivant le long du canal de Bangbua au nord de Bangkok ont initié un projet d'assainissement des taudis face à une menace d'expulsion causée par la proposition d'un projet de construction routière. Suite à un procès public, il a été décidé que les communautés négocient une occupation légale des terres et l'amélioration des taudis. Celles-ci ont travaillé avec un organisme gouvernemental, l'Institut de développement des organisations communautaires (CODI) et une ONG, la Fondation Chumthonthai, qui opèrent tous deux dans le cadre du programme national de logement de Baan Man Kong (sécurité des droits fonciers), en plus du ministère des Finances, des bureaux de district et des universités locales.

Ce projet a nécessité une action sur deux niveaux : le niveau opérationnel a été conduit en premier lieu par la communauté. Un groupe de travail a été établi pour coordonner l'ensemble du projet. Il a mis en place des ateliers de travail et un plan d'action avec chacune des communautés afin de tracer le schéma directeur des logements avec la communauté. Un comité de réseau a permis de lier les neuf communautés entre elles et d'encourager leur participation. Des comités formés dans chaque communauté ont assuré la communication avec les autres membres et rassemblé les informations pour la planification et la mise en place du projet. Un groupe qui s'occupe de l'épargne dans la communauté a encouragé à participer à un plan d'épargne transparent et a introduit un système d'audit communautaire. Le niveau politique a été principalement dirigé par des organismes gouvernementaux. Le CODI a accordé des prêts pour les logements urbains médiocres et a collaboré avec d'autres institutions concernées, pour l'occupation des terres, le renforcement des capacités humaines, l'architecture domiciliaire et la construction de logements. Le ministère des Finances est le bailleur et le propriétaire foncier; il a donné un bail de 30 ans aux communautés participantes. Le bureau de district local a délivré des permis de construire et coordonné avec les hautes autorités gouvernementales. L'université du lieu a fourni un personnel technique et de soutien possédant des connaissances sur la façon d'améliorer le milieu physique et social.

Les unités de logement ont été construites dans la communauté pilote et les travaux de construction ont commencé en janvier 2006 dans trois autres communautés. L'expérience de Bangbua a permis d'en tirer plusieurs leçons. Au niveau institutionnel, il a été reconnu que la participation communautaire est nécessaire à travers les réseaux associatifs. Au niveau communautaire, le réseau a fait ses preuves dans la capacité d'impliquer la communauté dans le développement du logement, de renforcer les capacités communautaires et de convaincre les autres parties prenantes de l'engagement communautaire dans le développement des logements, ce qui à son tour, a porté de l'avant le processus de sécurité des droits fonciers.

Source : KNUS, 2007

[4] L'insuffisance de carburant est définie ici comme l'incapacité de la personne à chauffer sa maison à une température convenable (c.-à-d. agréable et sans danger), et ceci en raison du revenu faible du ménage et de son rendement énergétique insuffisant.

riche tel que la République d'Irlande, 17 % des ménages manquent de carburant. (Healy, 2004).

La situation des habitants des bidonvilles nécessite une attention immédiate. L'amélioration des bidonvilles représente un investissement énorme, elle est cependant possible dans la plupart des pays (Mitlin, 2007). L'objectif central de ONU-HABITAT, sous l'autorité du Conseil économique et social, est de promouvoir des villes durables aux niveaux social et environnemental, afin de fournir un hébergement adéquat à tous (UN-HABITAT, 2007a). Un plan stratégique intégré entre ONU-HABITAT et l'OMS donnerait le mandat et le support technique à un grand nombre de pays à revenu faible et moyen dans le monde pour s'attaquer à ces problèmes urbains et ainsi, aider à travailler en vue d'atteindre les OMD (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Selon des estimations antérieures (Garau et al., 2005), l'assainissement des bidonvilles du monde coûterait moins de 100 milliards $US. Un 'plan Marshall pour les bidonvilles urbains du monde' pourrait être financé sur une base partagée, par exemple par des organismes et des donateurs internationaux (45 %), des autorités nationales et locales (45 %) et les ménages concernés (10 %), ces derniers aidés par des plans de microcrédits.

> ***"Un habitant des bidonvilles à Nairobi ou à Dar es Salaam, forcé de dépendre des vendeurs d'eau privés, paie 5 à 7 fois plus que le tarif moyen payé par un citoyen de l'Amérique du Nord pour un litre d'eau" (Tibaijuka, 2004)***

Pour favoriser l'amélioration des taudis, il faudra une reconnaissance politique des logements illégaux, soutenue par une régularisation des droits fonciers dans les bidonvilles afin de permettre aux services officiels (publics ou privés) d'y étendre l'infrastructure et les services (Encadré 6.5). Une telle action renforcera l'autonomie des femmes et améliorera leur santé en augmentant la possibilité d'accès aux ressources de base comme l'eau et les systèmes sanitaires (WGEKN, 2007).

ENCADRE 6.2 : PROGRAMME DE DEGREVEMENT FISCAL EN CALIFORNIE

En juin 2000, l'état de Californie a réformé son programme de dégrèvement fiscal pour les logements locatifs de prix abordable. Le nouveau programme établit un système de points qui donne la priorité aux projets visant les objectifs de développement durable (tels que la distance de marche à pied jusqu'aux transports en commun ou aux écoles) et les projets dans les quartiers où les logements font partie intégrante d'une initiative de revitalisation globale.

Source : NNC, 2001.

ENCADRE 6.3 : COTE SUD DE L'ANGLETERRE : UN ESSAI RANDOMISE D'AMELIORATION ET D'ASSAINISSEMENT DES LOGEMENTS

Malgré son apparence riche, la ville de Torquay au sud de l'Angleterre renferme des zones défavorisées. Watcombe est une cité de logements sociaux où les niveaux de pauvreté sont supérieurs à la moyenne régionale et les taux de visites par les médecins de famille en dehors des heures d'ouverture sont les plus élevés dans toute la ville – 15 % au-dessus de la moyenne de la ville. La moitié de la population de la cité recevait des prestations et 45 % des enfants de moins de 5 ans vivaient dans des familles monoparentales. Les résidents et le Conseil se sont entendus sur un modèle de liste d'attente randomisée. L'intervention comportait une amélioration des logements, inclus le chauffage central, la ventilation, le renouvellement de l'installation électrique, l'isolation et la réfection des toitures, en deux phases et à un an d'intervalle.

L'évaluation de l'intervention a été positive, avec pour résultat des logements plus chauds, plus secs, de meilleure efficacité énergétique, d'après la mesure des changements de l'environnement intérieur et l'évaluation énergétique de la maison. Les résidents ont apprécié les progrès apportés et ont senti leur santé et bien-être s'améliorer. D'autres conséquences ont également été mentionnées telles qu'une meilleure utilisation de tout le logement, de meilleures relations au sein des familles et une plus grande estime de soi. Pour ceux qui vivaient dans les logements ayant été l'objet d'intervention, les problèmes respiratoires non liés à l'asthme et le nombre de symptômes associés à l'asthme chez les adultes ont diminué significativement, en comparaison avec ceux qui vivaient dans les logements contrôles.

Source: Barton et al., 2007

ENCADRE 6.4 : ASSAINISSEMENT DES TAUDIS EN INDE

L'assainissement des taudis, en fournissant les conditions nécessaires pour une vie décente et de qualité pour les personnes indigentes à Ahmadabad, en Inde, a coûté seulement 500 $US/ménage. Ceci comprenait les contributions communautaires de 50 $US/ménage. Après avoir investi dans ces taudis, la santé de la communauté s'est améliorée : les maladies d'origine hydrique ont diminué, les enfants ont commencé à aller à l'école et les femmes ont pu avoir un travail payé, n'ayant plus besoin de faire la queue pendant des heures pour chercher de l'eau.

Qualité de l'air et dégradation de l'environnement

La pollution, due à l'utilisation croissante du transport motorisé, est un problème de santé urbaine d'une importance capitale. Elle contribue à la pollution totale de l'air, responsable de 1,4 % des décès survenus dans le monde (WHO, 2002b). Le transport représente 70 à 80 % de la totalité des émissions dans les villes à revenu faible et moyen et ce taux est en train d'augmenter (Schirnding, 2002). On assiste à un cercle vicieux de dépendance grandissante à l'égard des voitures, de changement d'affectation des terres pour faciliter l'utilisation des voitures et d'incommodité croissante des modes de transport non motorisés. Il en résulte une augmentation du taux de possession d'automobiles et des répercussions sur la qualité de l'air, les émissions de gaz à effet de serre et la sédentarité (NHF, 2007).

En vue de remédier à ce qui est en train de devenir un désastre de santé publique, il est essentiel que les autorités nationales et locales, en collaboration avec le secteur privé, contrôlent la pollution de l'air et les émissions de gaz à effet de serre que produisent les véhicules. Elles doivent en premier lieu investir dans la technologie de pointe et les systèmes de transport évolués, et imposer des péages sur le transport privé. A titre d'exemple, les expériences de Londres (Encadré 6.6), de Stockholm et de Singapour indiquent que l'introduction de péages produit un impact immédiat sur le volume du trafic routier, et par conséquent sur la pollution de l'air.

Conception et aménagement urbains capables de promouvoir des comportements sains et une sécurité au niveau de la santé

La nature du milieu urbain influe énormément sur l'équité en santé par son impact sur le comportement et la sécurité. En effet, un grand nombre de risques pour la trajectoire de santé urbaine qui effectue une montée au niveau des maladies non transmissibles et les traumatismes accidentels, est lié au comportement. Ce chapitre porte principalement sur le rôle de la conception urbaine en relation avec l'activité physique, le régime alimentaire et la violence. Il est évident que la nature de l'endroit et du milieu exerce également une grande influence sur d'autres comportements tels le tabagisme et la consommation d'alcool. Les recommandations se rapportant au contrôle réglementaire de l'alcool et du tabac sont décrites au Chapitre 12 : Rôle du marché.

La Commission recommande que :

6.3. Les autorités locales et la société civile aménagent et conçoivent les zones urbaines afin de promouvoir l'activité physique en investissant dans les modes de transport actifs ; encourager l'alimentation saine en gérant le système de vente au détail, de façon à contrôler l'accès aux aliments qui contribuent à une mauvaise alimentation ; et réduire la violence et la criminalité par un bon aménagement du milieu et par des contrôles réglementaires, y compris la limitation du nombre de points de vente d'alcool (cf. Rec. 12.3).

ENCADRE 6.5 : AMELIORATION A TRAVERS TOUTE LA VILLE EN TANZANIE

En 1972, le gouvernement de la République Unie de Tanzanie a reconnu l'importance des taudis dans la livraison de logements et signé par conséquent les documents du Cabinet no 81 et 106 portant respectivement sur la politique nationale du logement urbain et les projets d'amélioration des colonies de squatters. Ces initiatives ont ouvert la voie aux sites et services financés par la Banque Mondiale et aux projets de trames d'accueil et d'amélioration des squatters au début des années 70.

En Tanzanie, l'indemnisation est payée si les propriétés permanentes sont démolies, excepté pour les habitants des taudis qui vivent sur des terres marécageuses. En plus de l'indemnisation, la politique d'aménagement du territoire de 1995 et par la suite le Land Act de 1999, laissent une place pour la régularisation des taudis. Les terres en Tanzanie appartiennent à l'Etat et sont louées à bail. Le ministère des terres et le plan de développement des établissements humains se sont récemment embarqués sur un projet visant à régulariser les propriétés dans certains taudis sélectionnés, en émettant des titres de propriétés/des permis de résidence pour une durée de deux ans. Parallèlement, le programme de régularisation des propriétés et de l'emploi fraie son chemin. Les deux projets visent à diminuer la pauvreté urbaine. Il est nécessaire que cela soit considéré dans le cadre général de la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté, laquelle est organisée selon trois axes : 1) croissance et réduction des revenus faibles, 2) responsabilisation et bonne gouvernance et 3) amélioration de la qualité de vie et du bien-être social.

Les résidents de 2 quartiers sur 17 dans la ville d'Arusha, au nord de la République-Unie de Tanzanie ont été choisis pour diriger l'initiative d'Arusha 'Villes sans taudis'. Les deux quartiers ont enregistré 20 comités de développement communautaire (CDC). Plus tard, les CDC ont recensé les problèmes environnementaux essentiels qui affectent leurs régions – ceux qu'ils pouvaient régler par eux-mêmes avec une assistance minimale de la part du gouvernement (par ex. subdivision des terrains et émission de titres fonciers, gestion des déchets solides, amélioration du service social) ainsi que les problèmes qui nécessitaient une aide technique et financière de la part des autorités de la ville comme l'alimentation en eau et le réseau routier principal. Alors que les CDC établissaient un ordre de priorité dans les problèmes environnementaux et qu'ils identifiaient les ressources se trouvant à leur portée, ils ont aussi élu des membres parmi leurs chefs pour les représenter dans des organes de réhabilitation du conseil municipal reconstitué. Ces organes englobaient deux comités d'aménagement des quartiers, l'équipe municipale et le comité directeur du projet. Les CDC et ces comités ont été spécialement intégrés au sein de l'organisation traditionnelle de la structure administrative locale du gouvernement, afin d'élargir la participation à la base de la communauté et d'instaurer une bonne gouvernance.

Le conseil municipal d'Arusha a initié les travaux de réhabilitation de certaines routes principales, en utilisant ses propres ressources, notamment les fonds du réseau routier. Le coût du projet pour les deux quartiers (renfermant 60 993 personnes) est estimé à 19 141 $US (environ 32 $US/personne).

Source: Sheuya et al., 2007

Les outils de planification en vue de l'amélioration du cadre de vie à des fins de santé commencent à émerger à l'échelle internationale et à fournir des principes directeurs pouvant être adaptés ailleurs (Encadré 6.7).

Régime alimentaire et exercice physique

Régler les problèmes croissants d'obésité tant dans les pays riches que dans les pays pauvres ne peut pas être laissé aux forces du marché, mais requiert des approches intersectorielles de la part des autorités nationales et locales, comprenant notamment les secteurs de l'agriculture, de l'aménagement urbain, de la santé et du développement durable. Il est important que l'aménagement urbain donne la priorité au cyclisme et à la marche, développe un réseau de transport en commun convenable et abordable, et prévoie des espaces de jeux et de loisirs dans tous les quartiers, tout en étant attentif aux conséquences en termes de réduction des actes de violence et de criminalité. Comme il ressort du rapport récent de United Kingdom Building Health (NHF, 2007), le dispositif principal à utiliser pour arriver à cela passe par les ministères des Transports, qui doivent demander aux autorités locales non seulement d'adopter une politique en faveur des piétons et

ENCADRE 6.6 : LE PROJET LONDON CONGESTION CHARGE (PEAGE URBAIN DE LONDRES)

L'objectif principal du projet était de réduire le problème de la congestion automobile qui ne cessait d'augmenter, ralentissant ainsi les affaires et nuisant au statut de Londres, la ville-monde. Un des points forts du projet résidait dans sa nature progressive à long terme. La zone de péage urbain de Londres a été élargie et le forfait augmenté 2,5 ans après sa mise en place. Cette initiative est fondamentale pour un programme visant un changement du comportement, car elle implique que le grand public pourra prendre des décisions concernant sa conduite future, s'attendant à ce qu'il y ait de moins en moins d'avantages financiers liés à l'usage de la voiture.

Les conséquences principales de ce projet ont été les suivantes :

35 000 à 40 000 trajets en voiture/jour ont viré vers le transport en commun, créant ainsi une activité physique supplémentaire d'une moyenne de 6 minutes par voyage, en comparaison avec le transport motorisé privé.

5000 à 10 000 trajets en voiture ont viré vers la marche, le vélo, la moto, le taxi ou le partage de voiture.

Les déplacements en vélo à l'intérieur de la zone ont augmenté de 28 % en 2003 et de 4 % supplémentaires en 2004.

Les réponses à l'enquête ont enregistré une amélioration au niveau du confort et de la qualité générale de la marche et des systèmes de transport en commun.

Une grande part des recettes du dispositif a été investie dans le développement des transports publics, des voies piétonnes et cyclables, et de la sécurité sur le chemin de l'école.

Source: NHF, 2007

ENCADRE 6.7 : HEALTHY BY DESIGN (SALUBRE DE PAR SA CONCEPTION) A MELBOURNE EN AUSTRALIE : UN OUTIL DE PLANIFICATION INNOVATEUR POUR LE DEVELOPPEMENT D'ENVIRONNEMENTS SURS, ACCESSIBLES ET ATTRAYANTS

La Heart Foundation (Fondation du cœur) à Victoria en Australie a élaboré le plan Healthy by Design afin d'assister les autorités locales et les urbanistes associés dans la mise en place d'un ensemble plus élaboré de principes à suivre pour des 'Environnements favorables à l'activité physique'.

Ce plan présente des études de conception qui favorisent une 'planification saine'. Il en résulte des endroits salubres où les gens peuvent vivre, travailler et s'y rendre. Ce plan fournit aux urbanistes des recherches confirmatives, des études de conception pour la promotion de la marche à pieds et de l'usage du vélo et des transports en commun, un outil de conception pratique et des études de cas. Les 'études de conception' décrivent les voies que les urbanistes adoptent pour améliorer la santé communautaire de par leur conception et leur aménagement du milieu. Ceci est encouragé par le fait que sont assurés :

des circuits piétons et des pistes cyclables bien planifiés ;

des routes à accès direct, sûr et convenable ;

des destinations locales auxquelles on peut aller à pied à partir des maisons ;

des espaces ouverts de loisirs et de divertissement accessibles ;

des arrêts de transports publics à des endroits convenables;

des quartiers locaux répandant un esprit communautaire.

D'ordinaire, les urbanistes examinent un éventail de principes directeurs se répercutant sur la santé, la sécurité et l'accessibilité, souvent en les isolant les uns des autres. Le modèle de Healthy by Design a été élaboré en tant qu'outil pratique mettant en relief les synergies entre les différents principes directeurs qui influencent la conception de l'environnement bâti et qui contribuent à l'obtention de résultats sanitaires positifs.

Source: KNUS, 2007

des cyclistes, dans leur politique des transports, probablement à l'aide d'un système de péages pour les véhicules (tel que décrit ci-dessus), mais aussi de vérifier si cet aspect fait partie intégrante de leur plan annuel.

Il existe quelques exemples de politiques d'aménagement local qui tiennent compte des solutions aux problèmes concernant l'accès équitable aux aliments diététiques, solutions basées sur la communauté et orientées vers la vente au détail à petite échelle. La ville de Sam Chuk en Thaïlande a restauré son important marché d'alimentation et de petits articles avec l'assistance de l'action intersectorielle locale qui comptait des architectes parmi ses membres. Les marchés sont actuellement conçus non seulement pour approvisionner en denrées alimentaires mais aussi pour que les citoyens soient mieux reçus et aient une meilleure accessibilité. L'agence de développement de Londres projette d'établir un centre de distribution alimentaire durable qui approvisionne les détaillants alimentaires indépendants, les restaurants et les établissements de ville (Dixon et al., 2007). Une mesure réglementaire que les autorités locales peuvent adopter de façon efficace afin de réduire l'accès aux aliments riches en gras et sel, est l'utilisation ou le renforcement des réglementations de la planification pour gérer la prolifération d'établissements de restauration rapide dans des zones particulières, par exemple, près des écoles et dans les quartiers défavorisés socialement.

La dénutrition va souvent de pair avec l'obésité chez les indigents urbains. Pour cela, il est nécessaire d'élaborer des politiques et des programmes de sécurité alimentaire soutenus par les autorités nationales et/ou locales et les acteurs de la société civile (Encadré 6.8).

Violence et criminalité

Assurer que tous les groupes de la société vivent en sécurité, loin de la violence et de la criminalité, pose un problème sociétal majeur. La réduction de la prévalence des comportements violents implique des stratégies intégrées visant les domaines les plus importants, pour prévenir la violence, citons les relations saines et les soins attentifs entre enfants et parents ; la réduction de la violence dans les foyers ; la réduction de l'accès à l'alcool, aux stupéfiants et aux moyens qui tuent (Villaveces et al., 2000) ; le renforcement des aptitudes de base et des possibilités pour les enfants et les jeunes ; et l'amélioration des systèmes de justice pénale et d'aide sociale (WHO, 2008c).

De nouvelles façons d'aborder la prévention de la violence comportent un contrôle réglementaire qui inclut la vente d'alcool, afin de réduire les effets néfastes de sa consommation (Voas et al., 2006) ; la transformation des conflits ; la prévention de la criminalité grâce à une bonne conception du milieu, et des approches du capital social fondées sur la communauté (WHO, 2007e ; Roberts & Meddings, 2007).

La Commission attire l'attention sur la nécessité pour les autorités nationales et locales de s'investir dans l'éclairage des rues; la fermeture des boîtes de nuit et des bars à des heures moins tardives, le contrôle des armes à feu, l'établissement d'initiatives de surveillance des quartiers, et les activités éducatives, sportives et de loisirs (y compris les possibilités de formation professionnelle). Les programmes de l'OMS Safe Communities (Communautés saines) concernés par la réduction des traumatismes accidentels (**http://www.phs.ki.se/csp/index_ en.htm**) ont été utilisés avec un certain succès dans diverses villes de par le monde. Il est recommandé qu'ils soient adaptés aux différents contextes et surveillés pour leur efficacité en faveur de l'équité en santé.

L'exemple brésilien (Encadré 6.9) illustre le besoin de fournir des efforts unifiés, tout en tenant compte des spécificités à la fois locales et nationales. Le dialogue continu avec la société civile et les autorités sur différents niveaux a été une condition préliminaire pour le succès de cette initiative. Le soutien financier des autorités locales aux communautés locales pour développer et dispenser des services de prévention criminelle et de règlement des litiges, réussira à rétablir la confiance et le capital social au sein des communautés, et entre les communautés et les autorités locales.

Pour aider à contrecarrer sur le plan national les conséquences inéquitables de la croissance urbaine, il est nécessaire d'investir de manière prolongée dans le développement rural. Les autorités locales et nationales sont plus susceptibles de rencontrer ces problèmes ruraux au cas où ces derniers sont intégrés dans le contexte plus élargi des politiques économiques et sociales visant le développement et la réduction de la pauvreté ; ces politiques devraient figurer dans des documents comme le CSLP.

ENCADRE 6.8: LE FORUM DE SECURITE ALIMENTAIRE, D'AGRICULTURE ET D'ANIMAUX D'ELEVAGE DE NAIROBI ET DE SES ALENTOURS (NEFSALF)

Réaliser une sécurité alimentaire est impératif dans les milieux urbains pauvres. Afin d'éradiquer le problème de l'insécurité alimentaire, il est nécessaire d'axer sur le développement de politiques couvrant un accroissement de la productivité, une augmentation des niveaux d'emplois, et une amélioration de l'accès à la nourriture et au marché. L'importance de l'agriculture urbaine et périurbaine, et de l'élevage d'animaux, dans le soutien des habitants défavorisés des villes, ainsi que des valeurs sociale, économique et récréative, est reconnue et appréciée mondialement. Le NEFSALF, débuté en janvier 2004, représente une diversité d'acteurs de la communauté, du gouvernement et des secteurs du marché, dont le but est de promouvoir l'agriculture urbaine et périurbaine. Le forum donne accès à un cours de formation élémentaire sur l'agriculture et l'élevage d'animaux. Les paysans sont formés à l'agriculture en tant que travail, à la dynamique de groupe, aux techniques agricoles et d'élevage de base, et à la gestion de l'environnement.

Source: KNUS, 2007

SANTÉ ET EQUITÉ : CHAMP D'ACTION 6.2

Promouvoir l'équité en santé entre zones urbaines et zones rurales par un investissement prolongé dans le développement rural, en allant à l'encontre des politiques et des processus d'exclusion qui conduisent à la pauvreté rurale, à la privation de terres et à l'exode.

La Commission recommande que :

6.4. Les autorités nationales et locales développent et mettent en place des politiques et des programmes qui interviennent au niveau de l'occupation des terres et des droits fonciers à la campagne ; des possibilités d'emploi tout au long de l'année ; du développement de l'agriculture et de l'impartialité dans les modalités de commerce international; de l'infrastructure rurale y compris la santé, l'éducation, le réseau routier et les services ; et des politiques de protection des personnes qui migrent des campagnes vers les villes (cf. Rec. 5.4 ; 9.3).

Droits fonciers

Pour la plupart des indigents dans les pays à revenu faible et moyen, la terre est le principal moyen de subsistance. La réforme portant sur la redistribution des terres a des répercussions positives sur la réduction de la pauvreté et sur l'emploi (Quan, 1997). La législation qui contient des dispositions jointes et mandataires d'adjudication et de délivrance de titres de propriété aux couples et/ou qui donne la priorité aux femmes chefs de famille ou à des groupes spécifiques de femmes a été une avance importante en faveur de l'équité entre les sexes dans certains pays (dont : Brésil, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Guatemala, Honduras et Nicaragua) (Deere & Leon, 2003). Il est indispensable que les autorités nationales et locales, en collaboration avec des organismes internationaux, renforcent les processus d'occupation des terres et les revendications des droits fonciers pour les communautés rurales. L'attention devra être portée particulièrement sur les groupes marginalisés et sans terre.

Moyens de subsistance rurale

Il faudra investir davantage dans l'agriculture, dans le soutien et les services pour garantir des communautés rurales viables (Montgomery et al., 2004). Les leçons tirées de la révolution verte mettent en lumière la nécessité d'une approche à facettes multiples de l'agriculture durable et de la garantie des moyens d'existence. Ces questions ont récemment fait

ENCADRE 6.9 : MOBILISATION DE LA COMMUNAUTE CONTRE LA VIOLENCE AU BRESIL

Le Brésil a un des taux d'homicide les plus élevés au monde. Entre 1980 et 2002, le taux d'homicide national a augmenté de plus du double ; il est passé de 11,4 à 28,4 pour 100 000 habitants. Dans la ville de São Paulo, il a augmenté de plus du triple au cours de la même période ; il est passé de 17,5 à 53,9 pour 100 000 habitants. Jardim Angela est une agglomération de bidonvilles située dans la région sud de São Paulo et comptant environ 250 000 habitants. En juillet 1996, la revue Brazil's Veja a indiqué un taux d'homicide moyen de 111 pour 100 000 habitants, classant cette région comme l'une des plus violentes au monde. Jardim Angela était en train de vivre ce qui a été appelé 'la pénalité urbaine', caractérisée dans ce cas par une violence structurelle, une méfiance et un manque de cohésion sociale.

En 1996, un effort communautaire unifié de 200 établissements a créé le Fórum de Defesa da Vida (Forum de défense de la vie). Parallèlement à la création de cette alliance, un réseau de couverture sociale impliquant la société civile a été organisé, tirant profit de la capacité communautaire, des mouvements sociaux et des services de santé et sociaux formels et informels. Ce réseau a procédé à un large éventail d'interventions communautaires s'étendant de l'assistance aux enfants récemment incarcérés à une initiative collective pour la reconstruction d'espaces communautaires. Cet investissement dans l'espace communautaire a engendré la reconstruction des espaces abandonnés tels les parcs, clubs et écoles, favorisant ainsi le sport, les activités des écoles complémentaires et les programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. La communauté et la police ont également établi une coalition visant à garantir l'aide sociale, par le contrôle de la violence, de la criminalité et du trafic de drogues. Une série de politiques et de services a aussi été instaurée, en tenant compte des suggestions de la communauté, englobant les heures de fermeture des bars, un programme en faveur des victimes de violence domestique et des interventions pour la promotion de la santé visant la réduction des grossesses chez les adolescentes.

En 2005, le taux d'homicide pour la ville et l'Etat de São Paulo était respectivement de 24 et de 18 pour 100 000 habitants, reflétant une réduction de 51 % des homicides pour l'Etat. Plus récemment, de janvier à juillet 2006, Jardim Angela a assisté à une diminution plus de 50 % dans les plaintes de vols, d'agressions, de vols de portefeuilles et de vols de voitures, en comparaison avec les années précédentes.

Source: KNUS, 2007

ENCADRE 6.10: AGRICULTURE DURABLE EN INDE

La Commission nationale indienne sur les fermiers ainsi que d'autres ont exposé un programme de renouvellement de l'agriculture qui consiste dans les cinq plans d'action intégrés et de renforcement suivants : amélioration de la santé du sol ; augmentation de l'alimentation en eaux d'irrigation et régulation de la demande ; crédits et assurances ; technologie (jeter un pont entre le savoir et le savoir-faire) ; et marchés favorables aux fermiers. Une corporation indienne pourrait se charger de veiller sur l'application du programme de renouvellement de l'agriculture. Elle complètera et défiera l'Organisation mondiale du commerce (OMC). L'un des principes fondamentaux d'une telle organisation serait la reconnaissance de la nécessité de fournir un appui pour l'économie de subsistance et un soutien proportionnel pour les marchandises pouvant être considérées comme une distorsion commerciale sur le marché mondial et qui causeraient du tort à la santé et à l'équité en santé.

Source: Swaminathan, 2006

l'objet des recommandations de l'organisme représentatif des fermiers indiens (Encadré 6.10). Un élément central d'une approche globale de l'équité en santé rurale réside dans l'augmentation du revenu du ménage rural, en insistant sur la nutrition adéquate des ménages, et ce à travers le renforcement du soutien au développement de l'agriculture et la création d'emplois à l'intérieur et à l'extérieur des exploitations agricoles. En agissant ainsi, il est important de s'assurer que l'agriculture locale ne soit pas menacée par les accords commerciaux internationaux et la protection de l'agriculture dans les pays développés (World Bank, 2008) (cf. Chapitre 12: *Rôle du marché*).

Tandis que le travail sûr, sans danger et tout au long de l'année est jusqu'à présent la meilleure option pour aider les habitants ruraux à sortir de leur pauvreté, les microcrédits, en tant que procédés à court terme, peuvent réhabiliter les groupes appauvris. L'exemple du Bengladesh (Encadré 6.11) montre comment une approche intégrée réduit le taux de pauvreté de 30 % en trois ans.

La pauvreté et la faim dans les populations rurales sont extrêmement liées. La solution aux problèmes répandus de famine et de sécurité alimentaire parmi ces populations ne peut pas exister sans la lier à la sécurité de l'emploi et à la sécurité sociale. Ce lien a été bien repéré par : les responsables de l'élaboration politique en Inde, qui ont conçu les plans Food-for-Work (travail rétribué en vivres) et Employment guarantee (salaire annuel garanti) avec un élément de sécurité alimentaire (Dreze, 2003) ; à Ghana où les initiatives Food for education (éducation rétribuée en vivres) se sont répandues pour aider au développement de l'économie agricole locale (SIGN, 2006) ; et à travers le Millenium Villages Project (projet de villages pour le millénaire) qui utilise une approche intégrée pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé dans les villages africains (Millennium Villages Project, nd).

Infrastructure et services ruraux

Fournir l'infrastructure et favoriser l'accès à des services de qualité, culturellement acceptables sont des questions de santé primordiales pour les habitants ruraux. L'évolution vers les OMD se fera en réglant ces problèmes, et ce à travers l'amélioration de l'accès des femmes rurales aux technologies qui permettent de gagner du temps, notamment l'accès à l'eau. Remédier au problème rural des fonds pour l'infrastructure et les services requiert l'investissement dans le secteur rural, afin d'assurer : un enseignement primaire et secondaire obligatoire

ENCADRE 6.11 : LE COMITE DU BANGLADESH POUR LE DEVELOPPEMENT RURAL (BANGLADESH RURAL ADVANCEMENT COMMITTEE - BRAC) ET LES MICROCREDITS

Grâce aux fonds assurés par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Département pour le développement international au Royaume-Uni (Department for International Development - DFID), l'UE, le NOVIB (l'affilié néerlandais de Oxfam) et le PAM, le BRAC a entrepris d'instaurer un projet de développement social et économique multidimensionnel en faveur des plus pauvres (généralement les personnes qui sont si démunies qu'elles ne peuvent prendre part à des initiatives de microfinancement). Lancé en 2002, ce projet assure une formation axée sur les compétences rémunératrices, l'accès aux services sanitaires, une rémunération mensuelle (0,17 $US/jour) pour survivre, une formation en développement social pour promouvoir une plus grande prise de conscience des questions de droits et de justice sociale, et une mobilisation des élites locales pour soutenir le programme. L'évaluation effectuée sur le terrain a indiqué que 55 % des 5000 ménages les plus démunis dans les régions les plus défavorisées du pays, ont pu gagner assez de ressources pour pouvoir joindre le programme de microcrédit. La proportion des habitants de la région vivant avec moins de 1 $US/jour a diminué de 89 % à 59 % au cours des trois premières années du projet et le déficit alimentaire chronique est descendu de 60 % à 15 % environ chez les ménages du projet. Les facteurs qui ont contribué à la réussite de ce projet sont : le travail avec l'élite locale pour créer un environnement favorable à l'application du programme ; l'éducation à la santé et la fourniture de cartes d'identité pour faciliter l'accès aux équipements sanitaires ; la formation et la remise à niveau axées sur les compétences génératrices de revenus ; et l'installation de latrines et de puits tubés pour améliorer les systèmes d'assainissement.

Source: Schurmann, 2007

ENCADRE 6.12 : SERVICES DE SANTE RURAUX EN THAILANDE

Depuis 1983, l'allocation budgétaire pour la santé assurée par le gouvernement thaïlandais aux hôpitaux et centres de santé dans les régions rurales a été plus importante que celle donnée aux hôpitaux urbains. Il en a résulté une couverture de santé plus étendue géographiquement qui a englobé les niveaux les plus périphériques. Aujourd'hui, un centre de santé et un hôpital régional couvrent respectivement des populations de 5000 et 50 000 habitants. Les centres de santé sont dotés d'une équipe de 3 à 5 infirmières et travailleurs paramédicaux, alors qu'un hôpital régional de 30 lits est pourvu de 3 à 4 médecins généralistes, 30 infirmières, 2 à 3 pharmaciens, un dentiste et un autre personnel paramédical (nombres acceptables de personnel qualifié pour la prestation de services de santé). De plus, des programmes de santé publique (prévention, lutte contre les maladies et promotion de la santé) ont été intégrés à tous les niveaux de soins. Comme tous les diplômés en santé publique et en médecine sont formés dans des facultés de médecine publiques, les étudiants sont fortement subventionnés par l'Etat. En contrepartie, le service obligatoire des nouveaux diplômés en zone rurale, notamment dans les hôpitaux régionaux, est imposé. Ceci joue un rôle significatif dans le fonctionnement des hôpitaux régionaux. Le programme a débuté avec les diplômés en médecine en 1972 ; il s'est élargi plus tard pour inclure d'autres groupes : infirmières, dentistes et pharmaciens.

Source: HSKN, 2007

de qualité, sans considération de solvabilité (cf. Chapitre 5 : *Equité dès le départ*) ; l'électricité; des soins de santé primaires globaux (cf. Chapitre 9: *Soins de santé universels*) ; un réseau routier utilisable et un transport en commun à portée de tous ; et un accès à la communication électronique moderne. L'exemple de la Thaïlande (Encadré 6.12) illustre l'engagement des autorités publiques dans la santé rurale à travers l'allocation budgétaire et le développement de services appropriés au niveau de la région.

Migration rurale-urbaine

Le déplacement des zones rurales, qu'il soit forcé par la guerre et les conflits ou du au manque continu de ressources rurales, a engendré une migration rurale-urbaine massive. A titre d'exemple, un conflit armé qui a duré plus de 40 ans a causé en Colombie le plus grand nombre de personnes déplacées dans l'hémisphère occidental (UNHCR, 2007) et la seconde proportion la plus élevée de personnes déplacées après le Soudan (IDMC, 2007). Par conséquent, un fardeau de santé énorme s'est imposé sur ces populations. C'est pourquoi il est important que les autorités nationales et locales, en collaboration avec des organismes internationaux, établissent des politiques en faveur des migrants ruraux-urbains, en leur garantissant les droits d'accès aux services élémentaires tels que l'enseignement et la santé.

Des politiques fructueuses doivent mettre en place des services à proximité des populations migrantes. Par exemple, les cliniques locales peuvent assurer la prestation de services de santé dans les régions où se trouvent les migrants internes (IOM, 2006). Cependant, pour que cela soit efficace, les migrants doivent être avisés des services qui sont à leur disposition. Les gouvernements doivent donc faire connaître ces services aux migrants internes par des publicités dans les langues des migrants et les adapter, notamment en ce qui concerne leurs horaires d'ouverture et la formation du personnel dans la prestation multiculturelle de soins de santé, afin de répondre aux besoins des communautés ethniques particulières (Ingleby et al., 2005).

Le milieu naturel

Les perturbations du climat et l'épuisement progressif des ressources sont à prendre en compte si l'on veut réduire les inégalités en santé dans le monde. Les dégâts causés à l'environnement atteignent la vie de chaque individu dans la société, mais leur impact le plus fort se voit chez les groupes les plus vulnérables, à savoir, les Autochtones, qui survivent actuellement dans des conditions écologiques fragiles, vu le déboisement non viable, l'exploration minière intensive et les autres industries primaires (Indigenous Health Group, 2007). Il est crucial que l'érosion des ressources naturelles par davantage de dégradation environnementale soit arrêtée. En particulier, il y a un besoin urgent de réduire les émissions de gaz à effet de serre (McMichael et al., 2008). Etroitement liée aux domaines d'action dans le présent rapport, l'élaboration de stratégies d'adaptation et d'atténuation des impacts en vue du changement environnemental doit prendre en considération les dimensions de l'équité sociale et en santé. Des recherches supplémentaires sont requises dans le type d'action à entreprendre, le plus susceptible d'avoir un effet sur la relation triangulaire entre les facteurs sociaux, le changement environnemental et l'équité en santé.

Initialement, la Commission recommande que :

6.5. les organismes internationaux et les autorités nationales, en s'appuyant sur les recommandations du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, examinent les répercussions sur l'équité en santé des stratégies de l'agriculture, du transport, du carburant, du bâtiment, de l'industrie et des déchets, liées à l'adaptation et à la réduction des impacts du changement climatique.

Comme susmentionné, l'étude détaillée et l'analyse d'options politiques spécifiques et de modèles de développement pour lutter contre le changement climatique étaient en dehors des attributions de la Commission. L'appel qu'ont lancé le Stern Report (Stern, 2006) et d'autres, a engagé les fonds internationaux à appuyer l'amélioration des informations régionales sur les conséquences du changement climatique. Cela offre une opportunité unique, dirigée par l'OMS, d'intégrer les programmes sur le changement climatique et l'équité en santé, en s'assurant que les systèmes d'informations et l'élaboration de politiques passent par le filtre de l'équité en santé.

SANTE ET EQUITE : CHAMP D'ACTION 6.3

Veiller à ce que les politiques économiques et sociales appliquées pour faire face au changement climatique et à d'autres problèmes de dégradation de l'environnement tiennent compte des considérations d'équité en santé.

CHAPITRE 7

Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent

" Il serait absurde de considérer qu'un pays est civilisé si on y trouve un homme respectable et zélé, qui pratique habilement et assidûment un métier considéré utile et nécessaire pour le bien commun, sans pour autant qu'il n'ait de garanties que ce travail subviendra à ses besoins tant qu'il le pratique, ou l'épargnera de tout risque de sombrer dans la misère quand il devient inactif suite à une maladie ou en raison de son âge avancé."

HL Mencken (nd)

RAPPORT ENTRE TRAVAIL ET INÉGALITÉS EN SANTÉ

Les conditions d'emploi et de travail ont une forte incidence sur la santé et l'équité en santé. Quand elles sont bonnes, elles offrent une sécurité financière, garantissent une condition sociale correcte, favorisent le développement personnel, les relations sociales et l'estime de soi et protègent contre les risques physiques et psychosociaux – des éléments tous essentiels pour la santé (Marmot & Wilkinson, 2006). Le règlement des inégalités liées au travail a certainement des conséquences directes sur l'état de santé, mais les incidences de l'équité en santé sont encore plus importantes compte tenu du rôle potentiel du travail dans la réduction des inégalités entre les sexes, les ethnies, les races, ou toute autre inégalité d'ordre social. Tout ceci a d'importantes conséquences propices à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 3).

Inégalités au travail et en santé

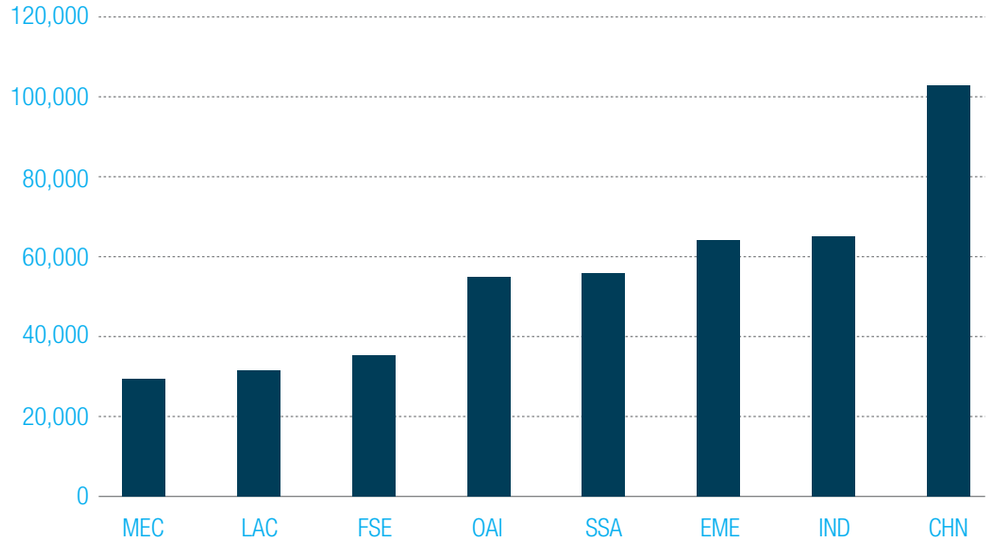
Conditions d'emploi

La santé pourrait être plus fragile dans certaines conditions d'emploi, dont le chômage et le travail précaire - à savoir le travail informel, le travail temporaire, le travail contractuel, le travail des enfants, et l'esclavage/travail servile. D'après les données dont on dispose, la mortalité est sensiblement plus élevée chez les travailleurs temporaires que chez les travailleurs permanents (Kivimäki et al., 2003). Il y a de même une corrélation entre les problèmes de santé mentale et la précarité de l'emploi (travail informel, contrats de travail temporaire à terme imprécis et travail à temps partiel, par exemple) (Artazcoz et al., 2005 ; Kim et al., 2006). La précarité de l'emploi telle qu'elle est perçue par les travailleurs nuit de façon sensible à leur santé physique et mentale (Ferrie et al., 2002).

Conditions de travail

Les conditions de travail ont aussi une grande incidence sur la santé et l'équité en santé. La mauvaise qualité de travail pourrait affecter la santé mentale presque autant que la perte d'emploi (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). Les individus qui travaillent dans de mauvaises conditions peuvent être exposés à un ensemble de risques physiques et occupent généralement des emplois peu qualifiés. Les décès associés au travail suite à l'exposition à des risques demeurent un problème extrêmement grave (ILO, 2005) (Fig. 7.1). Le stress

Figure 7.1: Nombre de décès suite à l'exposition sur le lieu de travail à des substances dangereuses dans différents pays et régions.



MEC = Croissant du Moyen-Orient; LAC = Amérique latine et Caraïbes; FSE = Economies précédemment socialistes; OAI = Autres pays d'Asie et îles; SSA = Afrique subsaharienne; EME = Economies de marché établies; IND = Inde; CHN = Chine. Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de ILO (2005).

professionnel est associé à une augmentation de 50 % du risque de cardiopathie coronarienne (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006), et les données dont on dispose montrent invariablement qu'une forte demande d'emplois, le manque de contrôle et un travail qui n'est pas récompensé à sa juste valeur constituent des facteurs de risque de problèmes de santé physique et mentale (Stansfeld & Candy, 2006).

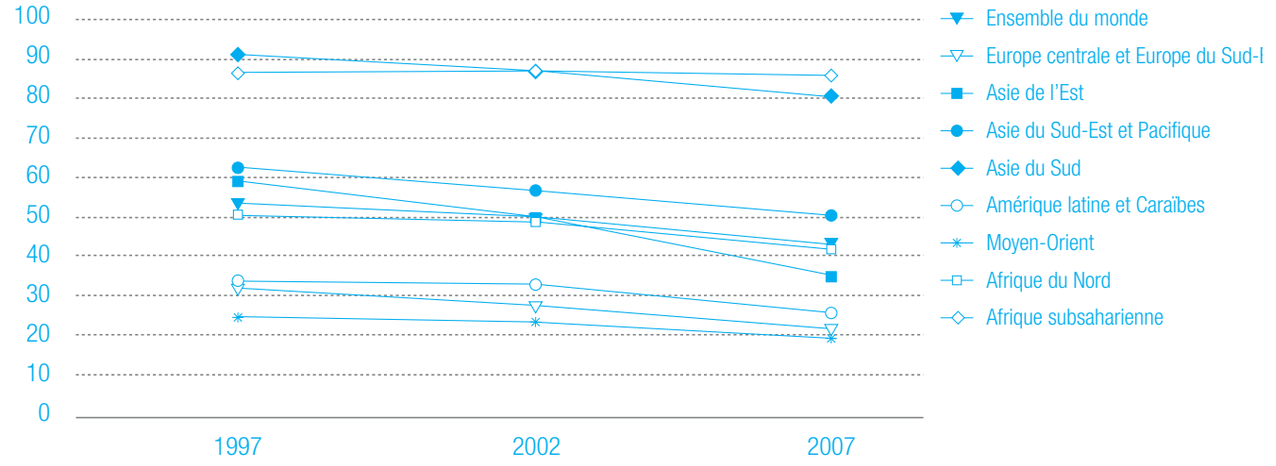
Nature des modalités d'emploi et de travail

Depuis la montée en puissance de la globalisation dans les années soixante-dix, l'accent a été mis sur la productivité et la nécessité de fournir des produits répondant aux besoins des marchés mondiaux. Les institutions et les employeurs désirant devenir compétitifs sur ce marché considèrent qu'il est désormais nécessaire que la main d'œuvre mondiale devienne flexible et constamment disponible. D'où l'apparition d'un certain nombre de changements importants liés à la santé dans les modalités d'emploi et les conditions de travail (Benach & Muntaner, 2007).

C'est le marché du travail qui, à l'origine, détermine, ou du moins influence, les opportunités économiques et la sécurité financière des peuples. En 2007, la population active comprenait trois milliards de personnes âgées de 15 ans et plus. Cependant, le revenu de 487 millions de travailleurs dans le monde ne leur permet toujours pas de franchir avec leurs familles le seuil de pauvreté de 1 dollar américain par jour alors que 1,3 milliards de travailleurs ne gagnent pas plus de 2 dollars américains par jour (ILO, 2008). La variation régionale de la population active pauvre est à cet égard significative (Figure 7.2).

Le pouvoir croissant exercé par les grandes multinationales et les institutions internationales dans l'élaboration de la politique du travail a affaibli les travailleurs, les syndicats et les chercheurs d'emploi et a mené à une multiplication des modalités et des conditions de travail néfastes pour la santé (EMCONET, 2007). Les pays à revenu élevé ont connu une montée de l'insécurité de l'emploi, des modalités d'emploi précaire (à l'instar du travail informel, du travail temporaire, du travail à temps partiel et du travail à la pièce), des pertes d'emploi ainsi qu'une fragilisation des protections règlementaires (cf. Chapitre 12 : *Responsabilité du marché)*. La majorité de la population active dans le monde, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, travaille dans l'économie dite informelle qui est, de par sa nature, précaire et caractérisée par l'absence de règlementations statutaires susceptibles de sauvegarder les conditions de travail, les salaires, la santé et la sécurité au travail (SST) et l'assurance contre les accidents de travail (EMCONET, 2007; ILO, 2008) (Fig. 7.3).

Figure 7.2: Variation régionale du pourcentage de la population active vivant avec 2 $US par jour ou moins



Les chiffres pour 2007 sont des estimations préliminaires.
Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de ILO (2008).

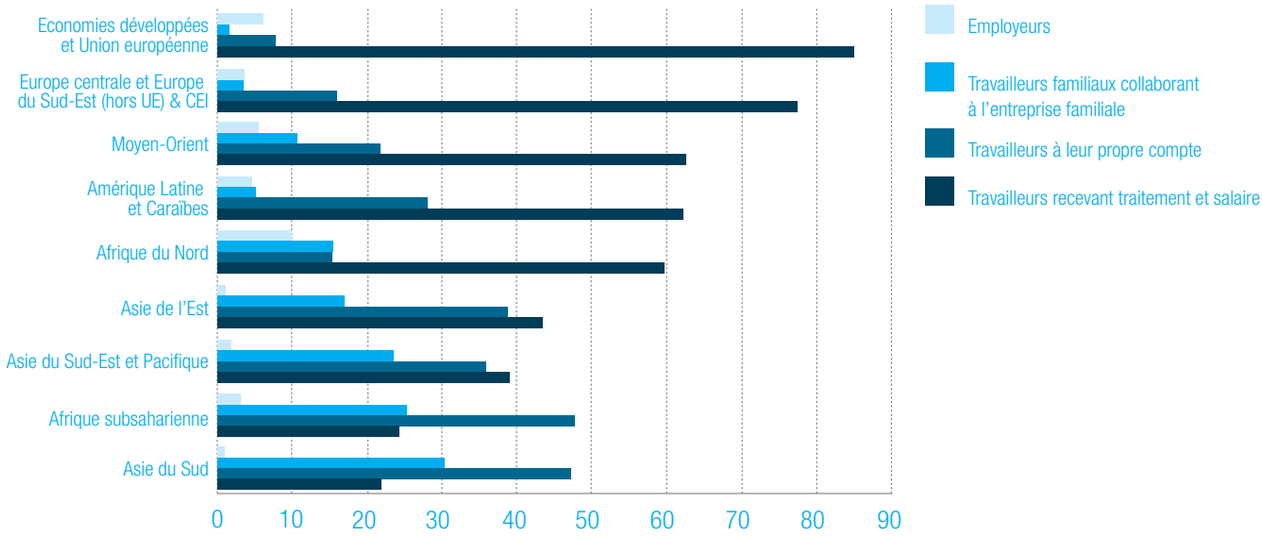
L'économie formelle, dominante dans les nations industrialisées, avait d'abord tendance à se caractériser par une politique d'ouverture progressive du marché du travail, par la forte influence des syndicats et, souvent, par un emploi à plein temps permanent. Cette situation a connu des changements considérables (EMCONET, 2007). A titre d'exemple, la figure 7.4. montre l'augmentation de la prévalence des emplois temporaires et à temps partiel depuis le début des années quatre-vingt-dix à travers l'Union européenne.

Groupes vulnérables

Les analyses entreprises par Heymann et al. (2006) sur les résultats des enquêtes menées auprès des ménages représentatifs au niveau national au Botswana, au Brésil, au Mexique, dans la Fédération de Russie, en Afrique du Sud, aux Etats-Unis et au Vietnam, ont montré à juste titre que la protection assurée par le travail et les prestations reçues sont moins avantageuses pour les femmes que pour les hommes (Fig. 7.5) (cf. aussi Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*).

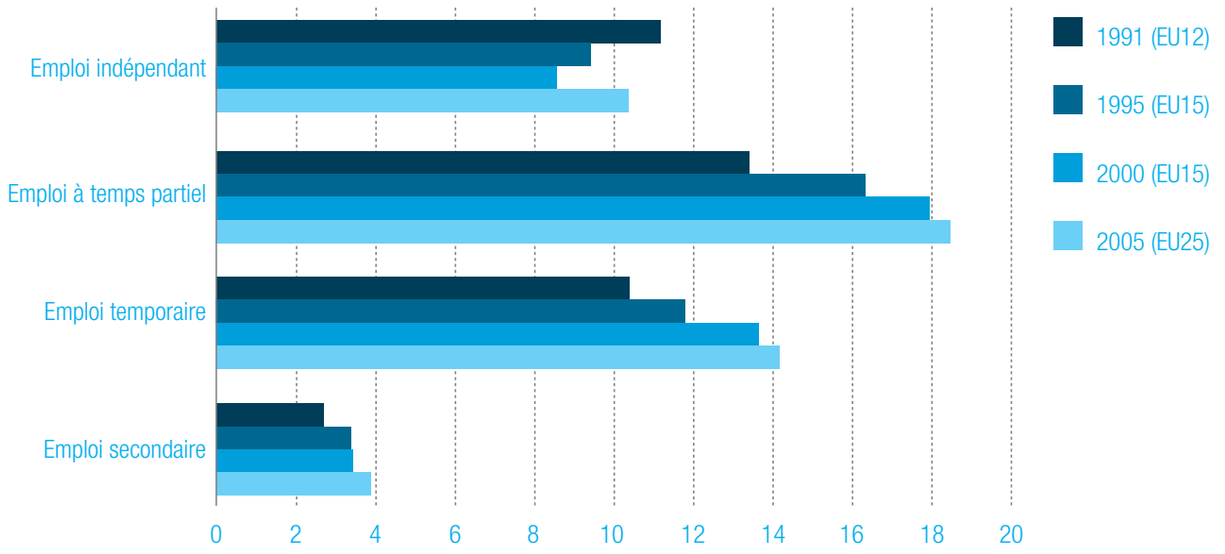
L'emploi équitable requiert l'éradication de toute mesure coercitive – dont toutes les formes de travail forcé, à savoir le travail servile, l'esclavage ou le travail des enfants. A l'échelle mondiale, on estime qu'il y a environ 28 millions de victimes de l'esclavage alors que 5,7 millions d'enfants sont contraints de travailler (EMCONET, 2007). Quoique des progrès considérables aient été réalisés afin d'éradiquer les pires formes de travail des enfants (ILO, 2007a), 200 millions d'enfants de 5 à 17 ans de par le monde font encore partie de la population économiquement active (ILO, 2006a). C'est en augmentant le revenu des ménages pauvres et en assurant une éducation de base de qualité qu'il sera possible de rendre le travail moins nécessaire pour les enfants. On estime que 70% des enfants travailleurs en Inde auraient fréquenté l'école si cette dernière était accessible et gratuite (Grimsrud, 2002).

Figure 7.3: Statut de l'emploi en pourcentage par rapport à l'emploi total dans toutes les régions en 2007



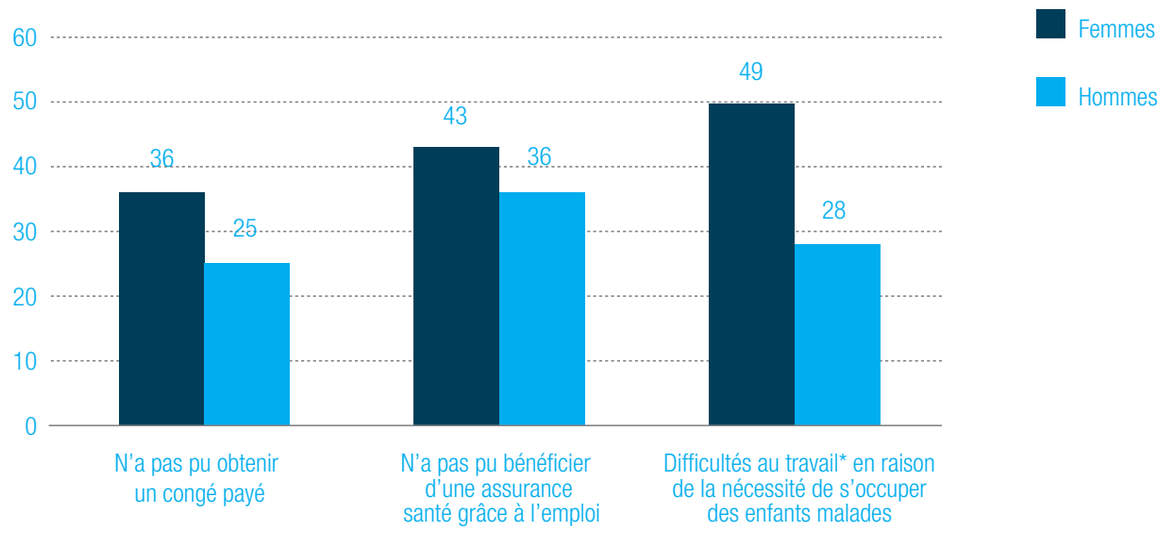
Les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale ainsi que les travailleurs à leur propre compte pratiquent des travaux de nature précaire.
Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de ILO (2008).

Figure 7.4 Emplois non standards en Union européenne (pourcentages).



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Parent-Thirion et al. (2007).

Figure 7.5 Inégalités entre les sexes dans les conditions de travail



* Difficultés au travail : perte de salaire ou perte de chances d'avancement ou difficulté de sauvegarder son emploi.
Adapté de Heymann (2006). Les pourcentages moyens sont basés sur des pays sélectionnés

CREER DES CONDITIONS D'EMPLOI EQUITABLE[5] ET DE TRAVAIL DECENT[6]

Il serait utile tant pour l'économie que pour l'équité en santé de faire de sorte que la promotion des conditions d'emploi équitable et de travail décent se situent au cœur des programmes politiques des pays et des stratégies de développement. Les instances gouvernementales, les employeurs, les travailleurs et les chercheurs d'emploi doivent contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'exécution des lois, politiques, standards et conditions de travail visant à promouvoir une bonne santé. Une telle action à l'échelle nationale requiert aussi le déploiement d'efforts susceptibles de créer un environnement économique mondial plus favorable.

La Commission recommande que :

7.1. Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et les conditions de travail décentes soient des objectifs communs aux institutions internationales et se situent au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, avec une meilleure représentation des travailleurs lors de l'élaboration de politiques, de législations et de programmes portant sur l'emploi et le travail (cf. Rec. 10.2 ; 14.3 ; 15.2).

Environnement international de soutien

Le niveau et les conditions de travail sont de plus en plus tributaires des développements économiques à l'échelle mondiale, notamment dans les pays à revenu faible et moyen. Par conséquent, la mise en œuvre des recommandations de la Commission dépend essentiellement des changements qui surviennent dans l'économie mondiale, tant pour promouvoir et maintenir le plein emploi mondialement que pour encourager et soutenir les politiques économiques nationales qui favoriseraient l'équité en matière d'emploi et la mise en place de conditions de travail décentes. D'où la nécessité d'apporter des changements dans les interactions qui ont lieu entre les économies nationales et les marchés mondiaux et dans les activités des institutions internationales, à l'instar des accords de l'OMC et des programmes soutenus par le FMI et la Banque mondiale (cf. Chapitres 12 et 15 : *Rôle du marché ; Bonne gouvernance mondiale*). Il est primordial que les organismes de l'ONU et d'autres agences internationales défendant les droits des travailleurs aient le pouvoir d'exercer leur influence afin de faire adopter par les Etats Membres des pratiques équitables en matière d'emploi. Même s'il est nécessaire d'examiner et d'analyser davantage les questions relatives aux options politiques spécifiques et aux modèles de développement, les mesures qui pourraient éventuellement renforcer ce processus pourraient inclure ce qui suit :

- Contraintes du marché direct :
  - réduire la dépendance à l'égard des capitaux étrangers grâce à une réglementation effective du secteur financier, à un usage approprié du contrôle des capitaux et à des mesures visant à attirer et retenir les capitaux domestiques;
- Contraintes de la compétition :

- mettre fin aux pratiques de dumping sur les marchés des pays à revenu faible et moyen qui consistent à vendre les produits à des prix inférieurs au coût de production ;
- graduer les normes de travail requises et viser une convergence par le haut avec le temps ;
- mettre fin à la progressivité tarifaire pratiquée sur les produits en provenance des pays à revenu faible et moyen ;
- réduire la dépendance aux marchés d'exportation à travers la promotion de la production des produits destinés au marché local ;
- promouvoir le commerce interrégional entre les pays à revenu faible et moyen, et ce à travers, entre autres, la conclusion et le renforcement d'accords commerciaux régionaux ;
- encourager la réduction des heures de travail dans les pays à revenu élevé ;

- Accords internationaux :
  - mettre davantage l'accent sur le traitement spécial et différencié pour les pays à revenu faible et moyen dans les prochains accords de l'OMC ;
  - consolider les clauses de sauvegarde dans les accords de l'OMC (ainsi que les accords bilatéraux et commerciaux) en ce qui concerne la santé publique ;
  - permettre un recours accru des pays à revenu faible et moyen (notamment les plus petits) au mécanisme de règlement des différends de l'OMC

La plupart de ces mesures nécessitent des actions au niveau international – soit des changements discrétionnaires apportés par les instances gouvernementales à titre individuel (en cas d'augmentation du soutien apporté par les pays donateurs ou de changements dans les conditions y afférentes), soit une action collective lancée grâce à la médiation des institutions internationales.

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.1

Faire du plein emploi, de l'équité en matière d'emploi et de conditions de travail décentes des objectifs qui se situent au cœur des politiques socio-économiques nationales et internationales.

[5] Le terme "emploi équitable" complète la notion de travail décent. Il couvre une perspective de santé publique dans laquelle les relations de travail ainsi que les comportements, les résultats, les pratiques et les institutions qui émanent des relations tissées dans le cadre de l'emploi ou qui les affectent doivent être perçus comme un facteur déterminant pour assurer aux travailleurs des conditions de santé de qualité. L'emploi équitable laisse supposer l'établissement d'une relation impartiale entre employeurs et employés.

[6] Le travail décent implique des opportunités qui permettent d'exercer un travail productif comme il assure un salaire équitable, des conditions de sécurité sur le lieu de travail et la couverture sociale des familles ; de meilleures perspectives qui favorisent le développement sur le plan personnel et l'intégration sociale ; la liberté des personnes d'exprimer leurs préoccupations, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie ; et l'instauration de l'égalité des chances et de traitement entre les femmes et les hommes.

Représentation équitable des travailleurs lors de l'élaboration de politiques nationales

Il y a relativement peu de pays qui ont, jusqu'à ce jour, intégré les conditions d'emploi et de travail dans leurs politiques économiques et sociales. Pour ce faire, il faudrait rétablir l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs des secteurs public et privé. Le leadership du secteur public est essentiel, à l'échelle nationale et mondiale, et requiert la mise en place de mécanismes qui renforcent la représentation de tous les travailleurs et chercheurs d'emploi lors de l'élaboration des politiques, des législations et des programmes relatifs à l'emploi et au travail.

La participation des travailleurs a été, tout au long de l'histoire, positivement associée au développement des droits collectifs au travail, au mouvement des travailleurs ainsi qu'aux politiques et au marché du travail mis en place par les Etats providence modernes (Encadré 7.1).

Les syndicats sont de puissants véhicules à travers lesquels il est possible de négocier collectivement les mesures de protection propres aux travailleurs - sur les plans national et international (cf. aussi Chapitres 12 et 13 : Rôle du marché ; Equité entre les sexes). Il importe que les instances gouvernementales veillent à assurer la véritable participation d'acteurs sociaux moins puissants, en permettant aux travailleurs dans les secteurs structuré et non structuré de bénéficier d'une garantie de l'Etat leur octroyant le droit de mener une action collective (Encadré 7.2).

ENCADRE 7.1 : TRAVAIL ET SANTE CHEZ LES PAYSANS SANS TERRE ET LES PETITS AGRICULTEURS DU BRESIL

Au Brésil, 1% des grands propriétaires terriens possèdent 45% des terres agricoles au moment où environ 50% de l'ensemble des propriétaires détiennent en gros 2% de toutes les terres arables. Environ 31 millions de Brésiliens (18.8% de l'ensemble de la population) vivent à la campagne. Ceux-là, connus sous le nom de agregados, sont extrêmement pauvres et souffrent d'innombrables problèmes psychosociaux, éducatifs et sanitaires.

En 1984, les familles sans terre ont formé le Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), ou Mouvement des paysans sans terre. Le MST est probablement le mouvement social le plus grand en Amérique latine puisqu'il regroupe environ 1,5 million de membres. Le principal succès qu'il a réalisé fut l'allocation de parcelles de terrain à un nombre croissant de paysans sans terre : ils étaient quelques milliers et sont devenus plus de 300 000 paysans à posséder leur propre parcelle dans 2 000 campements.

Les recherches menées ont montré que les membres des communautés du MST jouissent de meilleures conditions de santé que les autres ouvriers agricoles. L'amélioration de leur état de santé a été attribuée à une production plus grande de bétail, à une meilleure condition alimentaire (due partiellement à une plus grande diversité de produits), au soutien de la communauté en cas de besoin et à la participation directe aux décisions prises par la communauté.

Le MST a ses limites mais, depuis son lancement, il a joué le rôle de catalyseur de la réforme – non seulement agraire, mais aussi sanitaire – et a exercé un impact direct sur les décisions gouvernementales, a influencé les politiques publiques et a joué un rôle déterminant dans le conseil de la société civile de l'Alternative bolivarienne pour les Amériques.

Source: EMCONET, 2007

ENCADRE 7.2 : NEPAL – TRAVAIL DES ENFANTS

Les syndicats ouvriers au Népal ont collecté des informations et élaboré des politiques et ont inclus la question du travail des enfants dans les programmes d'éducation de leurs travailleurs. Le Népal fait face à un problème de taille, celui du travail servile. Celui-ci touche aussi les enfants puisque des familles entières sont soumises au système kamaiya. Les syndicats, ainsi que les autres groupes de la société civile, ont incité le gouvernement à abolir ce système ; ce qu'il fit officiellement en 2000. La décision du gouvernement a fait table rase puisque toutes les dettes qui constituaient le fondement de la servitude pour dettes ont été considérées illégales. Afin de s'assurer que les anciens kamaiyas n'allaient pas se retrouver à nouveau dans les mêmes conditions de pauvreté et de dénuement, les syndicats ont collaboré avec le gouvernement pour mettre en place deux importantes mesures de protection : le salaire minimum pour les ouvriers agricoles et le droit des syndicats de s'organiser dans des systèmes d'économie informelle, dont le secteur agricole non structuré. Les syndicats étaient conscients que ces deux initiatives de grande envergure n'auraient pas pu être entreprises s'ils n'avaient pas adopté une position ferme à l'intérieur du mouvement contre le travail des enfants.

Source: Grimsrud, 2002

[7] Le système kamaiya est un système traditionnel de travail servile répandu au Népal. Les personnes affectées par ce système portent aussi le nom de kamaiya ou kamaiyas. Traditionnellement, les personnes sans terre et sans travail pouvaient obtenir des prêts des propriétaires terriens pour assurer leur nourriture et leur survie. En échange, ils étaient contraints de vivre et de travailler sur les terres du propriétaire et étaient traités comme de quasi-esclaves. Les charges des dettes étaient exorbitantes ce qui a obligé des familles entières à rester asservies pendant de longues années, voire des générations. Le système kamaiya était pratiqué en particulier à l'ouest du Népal et touchait spécifiquement la communauté Tharu ainsi que les Dalits (« intouchables »).

La Commission recommande que :

7.2. Les instances gouvernementales nationales développent et mettent en œuvre des politiques sociales et économiques qui offrent des emplois sûrs suffisamment rémunérés pour tenir compte du coût réel et actuel d'une vie saine (cf. Rec. 8.1 ; 13.5).

Vers le plein emploi

A l'occasion de la tenue du sommet mondial de 2005 de l'Assemblée générale des Nations Unies, les gouvernements ont réaffirmé leur engagement à favoriser le plein emploi et les conditions de travail décentes, les considérant comme des mesures décisives qui pavent la voie à toute entreprise visant à faire face au défi de la pauvreté persistante dans le monde entier. Le plein emploi et la possibilité pour chacun de trouver un travail décent et productif ont aussi été au nombre des objectifs de l'OMD1 comme un moyen de réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population vivant dans l'extrême pauvreté. Cependant, au moment où les instances gouvernementales ont décidé de placer le plein emploi et les conditions de travail décentes au cœur des politiques nationales et internationales (UN, 2005), leur engagement n'a pas semblé avoir eu de suites concrètes.

La réalisation de cet objectif est une opération complexe car elle requiert l'élaboration d'une politique économique et sociale intégrée comme elle nécessite la mise en place de mécanismes diversifiés qui s'adaptent aux contextes des différents pays. Elle inclurait une action locale visant directement la création d'emplois, dans les travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre, par exemple, des politiques d'approvisionnement locales, une extension des programmes de production de revenus et un soutien aux petites et moyennes entreprises (PME). Il suffit comme point de départ que l'Etat offre un nombre substantiel d'emplois. Une telle action aura des conséquences qui diffèrent d'un pays à l'autre selon son niveau de développement.

Dans les pays à revenu faible, comme l'Inde, où l'infrastructure et la capacité administrative sont toujours disponibles, les garanties d'emploi fournies par l'Etat peuvent aider les gens à franchir le seuil de pauvreté (Encadré 7.3).

Dans plusieurs Etats Membres de l'OCDE, où la plupart de la main-d'œuvre est formelle et où le chômage est relativement bas, les instances gouvernementales tentent de réaliser le plein emploi en encourageant les chercheurs d'emploi, d'une part, à déployer plus d'efforts pour trouver du travail – à travers le recours aux services de recherche d'emploi et de soutien, aux services d'information sur l'emploi et de jumelage d'emplois et de travailleurs, au counselling individualisé et à l'orientation et à la formation professionnelles – et d'autre part, à entrer en contact avec les services de recrutement et à participer aux programmes de formation après avoir été au chômage depuis un certain temps (OECD, 2005).

Salaire vital pour mener une vie saine

Afin d'assurer un salaire vital qui prend en considération le coût réel et actuel d'une vie saine, il faut mettre en place une politique économique et sociale de soutien qui est régulièrement mise à jour et basée sur les coûts des besoins sanitaires, dont la nutrition adéquate, le logement, l'eau et les installations sanitaires, et la participation sociale (Morris & Deeming, 2004). L'avantage compétitif des pays à revenu faible est lourdement tributaire de la main-d'œuvre à bas coût, mais cet état de fait risque d'être compromis au cas où le fait d'octroyer un salaire vital décent et régulièrement mis à jour devient une obligation légale. Il est donc temps que :

- les instances gouvernementales, en coordination avec les chercheurs dans les domaines de la santé publique et des politiques sociales, examinent les mécanismes qui permettent d'évaluer le coût d'une vie saine, et ce afin de calculer le niveau de salaire vital propre à chaque pays (Encadré 7.4) ;
- les instances gouvernementales, en vue d'atteindre un niveau d'emploi sain équitable pour tous les pays, examinent, de prime abord, les mécanismes qui permettent de conclure des accords sur les salaires entre les pays, initialement au niveau régional.

ENCADRE 7.3 : PROGRAMME NATIONAL INDIEN DE GARANTIE DE L'EMPLOI EN ZONES RURALES

Le « National Rural Employment Guarantee Act » (Loi nationale sur la garantie de l'emploi en zones rurales) de 2005 contraint le gouvernement indien à ériger un réseau de sécurité sociale pour les familles rurales pauvres, et ce en garantissant 100 jours de travail, au salaire minimum, à un membre de la famille par ménage.

Même si la mise en œuvre de cette loi est relativement récente et que des difficultés procédurales sont apparues, il a été prouvé qu'elle a eu un effet positif dans plusieurs états où elle a été appliquée correctement. Elle a en effet assuré aux familles pauvres des zones rurales un salaire garanti, a contribué à l'autonomisation économique des femmes et à la création d'actifs publics. Au Rajasthan, où le public est très sensibilisé au programme, 77 jours de travail par ménage rural ont été assurés en 2006-2007. Dans l'Uttar Pradesh, les principales améliorations dans le domaine des travaux publics ont été observées suite à l'augmentation du niveau d'emploi : des salaires minimum ont été versés et les délais de paiement ont été réduits alors que l'exploitation par les entrepreneurs du secteur privé a été exclue.

Il ne va pas sans dire que le programme fait face à des difficultés, mais les garanties de transparence et la capacité d'imposer la mise en application des procédures ont été déterminantes pour la réalisation de progrès majeurs. Il est aussi nécessaire de réviser sérieusement les taux de paiement, d'augmenter le nombre des jours de travail et des membres de la famille qui peuvent profiter de ce programme. Pour garantir l'inclusion sociale, il est nécessaire d'offrir des installations adaptées sur le lieu de travail pour les femmes ayant des enfants.

Source : The Hindu, 2008 ; Ganesh-Kumar et al., 2004

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.2

L'équité en santé passe par un travail sûr, sans danger et correctement rémunéré, des possibilités d'emploi tout au long de l'année et un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous.

S'entraîner pour travailler

L'approche à multiples facettes vers le plein emploi dans des conditions équitables vise, en substance, à garantir que les personnes qui ne travaillent pas, ou qui changent d'emploi, vont recevoir l'aide nécessaire pour acquérir un ensemble adéquat de compétences et de qualifications pour prendre part à un travail de qualité. Ceci requiert la conclusion d'accords de partenariats entre les instances gouvernementales et les ONG pour élaborer un ensemble de programmes adaptés aux besoins des différentes populations, à l'instar des personnes souffrant d'incapacité ou les chômeurs de longue date. Il faut que la formation professionnelle, de par son contenu et son mode de présentation, réponde aux besoins de la communauté et, compte tenu de l'avancement en âge de la main-d'œuvre, il est nécessaire, plus particulièrement, d'offrir des opportunités de recyclage susceptibles de satisfaire les besoins des personnes âgées. Le système de « flexicurité » au Danemark a été l'un des plus réussis dans le domaine de la formation de la main-d'œuvre afin de la rendre apte à l'emploi (Encadré 7.5).

ENCADRE 7.4 : SALAIRE DE BASE POUR UNE VIE SAINE

Une évaluation du coût de la vie a été entreprise pour les hommes célibataires en bonne santé âgés de 18 à 30 ans et vivant au Royaume-Uni loin de leur famille et par leurs propres moyens. En se basant sur des preuves consensuelles, il a été possible de calculer le montant nécessaire pour assurer un ensemble de produits de base essentiels pour une vie saine au quotidien, à savoir la nourriture, l'activité physique, le logement, les produits domestiques, le transport, les habits, les chaussures, les frais d'éducation, les frais personnels et médicaux, les économies, les contributions non publiques au régime de retraite, les produits et les activités de loisirs dont tout ce qui relève des relations sociales. Le coût total a été considéré comme un indicateur du salaire minimum net devenu actuellement essentiel pour garantir une vie saine.

Le coût minimal pour une vie saine a été estimé à 131.86 £/semaine (cette estimation se base sur les prix prévalant en avril 1999).

Les éléments de coût, notamment ceux relatifs au logement (qui représentent environ 40% du total), dépendent de la région géographique et de plusieurs autres considérations. Dans la société d'aujourd'hui, le revenu disponible susceptible de couvrir le coût de vie minimal pourrait être considéré comme une condition de santé préalable nécessaire. Un revenu calculé à partir du SMIG national (en avril 1999) de 3.00£/heure pour la tranche d'âge de 18-21 ans et de 3.60£/heure pour les 22 ans et plus, équivaut à un salaire disponible hebdomadaire de 105.84 £ et de 121.12 £ respectivement, pour une semaine de 38 heures après prélèvement des charges fiscales et des cotisations à la sécurité sociale. Par conséquent, les 18-21 ans devaient travailler 51 heures et les 22 ans et plus 42.5 heures afin qu'ils perçoivent le revenu nécessaire pour couvrir les coûts minimaux d'une vie saine.

Source : Morris et al., 2000

ENCADRE 7.5 : FLEXICURITE ET APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE AU DANEMARK

Le marché de travail danois est aussi flexible que le marché britannique tout en offrant aux employés le même niveau de sécurité que le marché suédois. Les règles flexibles de l'emploi, les politiques actives sur le marché du travail avec le droit à la formation et à l'accès aux offres d'emploi et l'obligation de les assurer, les prestations sociales relativement importantes et le cycle économique favorable qui a duré une décennie, ont souvent expliqué cette évolution. Le contexte danois se distingue par quatre éléments de flexicurité :

Le marché du travail flexible ;

Les systèmes de sécurité sociale généreux ;

L'apprentissage tout au long de la vie ;

Les politiques actives sur le marché du travail.

En ce qui concerne l'apprentissage tout au long de la vie, les partenaires sociaux y sont impliqués au plus haut point comme ils sont engagés sur le plan institutionnel dans la planification et la mise en œuvre des politiques d'éducation, notamment celles relatives à la formation professionnelle continue (FPC). La politique danoise de formation professionnelle continue se distingue sur le plan institutionnel par une caractéristique spécifique, celle de fournir services et formation tant aux salariés qu'aux chômeurs. La FPC destinée aux travailleurs non qualifiés - qui relève officiellement du ministère du Travail (actuellement du ministère de l'Education) mais qui est gérée en grande partie par les partenaires sociaux - a été mise en place en 1960. Un système similaire a été instauré pour les ouvriers qualifiés en 1965. A partir de la fin des années 1980, les conventions collectives ont aussi prévu des accords sur l'éducation, qui accordent en général aux employés un congé de deux semaines par an afin de leur permettre de participer à des programmes d'éducation tournés vers l'emploi.

L'Etat est le principal pourvoyeur de fonds dans ce système. Le système de financement se base sur une externalisation des frais de formation et d'éducation auprès de sociétés et sert indirectement de subvention gouvernementale qui vise à favoriser la compétitivité de l'industrie danoise. Ainsi, c'est grâce en partie à cet accord de financement et au droit de participer à grande échelle à la FPC que le Danemark a pu se placer, pendant de longues années, parmi les meilleurs pays en Europe en matière de participation aux activités de FPC. Par ailleurs, étant donné que le système de FPC est surtout financé par les deniers publics, il est plus probable que les activités de FPC transmettent des compétences plus générales qu'adaptées aux besoins de chaque société, et qui sont, par conséquent, transférables sur le marché du travail extérieur et susceptibles d'améliorer la flexibilité fonctionnelle des marchés de travail internes.

Source: Madsen, 2006

Normes du travail sûr et décent

La nature de l'emploi et les conditions de travail auxquelles les personnes sont exposées ont une incidence importante sur la santé et sa répartition sociale. Le travail doit être équitable et décent. L'Etat joue un rôle fondamental dans la réduction et l'atténuation des effets négatifs sur la santé causés par des conditions inappropriées d'emploi et de travail.

La Commission recommande que :

7.3. Les capacités du public soient renforcées pour mettre en œuvre des mécanismes réglementaires permettant de promouvoir et de faire respecter les normes d'emploi équitable et de travail décent pour tous les travailleurs (cf. Rec. 12.3).

Normes du travail

Les quatre principes de base – à savoir la liberté d'association et la reconnaissance effective du droit de négociation collective; l'élimination de toute forme de travail forcé ou obligatoire; l'abolition effective du travail des enfants, et l'élimination de la discrimination en matière d'emploi – qui sous-tendent les normes de l'OIT constituent le fondement des pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes. La mise en œuvre par les agences gouvernementales des normes et codes de travail internationalement reconnus (ILOLEX, 2007) est une initiative essentielle en faveur de la santé et de l'équité en santé. De plus, si les normes de travail de base sont mises en application, notamment l'égalité des salaires hommes-femmes, il serait alors possible de réduire de manière significative l'inégalité entre les sexes (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*).

Les effets qu'exercent les multinationales sur l'emploi et les conditions de travail et la nature transfrontalière du travail et de l'emploi justifient pleinement la mise en place d'un mécanisme international qui assure le soutien nécessaire aux gouvernements nationaux lors de la ratification et de la mise en œuvre des normes de travail fondamentales (cf. Chapitre 12: *Responsabilité du marché*). Le développement des capacités administratives, de l'infrastructure et du soutien financier en vue de mettre en pratique les recommandations requiert le soutien harmonieux de l'OIT et l'OMS, le concours des donateurs et la représentation des travailleurs tant du secteur structuré que du secteur non structuré (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). La capacité des pays à revenu faible à appliquer les normes de travail pourrait être relativement limitée, surtout quand on la juge dans le contexte des recommandations de plus grande envergure émises par la Commission. Il est nécessaire de graduer les normes de travail en fonction des niveaux de développement économique tout en veillant, tout au moins, à ce que les quatre principes de base soient respectés et à ce que la faisabilité et la mise en œuvre de n'importe quel mécanisme d'application dans un pays donné soit évaluées. Dès l'instauration des quatre principes de base, il faudrait soumettre les normes de travail à un processus qui prévoit une convergence par le haut avec le temps, et ce afin d'éviter toute conséquence préjudiciable.

L'objectif à long terme que les pays doivent viser devrait être l'élaboration et la mise en œuvre de manière progressive des codes de pratiques contraignants relatifs à la SST auxquels devront se soumettre les fournisseurs locaux et internationaux. De même, le fait de se fixer comme objectif à long terme la mise au point de réglementations locales qui obligent les entreprises à divulguer des informations – telles que l'identification explicite du lieu de production des produits et des pièces détachées et la description claire des conditions de travail appliquées (EMCONET, 2007) - favoriserait la mise en place de pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail à l'échelle mondiale.

Quoique certaines firmes multinationales aient adopté des codes de conduite facultatifs et aient tenu apparemment à ce que les mêmes pratiques de travail soient respectées dans toutes leurs filiales à travers le monde entier (**http://www.jnj.com/community/policies/ global_labor.htm**), ceci ne représente qu'une mesure limitée par rapport à l'immense tâche en vue. Il serait opportun, en guise de premier pas, que le secteur public assure un contrôle régulier des codes de pratiques facultatifs relatifs à l'emploi et aux normes de SST que le secteur privé exécute pour en renforcer les effets et garantir une reddition des comptes (cf. Chapitre 12 : *Responsabilité du marché*). Il serait aussi nécessaire d'envisager d'apporter des changements aux principes en vigueur dans les compagnies de telle sorte à ce que l'objectif des sociétés cotées en Bourse passe de la valorisation des actions vers un plus large éventail d'objectifs à visée sociale et environnementale, y compris l'emploi. Cependant, de telles mesures pourraient nécessiter une coordination internationale pour éviter que les compagnies ne migrent des pays adoptant un tel changement, ou que des compagnies basées dans des pays qui respectent le principe de valorisation des actions ne prennent le contrôle de celles qui sont basées dans des pays qui adoptent un objectif différent. C'est d'ailleurs en suivant cette tendance que le mouvement environnemental a réussi, pendant les deux dernières décennies, à rendre les firmes privées plus responsables à l'égard de la dégradation de l'environnement. Un effort similaire est à présent nécessaire pour s'adresser aux questions relatives aux pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes.

Equilibre entre vie professionnelle et vie privée

Il est généralement admis que le travail excessif et le déséquilibre qui en résulte entre la vie professionnelle et la vie privée ont des effets négatifs sur l'état de santé et le bien-être (Felstead et al., 2002). Le rétablissement de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée requiert une politique gouvernementale et un soutien législatif qui accorderaient aux parents le droit de disposer du temps nécessaire pour s'occuper de leurs enfants et profiter des services de garde d'enfants quels que soient leurs moyens pécuniaires, ainsi que d'autres prestations telles que les heures de travail flexibles, les congés payés, le congé parental, le partage du travail et le congé longue durée (Lundberg et al., 2007). Ce genre de politique a commencé à faire son apparition surtout dans les pays à revenu élevé. Les travailleurs dans le secteur non structuré, tout comme ceux qui sont soumis à des législations protectionnistes, sont privés de telles prestations. Il est temps donc que les instances gouvernementales, avec le concours des travailleurs – dans les secteurs structuré et non structuré – stimulent la promotion de politiques qui favorisent l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et d'une politique de protection sociale de soutien (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*), assorties de mécanismes clairs en matière de financement et de responsabilisation.

Emploi précaire

La prédominance mondiale de l'emploi précaire, avec les insécurités qui lui sont associées (Wilthagen et al., 2003), a favorisé de manière significative la mauvaise santé et les inégalités en santé. La majeure partie de la population active travaille dans le secteur non structuré et se trouve dans une position extrêmement précaire. Compte tenu de la corrélation entre emplois précaires et pauvreté, les femmes et leurs familles tireront profit des politiques qui résolvent les problèmes résultant de l'insécurité de l'emploi, des salaires dérisoires et de la discrimination entre les sexes dans le secteur non structuré (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*). Force est de constater aussi l'accroissement de la mobilité des travailleurs sur le plan international. Même si plusieurs d'entre eux sont des travailleurs hautement qualifiés, une grande partie des travailleurs migrants, surtout ceux qui sont dans une situation irrégulière, sont soumis à des conditions difficiles et ne bénéficient d'aucune protection, notamment dans le secteur non structuré. Des

obstacles sont en train d'être érigés pour entraver la mobilité de migrants potentiels et la demande de main-d'œuvre étrangère dans les pays hôtes (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Tous ces éléments, auxquels s'ajoute le manque d'opportunités économiques à l'intérieur des pays, ont été propices à l'apparition du passage en contrebande et du trafic des personnes, devenus des activités commerciales très rentables aux dépens de violations flagrantes des droits fondamentaux de l'homme (OIT, 2006b).

La Commission recommande que :

7.4. Les instances gouvernementales réduisent l'insécurité des personnes qui occupent un emploi précaire, y compris les travailleurs dans le secteur non structuré, les travailleurs temporaires, les travailleurs à temps partiel, et ce à travers une politique et une législation qui garantissent que les salaires prennent en considération le coût réel de la vie, la sécurité sociale et le soutien aux parents (cf. Rec. 8.3).

Réglementation pour protéger les travailleurs précaires

Il est nécessaire de mettre au point une politique gouvernementale et des législations pour créer un climat plus sûr dans différentes modalités de travail, afin de réaliser progressivement une plus grande stabilité dans les différentes dimensions du travail. Certains gouvernements sont en train de rechercher, à un niveau international, les moyens qui permettent de renforcer les contrôles réglementaires sur les pratiques de restructuration par la réduction d'effectifs, de sous-traitance et d'externalisation (dont la réglementation de la chaîne logistique) et d'élaborer des lois qui limitent le recours à l'emploi précaire (Encadré 7.6).

Contribution de l'économie informelle à l'équité en santé

Le secteur non structuré peut avoir des incidences sur l'équité en santé qui se manifestent au-delà des effets résultant des améliorations apportées aux conditions de travail. L'intégration des entreprises du secteur non structuré dans le système fiscal assurerait des revenus aux pouvoirs publics que ces derniers pourraient utiliser pour acheter des biens publics et par conséquent offrir de prestations de santé (Gordon & Lei, 2005). Toute action menée par les pouvoirs publics, à l'instar de l'action proposée ci-après, pourrait aider les entreprises du secteur non structuré à participer au développement de la nation dans son ensemble :

- élaboration de législations et de réglementations pour la protection des conditions de travail, des salaires, de la santé et de la sécurité au travail (SST) ainsi que d'autres prestations, à l'intention des travailleurs dans le secteur non structuré ;
- extension des normes de travail et leur mise en œuvre par les pouvoirs publics, les employeurs et les syndicats des travailleurs pour qu'elles couvrent aussi les travailleurs dans le secteur non structuré ;
- élaboration par les autorités gouvernementales nationales et locales de politiques visant l'inclusion des entreprises du secteur non structuré dans le secteur structuré. Elles pourraient prévoir, entre autres, un échelonnement spécial des taxes qui encouragerait les petites entreprises ainsi que les entreprises à domicile à s'y joindre.

Plusieurs pays à revenu faible et moyen doivent œuvrer afin d'appliquer toutes les recommandations relatives aux normes de travail tout en étant conscient du fait que le secteur non structuré existe parce que le fardeau fiscal et réglementaire est une contrainte sérieuse même pour le secteur structuré. En l'absence de mécanismes de protection sociale concrets, les personnes ont besoin de gagner leur vie et sont, par conséquent, attirées par le secteur non structuré. Ce dernier

ENCADRE 7.6 : RENFORCEMENT DU CONTRÔLE GOUVERNEMENTAL DE LA SOUS-TRAITANCE

La production dans l'économie mondiale est composée d'un réseau de plus en plus complexe d'accords contractuels ou de chaînes logistiques. Les pratiques en vigueur dans les entreprises modernes, notamment dans les grandes sociétés, dépendent dans une large mesure de l'externalisation de la production des produits et des services vers d'autres firmes ou des sites lointains (même à l'échelle internationale). L'externalisation a lieu à travers une panoplie d'accords de sous-traitance, qui comprennent les services de main d'œuvre seulement et la fourniture partielle ou complète de services et de produits. La sous-traitance peut se situer à plusieurs niveaux, impliquant plusieurs étapes à suivre entre le producteur du produit ou du service et le client ultime. Les sous-traitants englobent d'autres firmes, de petites entreprises et des travailleurs indépendants. Les études entreprises internationalement ont démontré invariablement que la sous-traitance mène à la détérioration des conditions relatives à la santé et à la sécurité au travail (SST). Les risques qu'encourt la SST du fait de la sous-traitance comprennent les pressions au niveau financier pour la réduction de coûts qui sont exercées sur les sous-traitants, la désorganisation/démembrement de la gestion de la SST et l'inadéquation des contrôles règlementaires.

Le cadre légal et la réponse apportée par les pouvoirs publics et l'industrie à ces problèmes varient largement et ont été en général fragmentés et inadéquats. Les instances gouvernementales ont récemment commencé à rechercher une réglementation de la chaîne logistique afin de faire face au transfert de risques associé aux réseaux de sous-traitance complexes. La direction au sommet de la chaîne logistique exerce souvent un contrôle substantiel sur les parties engagées pour accomplir des tâches. Ce contrôle se manifeste dans la dépendance financière des sous-traitants (pour l'accomplissement d'un travail ultérieurement) et dans les conditions posées dans le cadre des accords contractuels conclus entre la firme qui a recours à l'externalisation et ses fournisseurs en vue de garantir la quantité, la qualité, le respect des délais ainsi que le prix et de déterminer les risques réglementaires. Contrairement aux lois de protection sociale, ce contrôle réglementaire privé s'étend au-delà des frontières internationales. Toutefois, les réglementations gouvernementales relatives à ces accords contractuels qui couvrent chaque étape et concentrent la responsabilité au sommet de la chaîne logistique, pourraient déterminer les conditions à respecter, dont celles concernant la santé et la sécurité au travail (SST), qui régissent le travail accompli. Un soutien international s'impose à cet égard.

En Australie, des lois comprenant des normes de travail (salaire, heures) et de la SST ainsi que des indemnités de compensation consenties aux travailleurs et les mécanismes qui en découlent (dont les codes obligatoires) pour le transfert des responsabilités légales à la tête de la chaîne logistique ont été introduites pour protéger les travailleurs à domicile dans le secteur de l'habillement ainsi que les camionneurs. Le Royaume-Uni a voté une loi, la «Gangmasters Licensing Act» qui rend obligatoire l'octroi d'une licence aux intermédiaires (appelés des gangmasters) chargés de recruter la main-d'œuvre dans les secteurs de l'agriculture, de l'horticulture et de l'industrie alimentaire.

Source: EMCONET, 2007

est opérationnel, hors de la portée des réglementations et des charges fiscales, car les capacités administratives sont souvent inadéquates pour les imposer effectivement aux dizaines voire aux centaines de milliers de micro-entreprises et d'individus qu'il comprend. Dans plusieurs pays des plus pauvres, il est aussi possible que beaucoup d'entrepreneurs du secteur non structuré aient un niveau dérisoire d'éducation et d'alphabétisation, ce qui limite leur capacité à respecter les conditions réglementaires. Aborder les questions réglementaires selon la manière décrite plus haut doit faire partie d'une approche cohérente au niveau de la politique économique et sociale qui englobe la protection sociale, l'éducation, et le renforcement du secteur public (cf. Chapitres 5, 8, 10, 11, 15 et 16 : *L'équité dès le départ ; Protection sociale tout au long de l'existence ; L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques ; Financement équitable ; Bonne gouvernance mondiale ; Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

Rôle des travailleurs et de la société civile pour assurer de meilleures conditions d'emploi

Les organisations ouvrières jouent un rôle central dans la protection des travailleurs du secteur non structuré et deviennent de plus en plus structurées. Par exemple, depuis 1988, les travailleurs du secteur non structuré ont été représentés au Sénégal par une fédération autonome, la Fédération Nationale des Travailleurs Ruraux et du secteur informel. Les syndicats en Equateur et au Panama ont mis en place des services pour les travailleurs ruraux et indigènes. Au Bénin et au Ghana, les fonctionnaires à plein temps sont responsables de l'économie informelle. Au Canada, les syndicats ont désigné des représentants syndicaux, hommes et des femmes, au sein du Special Project Union Representatives (SPUR) et les ont chargés d'organiser la situation des travailleurs atypiques. L'exemple des Etats-Unis (Encadré 7.7) montre comment l'action communautaire peut aider et donner de l'élan aux mesures gouvernementales. C'est surtout quand les travailleurs perdent tout pouvoir d'exercer une influence sur les employeurs et sur les questions relatives au marché que la société civile, de concert avec les syndicats, peut jouer un rôle efficace.

Améliorer les conditions de travail

Les améliorations apportées aux contrats d'emploi nécessitent un encadrement grâce à une approche plus proactive qui vise une meilleure qualité de l'emploi à travers une amélioration des conditions de travail.

La Commission recommande que :

7.5. La politique et les programmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail (SST) touchent tous

ENCADRE 7.7 : FAIR-WEAR – ACTION DES TRAVAILLEURS ET DE LA SOCIETE CIVILE

Pendant la dernière décennie, le mouvement politique antisweatshop a été un important mouvement de contestation politique et a constitué un réseau militant à vocation transnationale. Les grandes sociétés de confection de vêtements sont les cibles vulnérables de l'activisme antisweatshop. Leur stratégie axée sur le client les a forcées à survivre dans des marchés extrêmement compétitifs. Pour réaliser des bénéfices, elles doivent concurrencer d'autres commerçants pour attirer des consommateurs de plus en plus capricieux (non fidèles à une marque particulière) à la recherche de vêtements de bonne qualité à des prix très abordables. Afin de maintenir voire d'améliorer leurs parts du marché et leurs marges de profit, ces grandes sociétés ont recours à l'externalisation de leur production vers des pays où la main d'œuvre n'est pas chère au moment où elles allouent des ressources considérables à la conception d'un logotype compétitif et à la commercialisation de leur image. Dans le contexte mal réglementé de la production en sous-traitance des vêtements, le bien-être du travailleur est en danger en raison de l'obligation qui lui est imposée de suivre un rythme de production rapide et flexible pour faire face à la demande des consommateurs avides d'articles à la mode.

Le mouvement antisweatshop a profité de l'image vulnérable et compétitive du monde des entreprises axées sur le client pour revendiquer l'amélioration des droits et de la justice sociale des travailleurs dans le secteur de la confection des vêtements. A l'affût de profits et de la promotion d'une bonne image auprès des consommateurs, les producteurs de vêtements de grande marque sont désormais forcés de résoudre les problèmes posés par les ateliers de la sueur (sweatshops).

Deux événements qui ont lieu en 1995 ont été décisifs en Amérique du Nord : l'instauration de UNITE ! (syndicat des employés du vêtement, textile et autres industries) qui est devenu aujourd'hui UNITE HERE ! (après l'adhésion du syndicat des employés des secteurs de l'hôtellerie et de la restauration) et la descente de police dans les sweatshop locaux à El Monte dans l'état de la Californie. Le syndicat UNITE ! a déclenché un nouvelle forme d'activisme syndical qui utilise le pouvoir du consommateur pour paver la voie aux efforts visant l'organisation de la situation des travailleurs. La rafle de police de El Monte visait à éveiller la conscience collective de la société civile et a fait sensation dans les médias tout en ayant des effets secondaires à long terme. Tout de suite après, le mouvement antisweatshop a pris son élan. Les groupes militants basés sur l'Internet, à l'instar de Global Exchange, ont profité de leurs talents médiatiques pour attirer l'attention du public et des médias sur les patrons célèbres des multinationales. La société civile ancienne et nouvelle s'est ralliée à la cause antisweatshop – organisations représentant des groupes d'église, des associations d'étudiants, des groupes de réflexion, des instituts de politique, des fondations, des organismes de consommateurs, des organisations internationales, des syndicats de travailleurs locaux et internationaux, des groupes axés sur le travail, des groupes spécifiques antisweatshop, des entreprises no-sweat, des investisseurs ainsi que des organisations, réseaux et groupes internationaux humanitaires et de défense de droits de l'homme. Force est de constater la coopération insolite qui s'est établie entre les syndicats et les consommateurs, telle que celle qui a eu lieu dans le cadre de la campagne Stop Sweatshop menée par le syndicat UNITE ! et la Ligue nationale des consommateurs qui a touché plus de 50 millions de consommateurs dans le monde. La campagne antisweatshop a été une réussite. Par exemple, en Indonésie, les producteurs de textiles et de chaussures exportateurs et étrangers ont augmenté les salaires de 20-25% plus tôt que d'autres producteurs.

Source: Micheletti & Stolle, 2007

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.3

Améliorer les conditions de travail de tous les travailleurs afin qu'ils soient moins exposés aux risques physiques, au stress professionnel et aux comportements qui nuisent à la santé

les travailleurs - des secteurs tant structuré que non structuré - et qu'ils couvrent aussi les agents stressants et les comportements associés au travail ainsi que l'exposition aux risques physiques (cf. Rec. 9.1).

Protection pour tous

Le secteur de santé a un rôle et une responsabilité pour diriger la mise au point d'une politique et d'un programme relatifs à la santé au travail dans les secteurs tant structuré que non structuré. Ils prévoiraient les actions suivantes :

- élaborer et renforcer des législations, politiques et services relatifs à la santé du travail afin d'assurer à tous les travailleurs une protection de base en matière de santé et de sécurité au travail (SST) ;
- élaborer des programmes de formation professionnelle à l'intention des travailleurs du secteur non structuré et des mouvements sociaux concernés ;
- intégrer la santé des travailleurs dans le système de soins de santé en tant que sa composante principale.

Il est nécessaire que le gouvernement national, les employés, les agences internationales et les travailleurs œuvrent pour inclure la composante SST dans les programmes de création d'emplois, les réglementations de la sous-traitance et de l'externalisation et les accords de commerce. Le contrôle de leur mise en œuvre, notamment à travers l'exécution stricte des législations et de l'inspection relatives à la santé au travail, serait un premier pas qui rendrait les politiques et les contrats d'emploi propices à la santé et à l'équité en santé au niveau international.

Portée de la santé et de la sécurité au travail (SST)

Plusieurs politiques et programmes de SST ciblent jusqu'à nouvel ordre l'exposition aux risques en milieu de travail traditionnel. Au Canada, par exemple, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement de 1999 est la principale loi qui régit l'utilisation des substances chimiques au Canada. Quant au plan directeur des substances chimiques, annoncé en décembre 2006 et le cadre d'action actuellement en vigueur, ils visent à évaluer les risques encourus par l'homme et l'environnement sur le plan sanitaire à cause des substances chimiques nouvelles et existantes (cf. **www.chemicalsubstances.gc.ca**). Même si de telles politiques de SST demeurent d'une importance capitale, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, les faits probants semblent indiquer qu'il est nécessaire d'en étendre la portée pour y inclure le stress professionnel et les comportements qui nuisent à la santé. L'exemple du Royaume-Uni (Encadré 7.8) montre comment les employeurs travaillant de concert avec les syndicats des travailleurs peuvent élaborer des normes relatives au milieu de travail en vertu desquelles l'environnement psychosocial devient légitimement une partie intégrante des conditions de travail.

Par la garantie de pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes, les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs peuvent contribuer à éradiquer la pauvreté, à atténuer les inégalités sociales, à limiter l'exposition aux risques physiques et psychosociaux et à créer des conditions plus propices à la santé et au bien-être. En outre, une main-d'oeuvre en bonne santé est plus productive.

ENCADRE 7.8 : ACTION A L'ECHELLE NATIONALE POUR RESOUDRE LES PROBLEMES LIES AU STRESS PROFESSIONNEL

Le stress professionnel est l'une des principales priorités de la Commission santé et sécurité (« Health and Safety Commission », HSC) dans le cadre de la stratégie 2000 de la santé au travail au Royaume-Uni : Revitaliser la santé et la sécurité, qui s'est donné pour objectifs d'ici 2010 des réductions de 30% de l'incidence du temps de travail perdu suite aux maladies ou accidents professionnels ; de 20% de l'incidence des personnes en mauvaise santé à cause de leur travail ; et de 10% de la fréquence des accidents professionnels mortels et graves.

En 2004, le Health and Safety Executive – HSE (bureau britannique pour la santé et la sécurité) a mis en place des normes de gestion du stress professionnel. Ces normes couvrent six agents stressants en milieu de travail: demande, contrôle, soutien, relation interpersonnelle, rôle et changement. Un outil d'évaluation des risques a été mis à disposition en même temps que les normes de gestion; il comprend 35 points relatifs aux conditions de travail couvrant les six agents stressants du milieu du travail. Les normes de gestion du HSE ont adopté une approche axée sur la population pour résoudre les problèmes liés au stress en milieu de travail, et ce afin de réduire l'impact des agents stressants sur le plan organisationnel plutôt que de se limiter à identifier les employés qui souffrent, à titre individuel, d'un stress élevé. Au lieu de déterminer les critères de référence des conditions de travail acceptables sur le plan psychosocial que les employeurs doivent respecter, ces normes fixent des objectifs souhaités que les organisations peuvent tenter d'atteindre.

Les normes de gestion ne sont pas une nouvelle loi en tant que telles mais elles sont susceptibles de venir en aide aux employeurs pour qu'ils accomplissent leur devoir légal conformément aux réglementations de la gestion de la santé et de la sécurité au travail de 1999 pour évaluer les risques encourus à cause d'activités professionnelles qui sont à l'origine d'un mauvais état de santé lié au stress.

Dans le cadre de l'exécution du programme qui s'étend sur trois ans, le HSE a activement mis en œuvre, en 2006-2007, des normes de gestion dans 1 000 lieux de travail en assurant le soutien nécessaire pour entreprendre des évaluations de risque et apporter des changements tout en se basant sur les résultats de ces évaluations. Les évaluations menées sur les lieux de travail conformément aux normes de gestion ont été principalement, et jusqu'à nouvel ordre, d'ordre qualitatif, et des études de cas sur les bonnes pratiques sont disponibles sur le site du HSE (**www.hse.gov.uk/stress**). Une enquête nationale de surveillance a été menée en 2004 avant l'application des normes de gestion afin de constituer une base de référence qui servira ultérieurement pour observer l'évolution des conditions psychosociales au travail.

Source: EMCONET, 2007

CHAPITRE 8

Protection sociale tout au long de l'existence

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Article 25(a) de la Déclaration Universelle des droits de l'homme (UN, 1948)

RAPPORT ENTRE PROTECTION SOCIALE ET SANTE

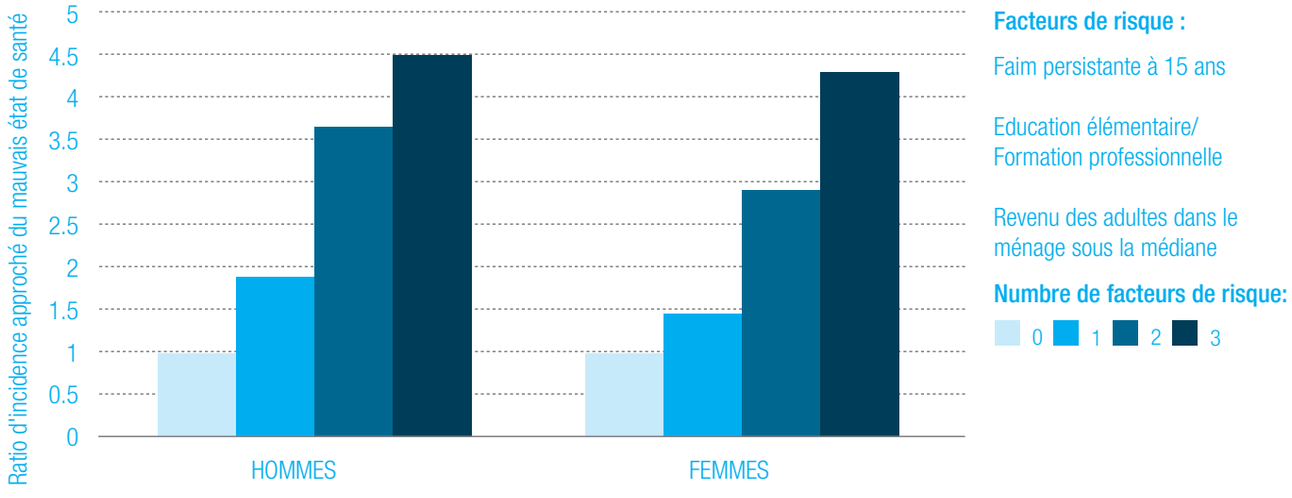
A l'échelle mondiale, quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas de la sécurité sociale de base (ILO, 2003). L'extension de la protection sociale à tous, dans les pays et à l'échelle mondiale, sera un pas décisif vers l'instauration de l'équité en santé en l'espace d'une génération. Ce n'est pas seulement une question de justice sociale car les systèmes de protection sociale peuvent aussi aider à atteindre les objectifs de développement au lieu de dépendre de leur réalisation (McKinnon, 2007).

Les systèmes de protection sociale peuvent assurer un large éventail de services et de prestations, dont la sécurité du revenu de base, ainsi que le droit à des prestations non productives de revenus, à l'instar de la nourriture et d'autres besoins fondamentaux, et à des services tels que les soins de santé et l'éducation (Van Ginneken, 2003) et à la protection et aux prestations liées au travail telles que le congé maternité, le congé payé et la garde d'enfants. Nous nous concentrons, dans ce chapitre, sur l'aide sociale. En effet, l'aide sociale assure habituellement une protection dans des périodes de la vie au cours desquelles les individus sont les plus vulnérables (comme les enfants, quand ils ont besoin de soins, et les vieux) et suite à des événements ou accidents particuliers tels que le chômage, la maladie, l'incapacité et la perte du pourvoyeur principal du revenu familial. Le chapitre 7 (*Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*) passe en revue les prestations dans le domaine de la protection sociale et relatives à l'emploi alors que les chapitres 5 et 9 (*L'équité dès le départ ; Soins de santé universels*) examinent la fourniture de, et l'accès à, une éducation de qualité et des soins de santé.

Importance de la protection sociale tout au long de l'existence

La pauvreté et un niveau de vie bas sont des déterminants importants de la mauvaise santé et des inégalités en santé. Ils ont d'importantes retombées sur le parcours de la vie et sur le développement du jeune enfant, entre autres, et ce en raison des conditions de vie difficiles, du manque des commodités de base, de l'entourage dangereux, du stress parental et de l'absence de sécurité alimentaire. La pauvreté de l'enfant et la transmission de la pauvreté de génération en génération sont d'importants obstacles à l'amélioration de la santé de la population et au nivellement des inégalités en santé (cf.

Figure 8.1 Mauvaise perception de la santé chez les plus de 50 ans et accumulation des facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence chez les hommes et femmes russes en 2002.



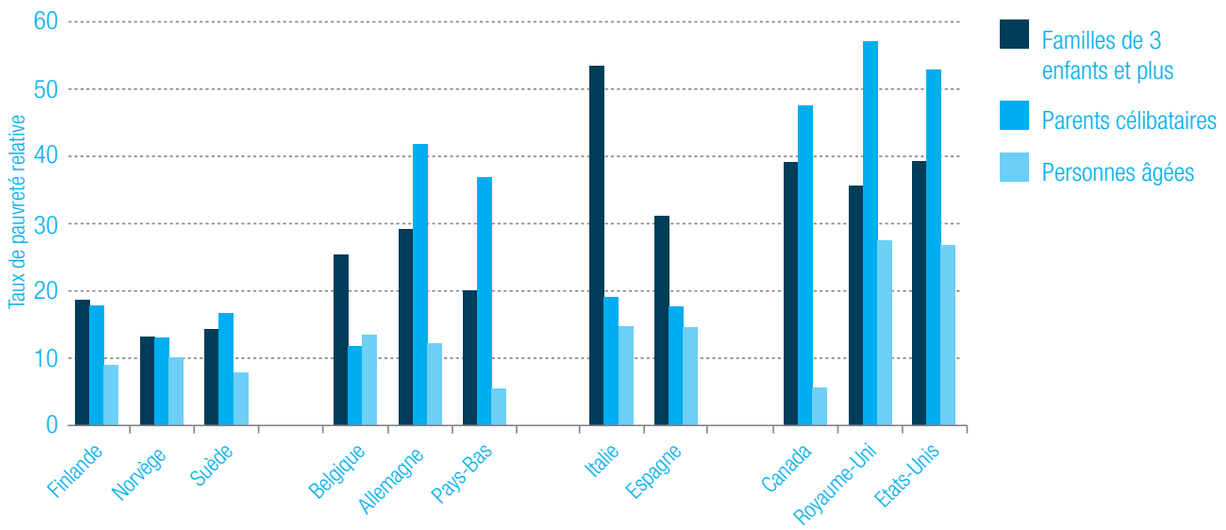
Source: Nicholson et al., 2005

Chapitre 5 : *L'équité dès le départ*). L'influence des niveaux de vie sur le parcours de la vie est visible, par exemple, dans l'impact qu'exercent les facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence sur la perception de la santé chez les personnes âgées de plus de 50 ans (Fig. 8.1).

Les systèmes de protection sociale fonctionnant par redistribution ainsi que les possibilités offertes sur le marché de l'emploi permettant de gagner correctement sa vie exercent une influence sur les niveaux de pauvreté (Lundberg et al., 2007). Quoique les faits probants sur l'impact de ces systèmes ne proviennent que des pays à revenu élevé, où les données sont disponibles et les politiques mises en œuvre, il n'en demeure pas moins que les effets potentiels des politiques de protection sociale y sont perceptibles à grande échelle. Par exemple, dans les pays scandinaves, les taux de pauvreté avec impôts et transferts sont substantiellement plus bas que ceux du Canada, du Royaume-Uni et des Etats-Unis (quoiqu'ils soient similaires sans taxes et transferts) (cf. Fig. 3.2, Chapitre 3). Si l'on compare les niveaux de pauvreté dans les groupes vulnérables l'on remarque que les disparités entre les pays en termes de prévalence de la pauvreté sont encore plus prononcées. Comme le montre la figure 8.2, les taux de pauvreté relative chez les parents célibataires, les familles de 3 enfants et plus et les individus âgés de plus de 65 ans dans les pays scandinaves sont pratiquement bas. Il serait important d'insister sur le fait que la différence n'est pas simplement due à la redistribution pratiquée par l'Etat providence mais aux effets encore plus indirects du régime d'Etat providence, notamment la possibilité accordée au citoyen de mener une vie saine sur le marché du travail. Les systèmes de sécurité sociale sont vitaux ; il en est de même pour le revenu minimum suffisant pour mener une vie saine et pour garantir la protection des travailleurs (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Les populations dans les pays qui offrent une protection sociale plus généreuse ont tendance à jouir d'un meilleur état de santé, du moins dans les pays à revenu élevé où les bases factuelles sont disponibles (Lundberg et al., 2007). Ainsi, des politiques familiales plus généreuses sont, par exemple, associées à un taux de mortalité infantile moindre (Fig. 8.3). De même, les pays qui offrent une plus grande couverture sociale et sont plus généreux en matière de pension de retraite, d'assurance-maladie, d'assurance-chômage et d'assurance accident de travail (toutes ensemble) ont une espérance de vie à la naissance plus élevée alors que les pays qui disposent de systèmes de pension plus généreux ont tendance à avoir un taux de mortalité sénile moindre (Lundberg et al., 2007). Cependant, les données relatives à la corrélation existante entre l'ampleur des inégalités dans les différents pays et les politiques de protection sociale demeurent rares, d'où la nécessité d'œuvrer pour rassembler des données comparables à ce sujet. Les données existantes sur les pays à revenu élevé montrent qu'au moment où les inégalités en termes de mortalité relative ne sont pas moins élevées dans les pays dotés de systèmes de protection sociale universelle plus généreuse, le taux de mortalité absolue dans les couches défavorisées semble, quant à lui, moindre (Lundberg et al., 2007).

Figure 8.2 Taux de pauvreté relative dans trois « catégories de risque social » dans 11 pays, vers 2000.



Seuil de pauvreté = 60% du revenu disponible d'équivalence médian. Echelle d'équivalence ; échelle OCDE.
Source des données : Luxembourg Income Study - LIS (Etude de Luxembourg sur le revenu).
Réimprimé avec l'autorisation des auteurs, tiré de Lundberg et al. (2007).

Protection dans la vie active

Un nombre plus important d'individus dans le monde seront protégés s'ils perçoivent un salaire décent, des protections et prestations liées au travail, dont les indemnités en cas d'incapacité, d'accident de travail et de maladie professionnelle, ainsi que le congé de maternité et les pensions de retraite (EMCONET, 2007). Cependant, une petite partie de la population active dans le monde jouit d'une telle protection. Par exemple, la plupart des travailleurs ne perçoivent aucun revenu s'ils s'absentent en cas de maladie. Les travailleurs qui souffrent d'incapacité à long terme pourraient aussi perdre des compétences essentielles et partant, faire face à des difficultés lorsqu'ils décident de rechercher du travail ultérieurement voire de poursuivre le travail pour lequel ils ont été formés. De même, les changements dans la composition de la population active, avec une proportion croissante de femmes qui travaillent souvent dans des emplois précaires et dans le secteur non structuré où elles sont privées de protection sociale, mettent en évidence l'importance de la protection sociale universelle (EMCONET, 2007;WGEKN, 2007).

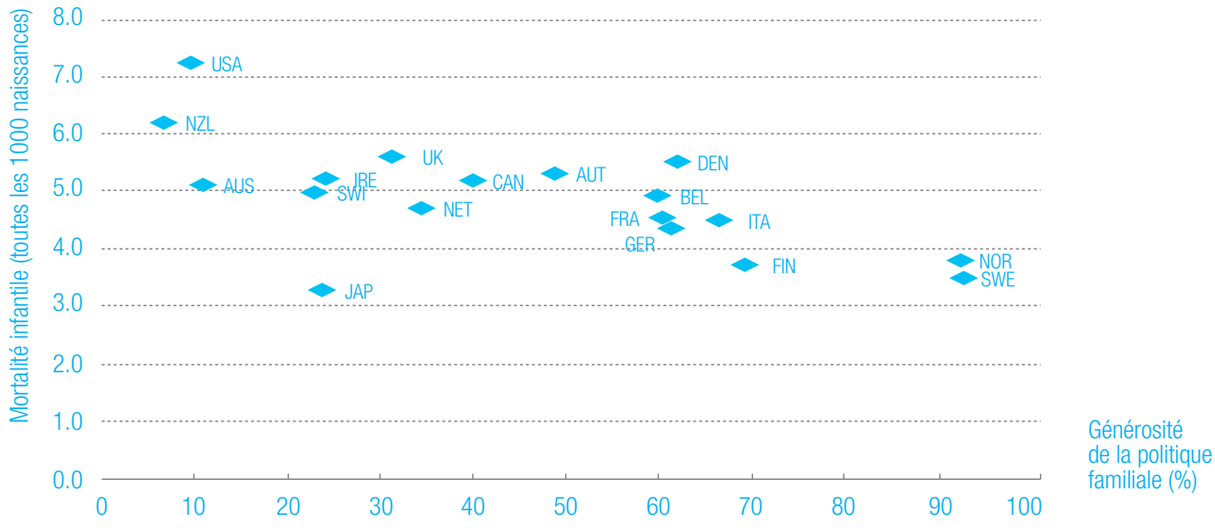
Vulnérabilité et personnes âgées

Le vieillissement de la population mondiale rend la satisfaction des besoins en matière de sécurité sociale un défi de plus en plus difficile à relever. Dans les prochaines 45 années, la population mondiale âgée de 60 ans et plus triplera. D'ici 2050, un tiers de la population européenne atteindra l'âge de 60 ans et plus (UNDESA, Population Division, 2006). Dans les pays à revenu faible et moyen, la proportion des personnes âgées évolue encore plus rapidement que dans les pays à revenu élevé. Dans ces pays, les régimes de retraite contributifs sont peu importants puisqu'une grande partie de la population travaille dans le secteur non structuré. En Afrique sub-saharienne et en Asie méridionale, moins de 19% des personnes âgées bénéficient d'un régime de retraite contributif (HelpAge International, 2006a). En parallèle, dans plusieurs de ces pays, les systèmes traditionnels de sécurité sociale deviennent de moins en moins efficaces (McKinnon, 2007). Les familles deviennent plus petites et les personnes âgées pourraient, par exemple, se retrouver sans enfant adulte encore en vie ou sans enfants désirant s'occuper d'elles ou étant en mesure de le faire, et ce en raison de la migration des zones rurales vers les zones urbaines. Les personnes âgées, notamment les grand-mères, assument souvent de lourdes tâches supplémentaires, comme par exemple, la prise en charge des enfants orphelins à cause du VIH/SIDA (McKinnon, 2007). Les femmes âgées sont souvent les plus durement touchées. Même s'il a été prouvé que les veufs sont moins capables de se prendre en charge et de gérer leur propre vie que les veuves, le nombre absolu de veufs a tendance à augmenter. La rude épreuve du veuvage se manifeste quand l'effet cumulateur de la position économique inférieure des femmes tout au long de leur existence se fait sentir. Les veuves ont tendance à être plus pauvres, accusant des taux plus élevés d'appauvrissement et de dénuement, que les veufs et que plusieurs autres couches de la population (WGEKN, 2007). A noter qu'un certain nombre de pays à revenu faible et moyen, dont ceux du continent africain, ont commencé à mettre en place des régimes de pension sociale.

Protection sociale dans un monde globalisé

Les régimes de pension sociale doivent être créés en tant que droit social pour tous les citoyens. Cependant, de plus en plus de personnes ne sont plus rattachées à un pays compte tenu de leur statut de migrants internationaux, de demandeurs d'asile ou de réfugiés. Les donateurs, les autorités locales et les organisations internationales doivent déployer des efforts concertés, sous la

Figure 8.3: Générosité de la politique familiale et pauvreté de l'enfant dans 20 pays, vers 2000



Transferts sociaux nets en pourcentage du salaire net moyen d'un ouvrier de fabrication. La mortalité infantile est exprimée en décès par 1000 naissances vivantes.
AUS = Australie; AUT = Autriche; BEL = Belgique; CAN = Canada; FIN = Finlande; FRA = France;
GER = Allemagne; IRE = Irlande; ITA = Italie; NET = Pays-Bas; NOR = Norvège;
SWE = Suède; SWI = Suisse; UK = Royaume-Uni; USA = Etats-Unis d'Amérique.
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Lundberg et al. (2007).

houlette du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR), de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), pour élaborer des solutions réalistes à ce problème qui s'aggrave.

La protection sociale est un moyen important pour atténuer certains effets négatifs de la mondialisation (Van Ginneken, 2003), tels que l'insécurité économique liée à la libéralisation des échanges et les chocs économiques à grande échelle (GKN, 2007; Blouin et al., 2007). Pour se soumettre aux conditions imposées pour intégrer le marché, les pays pauvres, en particulier, perdent d'importantes sources de revenus publics (GKN, 2007), ce qui met en doute l'impartialité du mode de financement mondial des ressources publiques des pays à revenu faible (cf. Chapitres 12 et 15 : *Responsabilité du marché ; Bonne gouvernance mondiale*). Même si la libéralisation des échanges et la compétition fiscale peuvent saper la capacité et/ou la volonté des instances gouvernementales de renforcer les systèmes de protection sociale universelle, ceci ne s'applique pas à l'échelle mondiale. En effet, certains pays de l'Asie orientale ont renforcé leurs politiques de protection sociale quand ils ont dû faire face à un déclin économique (Encadré 8.1). Les ressources disponibles pourraient être davantage réduites en raison de la libéralisation des échanges et de la compétition fiscale (GKN, 2007).

Il y a beaucoup à faire pour protéger les populations et les soutenir afin qu'elles soient en mesure de mener une vie prospère. Les politiques de protection sociale, notamment celles qui assurent la protection du revenu, peuvent être une source importante, voire la seule source de revenu monétaire dans beaucoup de ménages, tant dans les pays pauvres que dans les pays riches. Dans les pays pauvres, les rentrées d'argent même minimes assurées régulièrement peuvent avoir un effet positif important pour assurer le bien-être des populations et peuvent aider à combattre l'exclusion sociale (McKinnon, 2007). Il a été prouvé que la redistribution des revenus, à travers les impôts et les transferts – ces derniers étant essentiels pour assurer la protection sociale – contribue plus à résorber la pauvreté que la croissance économique seule (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a). Si l'insuffisance des infrastructures institutionnelles reste un écueil important dans beaucoup de pays, l'expérience montre qu'on peut entreprendre d'ériger un système de protection sociale dans différentes parties du monde, même dans les pays à faible revenu (McKinnon, 2007).

ACTION VERS UNE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE

La Commission recommande que :

8.1 Les instances gouvernementales érigent des systèmes de protection sociale et en augmentent progressivement la générosité jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Systèmes de protection sociale tout au long de l'existence

Il est essentiel pour sauvegarder la santé de la population, en général, et celle des groupes défavorisés socio-économiquement, en particulier, d'ériger des systèmes de protection sociale à portée universelle. L'universalité suppose que tous les citoyens jouissent de droits égaux au regard de la protection sociale. En d'autres termes, la protection sociale est un droit social (Marshall, 1950), et non pas une faveur accordée aux pauvres par pitié (Lundberg et al. 2007). Les approches universelles sont

ENCADRE 8.1 : RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE EN CAS DE CRISE ECONOMIQUE – LE CAS DE LA REPUBLIQUE DE COREE

Avant la crise économique, la République de Corée (Corée du Sud) disposait déjà d'un système de protection sociale qui était de loin plus avancé que celui des autres pays de l'Asie orientale. Pour faire face aux taux croissants de chômage suite à la crise économique, la Commission tripartite (entreprises – main d'œuvre – pouvoirs publics) a élaboré une loi en vertu de laquelle l'assurance-chômage couvre tous les groupes de la population active. L'adhésion à ce programme de protection des moyens d'existence (Temporary Livelihood Protection Program) offre quatre principaux avantages sociaux aux personnes qui viennent de perdre leur emploi : paiement direct en espèces (70$ US/mois), exemption des droits de scolarité et subvention des repas pour les enfants scolarisés et 50% de réduction sur les primes d'assurance médicale pour une durée de un an. Le succès de ce programme ainsi que le rôle important qu'il a joué pour amortir les effets du choc économique ont été concrétisés dans la Loi de garantie du niveau de vie (Living standards Security Act) votée en 2000. Cette loi a remplacé (voire intégré) le programme précédent et y a prévu des subventions pour la nourriture, les vêtements, le logement, l'éducation et les soins de santé, et ce par des paiements en espèces ou en nature versés aux ménages qui ne satisfont pas aux conditions de base. S'y ajoutent des prestations offertes suite à la participation aux programmes du travail tels que les travaux publics et la formation professionnelle.

Source : Blouin et al., 2007

PROTECTION SOCIALE : CHAMP D'ACTION 8.1

Elaborer et renforcer des politiques de protection sociale universelle et globale qui assurent un niveau de revenu suffisant pour garantir une vie saine pour tous.

importantes pour sauvegarder la dignité et le respect de soi de tous ceux qui ont le plus besoin de la protection sociale. Etant donné que tout le monde en bénéficie, et non pas un seul groupe qui fait l'objet d'un traitement spécial, il est possible que les systèmes de protection sociale universelle puissent consolider la cohésion sociale (Townsend, 2007) et l'inclusion sociale (SEKN, 2007), comme ils pourraient être politiquement plus acceptables. C'est en intégrant les classes moyennes grâce aux programmes universels qu'il est possible d'encourager de larges pans de la population à payer les impôts nécessaires pour soutenir les politiques universelles et généreuses (Lundberg et al. 2007). Le budget consacré à la protection sociale a tendance à être plus important, voire peut-être plus stable, dans les pays qui ont un système de protection universelle ; la pauvreté et les disparités de revenus y sont également moins criantes que dans les pays où le système vise les couches défavorisées (Korpi & Palme, 1988). Les systèmes de protection sociale universelle peuvent être financés par les impôts ou par les cotisations sociales ou par les deux à la fois.

Enfants

Les systèmes de protection sociale universelle doivent protéger tout le monde tout au long de l'existence – au stade de l'enfance, dans la vie active et à un âge avancé. Les femmes et les enfants sont souvent les moins protégés de la population. Les femmes assurent la plus grande partie du travail dans le monde et assument leur rôle de reproduction, mais dans la plupart des pays, elles travaillent jusqu'au moment de l'accouchement, sans pour autant avoir droit au congé de maternité ou aux avantages sociaux. Pour résoudre le problème de la pauvreté infantile, il est bien évidemment nécessaire de prendre des mesures fermes de protection sociale qui feront partie d'un ensemble plus large de politiques qui assurent la sauvegarde et la promotion d'un niveau de vie sain et de l'inclusion sociale de ces femmes dispensatrices de soins, y compris la protection et les droits du travail, le salaire minimum, la garde d'enfants et la possibilité de bénéficier d'un horaire flexible. L'encadré 8.2 décrit une stratégie destinée à l'éradication de la pauvreté infantile mise en place au Royaume-Uni et qui met en jeu certains de ces éléments.

Personnes en âge de travailler

La Commission insiste sur la nécessité d'assurer une protection contre toutes les répercussions financières résultant de l'incapacité de travailler et de la perte d'un emploi en assurant aux populations les moyens de mener une vie saine et prospère. Pour ce faire, les instances gouvernementales doivent, en coordination avec les employeurs, élaborer des plans pour offrir des prestations en cas de chômage, de maladie ou d'incapacité. Il faut aussi satisfaire les besoins des personnes souffrant d'incapacité et combattre toute discrimination pratiquée à leur égard par les employeurs. De plus, il faut prévoir la résolution des problèmes de santé physique et morale, y compris la toxicomanie, qui empêchent la recherche d'un emploi ou son maintien. Il faut enfin accorder aux personnes la chance de compléter leur éducation et de poursuivre leur formation tout au long de leur existence afin qu'ils restent à la hauteur des exigences en perpétuel changement du marché du travail (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les mesures de protection sociale destinées à ceux qui ne perçoivent pas de salaire peuvent revêtir différentes formes. Dans l'Union Européenne, par exemple, une grande partie des prestations sociales comprend des avantages censés remplacer ou compléter les rentrées que les individus ne peuvent pas obtenir sur le marché du travail pour des raisons temporaires ou plus durables. Les plans de remplacement du revenu se présentent souvent sous trois formes différentes de prestations : des prestations d'assurance-chômage (basées sur les revenus précédents), une assistance chômage et des prestations minimales garanties. Certains pays, à l'instar de l'Inde et de l'Afrique du Sud, ont élaboré des plans de garantie de l'emploi (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Personnes âgées

Les pensions sociales universelles sont une composante importante de tout système de protection sociale. Elles peuvent améliorer le niveau de vie des personnes âgées. Les pensions sociales peuvent élever le statut social des personnes âgées au sein des ménages, promouvoir l'inclusion sociale et l'autonomisation et améliorer l'accès aux services. De plus, elles peuvent favoriser l'égalité entre les sexes, étant donné que les femmes ont tendance à vivre plus longtemps et ne disposent pas, souvent, de ressources matérielles ni de rentes contributives. Les systèmes de pension sociale peuvent aussi, et ce surtout dans les pays à revenu faible, améliorer le bien-être des autres membres de la famille, y compris les enfants : le revenu supplémentaire permettrait, par exemple, d'améliorer les conditions de scolarisation et d'alimentation dans le ménage qui en profite (McKinnon, 2007). Par conséquent, une pension sociale peut contribuer à rompre le cycle de transmission de la pauvreté de génération en génération. En effet, plusieurs pays à revenu faible et moyen ont déjà mis au point des plans de pension sociale (Encadré 8.3).

ENCADRE 8.2 : STRATEGIE NATIONALE POUR L'ERADICATION DE LA PAUVRETE INFANTILE AU ROYAUME-UNI DE GRANDE BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

La stratégie nationale pour l'éradication de la pauvreté infantile, mise en place en 1997, comprend quatre moyens d'action : assurer le support financier aux familles, accorder des opportunités et offrir un soutien dans le domaine de l'emploi, affronter les difficultés matérielles par la promotion de l'inclusion financière et l'amélioration des conditions de logement et investir dans les services publics. La stratégie comprend des approches tant universelles que ciblées. Dans les dix-huit ans qui ont précédé l'accession du nouveau gouvernement travailliste au pouvoir, le nombre des enfants vivant dans des conditions de pauvreté relative au Royaume-Uni avait triplé pour atteindre le pourcentage de 43% soit 4,3 millions d'enfants – le troisième taux le plus élevé dans le monde industrialisé. La réduction du taux de pauvreté grâce à cette stratégie semble limitée, jusqu'à nouvel ordre, mais elle s'avère substantielle en termes absolus.

Source: SEKN, 2007

Elaborer, mettre en œuvre et évaluer des projets pilotes

Traiter la question de l'équité en santé dans le cadre des déterminants sociaux est un investissement à long terme. Il est impossible de s'attendre à ce que les pays à revenu faible et moyen mettent en œuvre un ensemble exhaustif de politiques de protection sociale universelle du jour au lendemain. Cependant, il est possible de développer progressivement ces systèmes en élaborant et en mettant en œuvre des projets pilotes. Plusieurs pays à revenu faible et moyen commencent à mettre en pratique les programmes de protection sociale. Ceux-là comprennent des plans de pension sociale et des programmes de transfert en espèces. Ces derniers ont été surtout mis en place en Amérique latine (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008) et dans plusieurs pays africains (Bhorat, 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007b). L'évaluation du processus et de ses effets est plutôt rarement pratiquée mais elle est décisive pour garantir le succès de toute mise en œuvre des projets pilotes à l'échelle nationale (McKinnon, 2007). Le programme Oportunidades, mis sur pied au Mexique, en est un exemple. En effet, ce programme de transfert en espèces (ciblé) a été efficacement évalué à travers des soins prodigués au hasard et par le recours à des groupes de contrôle (Encadré 8.6).

Les projets pilotes réussis peuvent être progressivement mis en œuvre à l'échelle nationale, en commençant, par exemple, par les régions les plus défavorisées. Le développement durable et la mise en œuvre de plans de protection sociale réussissent le plus quand ils sont intégrés dans les structures institutionnelles existantes (McKinnon, 2007).

Au Lesotho, par exemple, les pensions sont versées par l'intermédiaire du réseau postal qui dessert tout le pays (Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005).

Il est certain que la mise en œuvre des programmes de protection sociale à l'échelle nationale dépend de la capacité fiscale et de l'infrastructure institutionnelle. Ainsi, l'absence des infrastructures institutionnelles et de la capacité financière dans beaucoup de pays à revenu faible impose des limites strictes aux programmes visant à l'extension de la protection sociale (SEKN, 2007). Les donateurs et les organisations internationales, y compris l'OIT, ont un rôle important à jouer pour le renforcement des capacités en matière de protection sociale dans ces pays. L'instauration des systèmes de protection sociale universelle nécessitera des changements dans l'économie mondiale et dans les politiques économiques nationales, afin de permettre à tous les pays d'atteindre un niveau de développement qui rendra ce projet possible et durable à long terme (cf. Chapitres 11 et 15 : *Financement équitable ; Bonne gouvernance mondiale*).

Une fois que ces systèmes sont mis sur pied, la mise en application revêt une grande importance. Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle important en aidant la population à prendre conscience de leurs droits à revendiquer la protection sociale et à en tirer profit (HelpAge International, 2006a) (Encadré 8.4). Elles ont aussi un rôle important à assumer en plaçant la sécurité sociale parmi les priorités de l'agenda politique et veiller à ce qu'elle le reste et en contrôlant les progrès accomplis par les pouvoirs publics par rapport aux engagements pris en matière de protection sociale (HelpAge International, 2006a).

ENCADRE 8.3 : PENSION SOCIALE UNIVERSELLE – BOLIVIE

En Bolivie, 59% des personnes âgées vivent avec moins de 1$US par jour. Un seul versement annuel de 1800 bolivianos (217 $US) est accordé à tous les citoyens boliviens résidents de plus de 65 ans. Les bénéficiaires encaissent cette somme versée une fois annuellement en espèces auprès des banques affiliées qui se trouvent généralement dans des régions urbaines. Cette rente de retraite constitue 1,3 % du PIB. La moitié des bénéficiaires ont déclaré que cette pension sociale était leur seule source de revenu. Elle sert généralement à couvrir les dépenses du ménage, et aussi à acheter les médicaments de base. De plus, cette pension assure aux personnes âgées un capital qu'ils peuvent investir dans des activités génératrices de revenus ou au profit des plus jeunes. Cette pension n'a pas uniquement une valeur financière mais elle a aussi une valeur sociale, car elle consolide leur statut au sein de la famille.

En 2004, 77% des personnes éligibles à en profiter ont revendiqué leur droit. Cependant, cette couverture sociale est particulièrement insuffisante chez les femmes. Malheureusement, elles en ont le plus besoin. L'un des problèmes qui se pose est celui de la nécessité de produire des documents d'identification pour y souscrire au moment où 16% des personnes éligibles à ce plan de pension n'ont pas les papiers d'identité requis, et partant ne peuvent prouver leur éligibilité. Plusieurs personnes âgées dans les communautés rurales n'ont jamais détenu d'actes de naissance. HelpAge International, qui est une ONG, assure le soutien aux centres socio-juridiques à La Paz et El Alto qui aident les personnes âgées à obtenir un acte de naissance du Bureau gouvernemental d'enregistrement afin qu'elles soient en mesure de bénéficier de ladite pension.

Reproduit, avec des modifications éditoriales mineures, avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de HelpAge International (2006a).

ENCADRE 8.4 : PROMOTION DE LA RESPONSABILISATION VIS-A-VIS DES PERSONNES AGEES ET ALLOCATION DE PENSIONS – BANGLADESH

« Au Bangladesh, le Resource Integration Centre (centre d'intégration de ressources), une ONG, a collaboré avec les personnes âgées dans 80 villages pour former des associations, qui ont élu des groupes de surveillance des droits des personnes âgées – les allocations aux personnes âgées, les allocations aux veuves et l'accès aux services de santé. Ils ont remarqué que le nombre des personnes qui bénéficiaient des droits à des prestations était nettement inférieur à celles qui étaient éligibles – moins de 1 sur 10 dans une seule région. Les associations des personnes âgées ont tenu des réunions régulières avec les autorités gouvernementales locales pour aider les gens à revendiquer leur droit à la pension ; par conséquent, le nombre des pensions allouées a quintuplé et les banques ont amélioré les procédures à suivre pour mieux servir les personnes âgées. »

Reproduit, avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de HelpAge International (2006a).

Générosité des systèmes de protection sociale

La santé et l'équité en santé ne sont pas seulement influencées par leur degré d'universalité, mais aussi par le degré de générosité des politiques de protection sociale (Lundberg et al., 2007). Les pouvoirs publics sont encouragés à augmenter progressivement la générosité des systèmes de protection sociale jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine. En parallèle, les salaires minimum doivent aussi être suffisants pour assurer une vie saine (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*), de telle sorte que les politiques de protection sociale et de travail se complètent.

Des méthodes permettent de calculer le coût minimum d'une vie saine. Une méthode, proposée par Morris et al. (2007) (Encadré 8.5), établit un budget standard basé sur un panier de produits de base considérés essentiels pour une vie saine. Quoique le montant nécessaire pour une vie saine dépende du contexte, une telle méthode, ou toute méthode similaire, pourrait être adaptée à tous les pays et utilisée pour déterminer les niveaux du salaire minimum et des prestations d'aide sociale.

Les pays à revenu faible disposent généralement de ressources financières limitées pour financer les programmes de protection sociale et d'une capacité restreinte pour collecter les fonds, étant donné qu'une grande partie de leur économie est informelle et/ou est dépendante de l'agriculture de subsistance. Les ressources disponibles pourraient être davantage réduites en raison de la libéralisation des échanges et la compétition fiscale (GKN, 2007). Les contraintes en matière de ressources sont souvent susceptibles de limiter la générosité des systèmes de protection sociale dans les pays à revenu faible. En effet, les avantages sociaux obtenus des plans universels existants dans les pays à revenu faible et moyen sont souvent (très) minimes (cf. Tableau 8.1). Toutefois, même si la somme allouée est insuffisante et nécessite une augmentation progressive, aussi minime soit-elle et quitte à ce qu'elle soit versée sur une base régulière, elle peut faire vraiment la différence en termes de bien-être dans les pays pauvres. (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). Les pays à revenu faible et moyen peuvent accroître progressivement la générosité de leur système afin d'atteindre un niveau suffisant pour garantir une vie saine, et ce en assurant graduellement la protection contre un ensemble plus étendu de risques, avec le concours des donateurs si nécessaire.

Ciblage

La Commission recommande que :

8.2 Les instances gouvernementales aient recours au ciblage seulement quand il s'agit d'assurer un soutien à ceux qui échappent au filet des systèmes universels, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Quoique beaucoup de pays aient tendance à cibler les plus défavorisés dans leurs programmes de protection sociale, il n'en demeure pas moins que le fait d'ériger des systèmes de protection universelle est très justifiable, même dans les pays pauvres. Les approches universelles en matière de protection sociale ont tendance à être plus efficaces que les approches qui ciblent les pauvres. Le ciblage est souvent coûteux et difficile à appliquer sur le plan administratif (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007); les systèmes universels requièrent moins de capacités administratives et d'infrastructures institutionnelles. Ceci revêt une importance capitale dans des contextes où une telle capacité et une telle infrastructure s'avèrent être les limites les plus contraignantes (à supposer que les donateurs contribuent aux coûts financiers voire les couvrent). Dans la plupart des pays pauvres, les fuites vers les riches coûtent moins cher que l'examen des moyens d'existence (World Bank, 1997). De plus, le ciblage ne donne pas souvent les résultats escomptés. Il pourrait, par exemple, exclure ceux qui se trouvent juste au-dessus du seuil de pauvreté (McKinnon, 2007). Parmi les problèmes qui se posent, force est de constater le faible nombre des personnes éligibles qui en tirent profit ainsi que les irrégularités dues à la complexité des systèmes administratifs nécessaires pour surveiller le respect des conditions, ce qui aboutit à des paiements irréguliers/erronés et à plus de pratiques frauduleuses (HelpAge International, 2006a; SEKN, 2007). De surcroît, l'expérience montre que la forme que revêtent les systèmes de protection sociale, qu'ils soient universels ou ciblés, a tendance à dépendre de la structure du système au départ : les pays qui commencent avec des systèmes ciblés ont tendance à suivre la même voie (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001). Pour ces raisons, il est préférable d'ériger des systèmes de protection universelle dès le départ.

Malgré ces inconvénients importants, les transferts en espèces sous conditions de ressources ou ciblés peuvent avoir des effets positifs significatifs sur la réduction de la pauvreté, le niveau de vie et les résultats obtenus en matière de santé et d'éducation. Oportunidades, le programme de transfert en espèces assorti de conditions au Mexique, par exemple, utilise une gamme de moyens de ciblage qui prend en considération la situation géographique et la situation du ménage et il a produit d'importants effets sur la santé (Encadré 8.6). Les programmes spécifiques basés sur l'examen des moyens d'existence vont souvent se poursuivre pour compléter les programmes à portée universelle (Lundberg et al., 2007). Il est conseillé de recourir au ciblage uniquement quand il faut assurer un soutien à ceux qui échappent au filet des systèmes universels (Lundberg et al., 2007; SEKN, 2007).

ENCADRE 8.5 : REVENU MINIMUM POUR UNE VIE SAINE

Le coût de la vie des célibataires indépendants de plus de 65 ans ne souffrant pas d'incapacité importante et vivant en Angleterre a fait l'objet d'une estimation. La valeur du panier des produits de base considérés essentiels pour une vie quotidienne saine a été fixée selon des preuves consensuelles. Ce panier comprend la nourriture et les activités physiques, le logement, le transport, les soins de santé et l'hygiène ainsi que les frais en relation avec les relations psychosociales/l'inclusion sociale (tels que les frais des appels téléphoniques, des journaux et des petits cadeaux offerts aux petits-enfants ou à d'autres personnes). Le coût total a été considéré comme un indicateur du revenu disponible de base qui est devenu désormais nécessaire pour jouir d'une bonne santé. Le coût minimum d'une vie saine pour cette tranche de la population a été estimé à 131,00 £/semaine (selon les prix en cours en Angleterre en avril 2007). Cette somme est de loin plus élevée que la pension publique de 87,30 £ allouée aux célibataires en avril 2000 et le crédit de pension de 119,05 £ (versé sous conditions de ressources).

Source : Morris et al., 2007

Au sein des systèmes de protection sociale universelle, les conditions posées servent souvent à stimuler certains comportements tels que l'utilisation des services de soins de santé et d'éducation. L'exemple de Oportunidades en est aussi une illustration. Des programmes de transfert en espèces sont appliqués dans plusieurs pays, dont le Brésil et la Colombie, et dans la ville à revenu élevé de New York (Office of the Mayor, 2007). Il en va de même, par exemple, des prestations en cas de chômage, d'incapacité et de maladie qui ne sont versées qu'à condition de s'inscrire à des programmes qui aident à rechercher un emploi. Ces conditions dépendent d'ailleurs de la disponibilité des emplois, en fonction du potentiel des personnes, qui assurent une sécurité à long terme grâce à un salaire qui est tout au moins suffisant pour mener une vie saine (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Même si de tels programmes peuvent avoir des conséquences positives (sur la santé), il n'en demeure pas moins qu'il est impossible de prouver la valeur ajoutée intrinsèque de ces conditions (SEKN, 2007). En effet, un programme de transfert en espèces en Equateur a produit des effets positifs sur le développement physique, socio-émotionnel et cognitif des enfants, même en l'absence de conditions (Paxson & Schady, 2007).

Rendre les systèmes de protection sociale accessibles aux groupes exclus

La Commission recommande que :

8.3. Les instances gouvernementales veillent à étendre la protection sociale aux emplois précaires, y compris dans le secteur non structuré, au travail domestique ou à la garde d'autres personnes, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs (cf. Rec 7.4, 11.1, 13.3).

Il est essentiel pour tous les pays, pauvres et riches, que les systèmes de protection sociale couvrent aussi les personnes habituellement exclues : travailleurs précaires, y compris dans le secteur non structuré, personnes effectuant un travail domestique ou gardant d'autres personnes (WGEKN, 2007). Ceci est particulièrement important pour les femmes, étant donné que les responsabilités familiales les empêchent souvent de cumuler les avantages sociaux adéquats dans le cadre des plans de protection sociale contributifs. Les systèmes de protection sociale, y compris les plans de pension, doivent être conçus de sorte à promouvoir l'égalité entre les sexes. Il est dès lors nécessaire de tenir compte des considérations d'équité entre les sexes en concevant et en réformant les systèmes de pension afin de ne pas perpétuer les inégalités entre les sexes à travers les politiques de protection sociale (WGEKN, 2007).

Assurer la couverture de tous à travers des systèmes de sécurité sociale basés sur les impôts et les aides

Dans plusieurs pays à revenu faible et moyen, la plupart des gens travaillent dans le secteur non structuré et sont généralement exclus des plans de protection sociale contributifs. Dans ces pays, les programmes de protection sociale basés sur les impôts s'avèrent de plus en plus intéressants (HelpAge International, 2007; McKinnon, 2007). Certains pays à revenu faible et moyen ont, par exemple, érigé des systèmes de pension sociale universels ou assortis de conditions de ressources (HelpAge International, 2006a) (cf. Tableau 8.1). Leur coût se situe entre 0,03 et 2% du PIB en fonction du montant du transfert et du nombre des personnes éligibles (HelpAge International, 2006a). Certains sont financés au niveau national alors que pour d'autres, le soutien des donateurs est nécessaire (à travers le soutien au budget général et/ou les programmes du secteur protégé de la protection sociale) (HelpAge International, 2006a). La mise en œuvre à grande échelle des systèmes de protection sociale sera possible pour tous les pays à condition que la protection sociale soit plus prioritaire dans les budgets publics et que l'aide officielle au développement s'accroisse (Mizunoya et al., 2006; Pal et al., 2005). Des mécanismes de financement à long terme et prévisibles sont nécessaires car l'imprévisibilité des financements des donateurs pourrait être un obstacle de taille susceptible d'entraver la création de systèmes de pension sociale

ENCADRE 8.6 : OPORTUNIDADES – TRANSFERT EN ESPECES SOUMIS A DES CONDITIONS

Le programme de transfert en espèces du Mexique Oportunidades (antérieurement Progressa) est un exemple de programme soumis à des conditions qui sert à stimuler des comportements spécifiques. Ce programme prévoit le transfert d'espèces aux familles à condition que leurs enfants âgés entre 0 et 60 mois soient vaccinés et visitent les cliniques pédiatriques où leur statut alimentaire est contrôlé. Ces enfants reçoivent des suppléments alimentaires alors que leurs parents suivent une éducation sanitaire. Les femmes enceintes bénéficient de soins prénataux et les femmes allaitantes de soins postnataux alors que les autres membres de la famille subissent des bilans de santé une fois par an (et suivent aussi en même temps une éducation sanitaire). Quant aux membres adultes de la famille, ils participent à des réunions régulières au cours desquelles les questions relatives à la santé, à l'hygiène et à la nutrition sont discutées. Une évaluation a révélé que le programme avait d'importants effets sur la santé. Les enfants nés durant la période de cette action, qui a été duré deux ans, ont connu dans les six premiers mois de leur vie 25% moins de maladies que les enfants dans le groupe de contrôle alors que les enfants âgés de 0 à 35 mois ont connu 39,5% moins de maladies que leurs semblables dans le groupe de contrôle. Les enfants du programme ont grandi en moyenne de 1 cm en plus et 25% d'entre eux couraient le risque d'être atteints d'anémie. En définitive, les effets de ce programme semblent cumulatifs, car ils augmentent tant que les enfants peuvent continuer d'en profiter.

Source: ECDKN, 2007b

PROTECTION SOCIALE : CHAMP D'ACTION 8.2

Faire profiter les personnes habituellement exclues des systèmes de protection sociale.

dans plusieurs pays pauvres (HelpAge International, 2006a) (cf. Chapitre 11: *Financement équitable*). Il est conseillé aux instances gouvernementales d'intégrer les politiques de sécurité sociale dans les stratégies visant la réduction de la pauvreté pour garantir le financement nécessaire en provenance des donateurs (HelpAge International, 2006a). Des plans déjà existants dans des pays tels que la Bolivie, le Lesotho, la Namibie et le Népal prouvent qu'il est possible d'ériger des systèmes de protection sociale de base sur les plans administratif et pratique dans les pays à revenu faible et moyen en dépit des défis évidents qu'ils doivent relever (McKinnon, 2007) (Encadré 8.7). La mise en place de tels systèmes nécessite un engagement à long terme tant à l'échelle internationale que nationale.

Le montant que les retraités perçoivent grâce à des plans pareils diffère considérablement d'un pays à l'autre ; il varie de 2 $US/mois au Bangladesh et au Népal à 140 $US/mois au Brésil. Peu de pays allouent une pension supérieure au seuil de pauvreté absolue de 1 $US/jour ; mais ceux qui le font sont plus des pays à revenu moyen que des pays à revenu faible (Tableau 8.1). Il est possible d'améliorer plus rapidement les systèmes de protection et leur générosité grâce au soutien externe (ILO, 2007b). .

Assurer la couverture de tous à travers des systèmes de sécurité sociale contributifs

Le financement basé sur les impôts n'est pas le seul moyen pour ériger des systèmes de protection sociale universelle dans des pays où le secteur non structuré est bien développé. L'encadré 8.8 décrit une initiative innovante lancée en Inde pour ériger un système de sécurité sociale contributif. Le système proposé dépend des contributions des employeurs à travers une taxe imposée à leurs entreprises, des travailleurs qui sont au-dessus du seuil de pauvreté et des instances gouvernementales.

Les systèmes de sécurité sociale universelle sont un élément essentiel des politiques qui visent à assurer une vie saine à tous tout au long de leur existence – tant dans les pays pauvres que dans les pays riches. La capacité administrative et l'infrastructure institutionnelle demeurent un obstacle de taille dans plusieurs pays pauvres. Il n'en demeure pas moins que les pays pauvres peuvent graduellement ériger de tels systèmes en lançant des projets pilotes et en accroissant progressivement la générosité du système, et ce, si nécessaire avec le concours des donateurs.

ENCADRE 8.7 : SYSTEME DE PENSION SOCIALE UNIVERSELLE AU LESOTHO

Depuis 2004, le Lesotho offrait un plan de pension sociale universelle à tous les résidents âgés de 70 ans et plus. Ce plan est financé grâce aux ressources domestiques et ses frais représentent 1,43% du PIB. Les prestations sont approximativement équivalentes au seuil de pauvreté national (environ 21 $US/mois). Les versements mensuels ont lieu à travers le réseau postal qui existe tant dans les régions rurales que dans les régions urbaines (McKinnon, 2007). L'âge d'éligibilité fixé à 70 ans et plus pour réduire les frais du programme signifie qu'un nombre limité de personnes en profite. Cependant, le gouvernement du Lesotho a l'intention de baisser la limite d'âge à 65 ans et plus, ce qui donnerait la possibilité de profiter du système à un plus grand nombre de personnes.

Source: Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005

ENCADRE 8.8 : MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SECURITE SOCIALE CONTRIBUTIF EN INDE

Une proportion de 93% de la population active en Inde travaille dans le secteur non structuré. Ces travailleurs ne bénéficient d'aucune sécurité de l'emploi et de revenu et ne disposent pas d'un système de sécurité sociale prévu par la loi. La Self Employed Women's Association (SEWA) (Association des Femmes Indépendantes), une coopérative de 1 million de travailleuses en Inde, a mené une campagne nationale revendiquant une sécurité sociale de base pour les travailleurs du secteur non structuré. Elle a élaboré un avant-projet de loi qui accorde aux travailleurs du secteur non structuré le droit à la sécurité sociale et prévoit, au moins, une assurance, une pension et des prestations de maternité. Plusieurs syndicats nationaux se sont ralliés à cette campagne. Les instances gouvernementales nationales ont formé une commission chargée d'élaborer des lois et des politiques destinées aux travailleurs du secteur non structuré. Ladite commission a mis au point une loi qui prévoit une couverture de base – assurance de santé, assurance-vie et assurance contre les accidents, prestations de maternité et pension – aux 380 millions de travailleurs du secteur non structuré. Une fois complètement mises en œuvre, ces prestations coûteront moins de 0,5% du PIB indien. Les contributions apportées par les pouvoirs publics, par les employeurs en tant que groupe (à travers une taxe imposée à leurs entreprises) et par les travailleurs qui se trouvent au-dessus du seuil de pauvreté serviront à financer le plan de sécurité sociale proposé par la commission. Les travailleurs qui se trouvent au-dessous du seuil de pauvreté ne sont pas tenus d'apporter une contribution. Au moment de la rédaction de ce rapport, le projet de loi faisait l'objet d'une révision et il est prévu qu'il soit soumis au Parlement lors de la tenue de sa prochaine session.

Tableau 8.1 : Pensions sociales dans les pays à revenu faible et moyen

Pays	Age d'éligibilité (en années)	Universelles (U) ou sous conditions de ressources (R)	Montant versé mensuellement (US$/ monnaie locale)	% de la population âgée de 60 ans et plus	% de personnes de 60 ans et plus bénéficiant d'une pension sociale	Coût en % par rapport au PIB	Pays à revenu faible (F) et moyen (M)
Argentine	70+	M	US$ 88 273 pesos	14%	6%	0.23%	M
Bangladesh	57+	M	US$ 2 165 taka	6%	16%*	0.03%	L
Bolivie**	65+	U	US$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1.3%	M
Botswana	65+	U	US$ 27 166 pula	5%	85%	0.4%	M
Brésil (Beneficio de Prestacao Continuada)	67+	M	US$ 140 300 reais	9%	5%	0.2%	M
Brésil (Previdencia Rural)	60+ hommes 55+ femmes	M	US$ 140 300 reais	9%	27%***	0.7%	M
Chili	65+	M	US$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0.38%	M
Costa Rica	65+	M	US$ 26 13 800 colones	8%	20%	0.18%	M
Inde	65+	M	US$ 4 250 rupees	8%	13%	0.01%	L
Lesotho	70+	U****	US$ 21 150 loti	8%	53%	1.43%	L
Maurice	60+	U	US$ 60 1978 rupees	10%	100%	2%	M
Moldavie	62+ hommes 57+ femmes	M	US$5 63 lei	14%	12%	0.08%	L
Namibie	60+	M	US$ 28 200 dollars	5%	87%	0.8%	M
Népal	75+	U	US$ 2 150 rupees	6%	12%	inconnu	L
Afrique du Sud	65+ hommes 58+ femmes	M	US$ 109 780 rand	7%	60%	1.4%	M
Tadjikistan	63+ hommes 58+ femmes	M	US$ 4 12 somoni	5%	inconnu	inconnu	L
Thaïlande	60+	M	US$ 8 300 baht	11%	16%	0.00582%	M
Uruguay	70+	M	US$ 100 2499 pesos	17%	10%	0.62%	M
Vietnam	60+	M	US$ 6 100 000 dong	7%	2%	0.022%	L
Vietnam	90+	U	US$ 6 100 000 dong	7%	0.5%	0.0005%	L

*Pourcentage des personnes âgées de 57 ans et plus bénéficiant d'une pension sociale; **pensions payées annuellement; ***y compris les femmes de 55 ans et plus; ****pension universelle avec quelques exceptions, notamment les personnes qui bénéficient déjà d'une aide gouvernementale substantielle (environ 4% de ceux-là auraient autrement été éligibles).

Reproduit avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de Help Age International (s.d.).

CHAPITRE 9
Soins de santé universels

"Nul ne doit être privé de l'accès à toute intervention susceptible de lui sauver la vie ou d'améliorer son état de santé pour des raisons injustes, y compris celles d'origine économique ou sociale"

Margaret Chan, Directeur général de l'OMS (Chan, 2008)

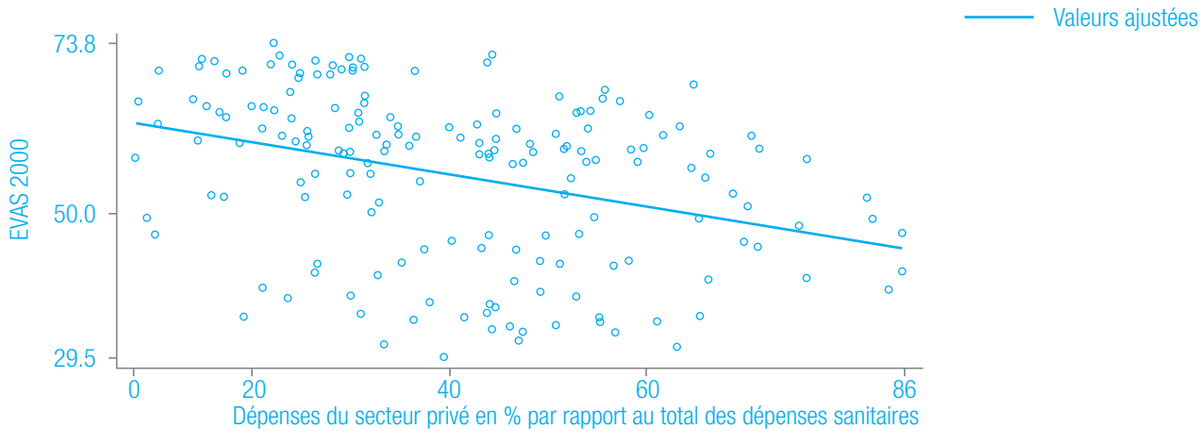
RAPPORT ENTRE SOINS DE SANTE ET EQUITE EN SANTE

Les systèmes de soins de santé [8] sont un déterminant vital de la santé. Cependant, ces systèmes, excepté ceux des pays riches industrialisés, manquent fréquemment de ressources et sont profondément inéquitables. Plus d'un demi million de femmes meurent chaque année pendant la grossesse, ou au cours de l'accouchement, ou tout de suite après, et presque toutes vivent dans des pays à revenu faible et moyen (WHO, 2005b). Le manque d'accès et le non recours aux soins de maternité sont des facteurs importants à l'origine de ce chiffre effroyable. Dans beaucoup de pays, tant pauvres que riches, les dépenses consacrées aux soins de santé peuvent mener à un appauvrissement désastreux. Aux Etats-Unis, une personne déclare faillite, toutes les 30 secondes, suite à un grave problème de santé (National Coalition on Health Care, 2008). Le système de santé doit être conçu et financé de sorte à assurer une couverture équitable universelle et disposer de ressources humaines adéquates. Les systèmes de santé doivent se baser sur le modèle des soins de santé primaires qui associe une action au niveau local sur l'ensemble des déterminants sociaux et le renforcement des soins primaires et met l'accent autant sur la prévention et la promotion de la santé que sur le traitement. Dans ces conditions, les systèmes de santé peuvent être plus bénéfiques que le traitement de la maladie quand ils existent. Ils assureraient des programmes et des services de grande qualité, intégrés, adaptés aux besoins locaux et visant à la promotion d'une santé équitable et du bien-être pour tous. Ils peuvent de même assurer une plate-forme commune de sécurité et de cohésion sociale entre les différentes sociétés et communautés.

Répartition inéquitable des soins de santé

Les soins de santé sont inégalement répartis à travers le monde. L'inégalité en termes de recours aux soins est prononcée dans les pays à revenu faible et moyen mais elle prévaut aussi dans les pays à revenu élevé. Aux Etats-Unis, il est plus probable que les minorités se retrouvent avec un cancer du sein et un cancer colorectal à un stade avancé, que les blancs. Quant aux patients appartenant aux couches socio-économiques inférieures, ils ont moins de chances de recevoir les soins nécessaires pour le diabète et sont par conséquent plus exposés au risque d'être hospitalisés à cause du diabète et des complications qui en résultent (Agency for Health Care Research and Quality, 2003). Les inégalités dans l'accès aux soins de santé dépendent d'une multitude de facteurs socio-économiques et culturels, y compris le revenu, l'appartenance ethnique, le sexe, et le lieu de résidence urbain/rural. Cette situation est inacceptable compte tenu du fait que les soins de santé sont un élément essentiel de l'aide sociale dans chaque pays.

Figure 9.1: Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) et dépenses du secteur privé en pourcentage par rapport au total des dépenses de santé en 2000.



Réimprimé, avec l'autorisation de Palgrave Macmillan, tiré de Koivusalo & Mackintosh (2005).

[8] C'est le système de santé qui « regroupe les interventions préventives, curatives et palliatives, qu'elles s'adressent à des individus ou à des populations» (WHR, 2000).

Le système de santé – plus que le traitement d'une maladie

Les soins de santé absorbent environ 10% du PIB mondial qui profite plus aux pays à revenu élevé qu'aux pays à revenu faible et moyen. En tant qu'employeurs, les systèmes de santé assurent des emplois à environ 59 millions de personnes (GKN, 2007). Les systèmes de santé offrent des prestations qui vont au-delà du traitement de la maladie – surtout quand ils sont intégrés dans les programmes de développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a). Ils peuvent assurer une protection contre la maladie, conférant ainsi un sentiment de sécurité, comme ils peuvent promouvoir l'équité en santé en satisfaisant les besoins des groupes socialement désavantagés et marginalisés (HSKN, 2007). Les systèmes de santé contribuent le plus à l'amélioration de la santé et de l'équité en santé là où les institutions et les services sont organisés selon le principe de la couverture universelle (l'ensemble de la population a accès à la même gamme de services de bonne qualité selon les besoins et les préférences de chacun, indépendamment de sa capacité à pouvoir payer), et là où le système dans son ensemble est organisé selon le modèle des soins de santé primaires (y compris le modèle des soins de santé primaires qui privilégie une action locale englobant l'ensemble des déterminants sociaux et qui met l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés).

Réforme du secteur de santé

Cependant, les grandes tendances à l'échelle mondiale qui ont marqué les changements survenus dans les politiques sur le plan macroéconomique ont fortement influencé les réformes apportées au secteur de santé durant les dernières décennies de manière à miner de telles prestations. Ces réformes prévoient l'encouragement du paiement direct par les usagers, la rémunération liée aux performances, la séparation entre les fonctions de fournisseur de soins et d'acheteur des services, la mise en place d'un forfait qui privilégie les interventions médicales rentables aux dépens des interventions prioritaires pour l'action sur les déterminants sociaux et un rôle plus important confié aux agents du secteur privé. Ce sont les agences internationales, les agents commerciaux et les groupes médicaux tous ensemble qui ont vivement encouragé la mise en place de ces réformes qui sont de nature à renforcer leur pouvoir (Bond & Dor, 2003 ; Homedes & Ugalde, 2005 ; Lister, 2007). Par conséquent, ceci a abouti d'une part, à une commercialisation accrue des soins de santé et, d'autre part, à des études et des actions centrées sur les questions médicales et techniques qui ont entravé le développement de systèmes complets de soins de santé primaires susceptibles de réduire les inégalités dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Rifkin & Walt, 1986 ; Ravindran & de Pinho, 2005).

En ouvrant le secteur de santé au commerce, ces réformes ont favorisé la séparation entre les acheteurs et les fournisseurs et ont abouti à une segmentation et à une fragmentation accrues des systèmes de santé. L'augmentation des dépenses du secteur privé (par rapport à toutes les dépenses de santé) est associée à une dégradation de l'espérance de vie ajustée sur la santé (Fig. 9.1) au moment où l'augmentation des dépenses sanitaires grâce aux prestations publiques et à l'assurance sociale (par rapport au PIB) est associée à une amélioration de l'espérance de vie ajustée sur la santé (Koivusalo & Mackintosh, 2005). De plus, les dépenses consacrées par le secteur public aux soins de santé s'avèrent plus étroitement associées à des niveaux inférieurs de mortalité chez les pauvres de moins de 5 ans par rapport aux riches (Houweling et al., 2005). La Commission considère les soins de santé comme un bien commun et non comme un produit commercial.

Derrière ces réformes, se cache un revirement d'un engagement pris à assurer une couverture universelle vers une mise en valeur de la gestion individuelle des risques. Les soins de santé, au lieu d'assumer un rôle de protection, peuvent, avec de telles réformes, favoriser l'exclusion et l'appauvrissement des personnes. En effet, près de 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté à cause de dépenses de santé catastrophiques engagées pour couvrir les frais d'accès aux services (Xu et al., 2007).

La réification incontrôlée de la santé et la commercialisation des soins de santé sont toutes deux liées à un accroissement de la médicalisation des conditions humaines et sociétales et à une divergence totale et accrue entre la surconsommation et la sous-consommation des services de santé chez les riches et les pauvres dans le monde entier. La viabilité des systèmes de santé est au centre des préoccupations des pays à tous les niveaux de développement socio-économique. Reconnaître ce problème de viabilité dans un contexte où un appel est lancé pour assurer des soins de santé équitables est un premier pas crucial vers l'élaboration d'une politique plus rationnelle au même titre que toute action encourageant la participation du public à la conception des systèmes de santé et à la fourniture des soins. La loi des soins inversés (inverse care law) (Tudor-Hart, 1971), en vertu de laquelle les pauvres profitent radicalement moins que les plus nantis des services de santé, est visible dans chaque pays à travers le monde. Une approche basée sur les déterminants sociaux de la santé constitue une alternative pour les systèmes de santé – celle qui offre des opportunités pour atteindre une plus grande efficacité et équité.

ENCADRE 9.1: THAÏLANDE – ASSURER DES SOINS DE SANTE UNIVERSELS

Vers le début de 2002, la Thaïlande a pu assurer une couverture universelle des soins de santé qui comprend un ensemble complet de services à visée curative pour les patients externes et hospitalisés, les accidents et les urgences, les soins à prix élevé, la fourniture des médicaments en conformité avec les listes de médicaments essentiels de l'OMS, ainsi que les services personnels de prévention et de promotion de la santé, mis à part quelques exceptions minimes (p.ex. les chirurgies esthétiques, les transplantations rénales en cas d'insuffisance rénale terminale). Le plan de couverture universelle – qui s'est d'abord concentré sur le volet financier – était caractérisé par des objectifs politiques clairs, une participation définie, de fortes capacités institutionnelles et une mise en œuvre très rapide (12 mois). Le programme de la couverture universelle a été lancé par le Premier ministre après la victoire électorale de 2001 ; la mise au point de la politique a été dirigée par des fonctionnaires soutenus par des réformateurs et des chercheurs qui ont proposé des options qui établissent des liens entre la recherche et la politique. S'inspirant d'une expérience antérieure basée sur différents plans de couverture sanitaire, la nouvelle politique de couverture universelle a adopté les principes suivants :

- rejeter le modèle de couverture basé sur la rémunération à l'acte;
- adopter le système de paiement par capitation (cotisations prélevées des impôts et versées aux fournisseurs de soins de santé) ;
- mettre l'accent dans la couverture universelle sur un meilleur usage des soins primaires accompagné d'un système adéquat d'orientation vers d'autres niveaux de soins.

Source: HSKN, 2007

ACTIONS POUR DES SOINS DE SANTE UNIVERSELS

La Commission recommande que :

9.1 Les instances gouvernementales locales, de concert avec la société civile et les donateurs, mettent en place des services de santé de bonne qualité et à vocation universelle, centrés sur les soins de santé primaires (cf. Rec. 5.2 ; 7.5 ; 8.1 ; 10.4 ; 13.6 ; 14.3 ; 15.2 ; 16.8).

Soins de santé primaires à vocation universelle

Presque tous les pays à revenu élevé organisent leurs systèmes de santé autour du principe de la couverture universelle (tant pour le financement que pour la fourniture des soins). Cependant, ce ne sont pas les pays à revenu élevé seuls qui s'engagent à assurer une couverture universelle. La Thaïlande, par exemple, a été pionnière et a réussi son plan (Encadré 9.1).

Les soins de santé primaires (qui fournissent des soins de santé primaires visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé tout en mettant l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés) supposent des soins complets, intégrés et appropriés qui mettent l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Les données factuelles qui prouvent l'efficacité des approches basées sur les soins de santé primaires couvrent un large éventail de pays à revenu élevé, moyen et faible (Encadré 9.2).

Au Costa Rica, le renforcement des soins de santé primaires (offrant un meilleur accès aux soins et mettant en place des équipes de santé multidisciplinaires) a abouti à une réduction du taux national de mortalité infantile qui est passé de 60 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 19 pour 1000 en 1985. Cinq ans après l'introduction des réformes, la mortalité infantile a diminué de 13% par an alors que la mortalité chez les adultes a accusé une baisse de l'ordre de 4%, et ce, indépendamment des améliorations apportées aux autres déterminants de la santé (PAHO, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al., 2005). Le succès des services de soins primaires a été aussi confirmé par des données factuelles provenant de l'Afrique (République démocratique du Congo ex-Zaïre, Libéria, Niger), de l'Asie (Chine, Inde (état du Kerala), Sri Lanka), et de l'Amérique latine (Brésil, Cuba) (De Maeseneer et al., 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al., 1985; Macinko et al., 2006; Starfield et al., 2005; Levine, 2004).

Soins de santé primaires – Engagement et autonomisation sur le plan communautaire

Les soins de santé primaires (SSP) mettent l'accent sur la participation de la communauté et l'autonomisation sociale,

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.1

Mettre en place des services de santé fondés sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

ENCADRE 9.2: SOINS DE SANTE PRIMAIRES, NIVEAU DE SOINS PRIMAIRE ET SANTE DE LA POPULATION

Les données factuelles, notamment celles qui concernent les pays à revenu élevé, montrent que les systèmes de santé qui sont organisés autour du niveau de soins primaire donnent de meilleurs résultats sanitaires (Starfield et al., 2005).

La santé de la population est meilleure dans les régions géographiques où se trouve un plus grand nombre de médecins en soins primaires.

Il existe une corrélation entre les spécificités du niveau de soins primaire (les soins de prévention de la maladie, par exemple) et l'amélioration de l'état de santé des individus qui profitent de ces services.

Ce dernier point montre que le niveau de soins primaire est efficace non seulement parce qu'il améliore l'accès aux soins curatifs mais aussi parce qu'il incorpore les principes de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.3 : EXEMPLES DE STRATEGIES D'AUTONOMISATION SOCIALE

Les stratégies d'autonomisation sociale comprennent les actions suivantes :

accroître l'accès des citoyens à l'information et aux ressources et rehausser la visibilité des questions de santé ignorées auparavant (le programme radiophonique communautaire Panchayat Waves en Inde; la campagne participative de recherche et de plaidoyer destinée aux personnes atteintes du cancer du sein au Royaume-Uni ; le groupe de travail communautaire pour la santé au Zimbabwe) ;

développer la prise de conscience, l'actualisation de soi et la cohésion qui soutiennent l'action sociale (l'étude entreprise par l'Afrique du Sud sur la formation à la micro-finance et sur les actes de violence perpétrés contre les femmes pauvres par leurs proches dans les zones rurales) ;

inciter les populations à s'engager dans la définition des priorités des projets de planification (le théâtre local au Royaume-Uni a servi de lieu pour identifier les solutions de remplacement des politiques existantes par des plans locaux qui visent l'amélioration des conditions de santé).

Source: HSKN, 2007

même s'il faut faire face à un déséquilibre du pouvoir local, à des contraintes au niveau des ressources et à un soutien limité des niveaux plus élevés du système de santé (Baez & Barron, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Lopez et al., 2007;Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007). Les stratégies d'autonomisation sociale peuvent accroître la prise de conscience de la société des questions relatives à la santé et aux systèmes de santé afin de renforcer les compétences en matière de santé et de mobiliser les actions en faveur de la santé (Goetz & Gaventa, 2001; Loewenson, 2003;Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) (Encadré 9.3).

Le projet SSP urbain au Bangladesh (Encadré 9.4) montre à quel point la sensibilisation du public aux besoins en matière de santé et le partenariat entre autorités locales et société civile sont susceptibles de soutenir une conception et une gestion efficaces des soins de santé prodigués aux communautés urbaines marginalisées.

Les pouvoirs publics peuvent agir pour promouvoir la reddition des comptes dans les systèmes de santé (Murthy, 2007) (Encadré 9.5).

Les données factuelles dans toute la documentation relative au SSP confirment l'intérêt de faire participer tous les groupes de bénéficiaires concernés dans tous les aspects de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques et des programmes. Les campagnes de plaidoyer – menées par la société civile – sont nécessaires pour accorder une attention particulière aux services qui répondent aux besoins de santé des femmes pauvres et pour leur assurer un soutien continu. Il faut prendre en considération les besoins spécifiques à chaque sexe au niveau des conditions de santé pour assurer le traitement tant aux hommes qu'aux femmes d'une manière impartiale (WGEKN, 2007;Thorson et al., 2007; Bates et al., 2004; Huxley, 2007).

Compte tenu du vieillissement démographique dans plusieurs régions, les systèmes de santé doivent s'intéresser aux personnes âgées afin de leur assurer le soutien nécessaire qui leur permet de jouir de bonnes conditions sanitaires. Il est prévu que l'espérance de vie à la naissance à l'échelle mondiale poursuive son ascension tant dans les pays développés que dans les pays en développement de telle sorte que le pourcentage de la population de plus de 65 ans passe de 7,4% en 2005 à un niveau qui se situe entre 13,7% et 19,1% en 2050 (Musgrove, 2006). Il est aussi prévu que la plus grande partie de la croissance ait lieu dans les pays les moins développés. Les données factuelles indiquent que l'incapacité, normalement due à une maladie chronique, est un important problème de santé publique pour les plus de 45 ans. Les principales causes de l'incapacité liée à l'âge sont les troubles neuropsychiatriques (compte tenu de l'augmentation de la prévalence des maladies telles que l'Alzheimer), les déficiences de la vue et de l'ouïe, l'ostéoporose, l'arthrite, le diabète et les atteintes. C'est l'action visant à la sauvegarde des déterminants nécessaires pour assurer une vieillesse en bonne santé qui constitue le cadre social auquel les services de santé doivent s'adapter (NAS Panel on Aging, 2006).

Prévention et promotion

Les soins de santé peuvent apporter plus qu'un simple traitement de la maladie quand ils sont disponibles. Les recherches ont prouvé à quel point une proportion importante du fardeau des maladies tant transmissibles que non transmissibles pourrait être allégée grâce à l'amélioration de l'action préventive (Lopez et al., 2006). Les professionnels de la santé et les médecins praticiens exercent une grande influence sur la manière selon laquelle la société perçoit les soins de santé et les assure. Ils peuvent, avec d'autres militants

ENCADRE 9.4: SOINS DE SANTE PRIMAIRES SUR LE PLAN URBAIN – BANGLADESH

Le projet SSP urbain du Bangladesh est un partenariat conclu entre les autorités municipales et la société civile dans le but d'assurer des services sanitaires aux populations vivant dans les bidonvilles. Les autorités municipales œuvrent en collaboration avec 14 ONG qui construisent des centres de santé grâce au financement de la BAD, du PNUD, du DFID, de l'ACDI et de l'UE. Les femmes et les enfants les plus démunis vivant dans ces bidonvilles bénéficient de services subventionnés de soins de santé primaires de bonne qualité et représentent 75% de tous les bénéficiaires. Les ultra-pauvres reçoivent des services gratuits. La couverture des services de soins primaires a augmenté car le nombre des bénéficiaires est passé de 400 000 personnes en 2001 à 5 millions en 2004 qui ont désormais accès à 124 établissements de soins primaires.

Source: KNUS, 2007

ENCADRE 9.5: ACTION GOUVERNEMENTALE POUR UNE REDDITION DES COMPTES DANS LES SOINS DE SANTE

Les actions gouvernementales qui renforcent la reddition de comptes publics en matière de soins de santé comprennent ce qui suit :

Législation sur le droit à la santé et sur les droits des citoyens à l'information et à la participation à l'élaboration des politiques et des budgets du secteur public (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*)

Législation sur le droit des citoyens de participer à la gestion des hôpitaux et à la fourniture des services de santé ainsi qu'à l'évaluation de la qualité des cliniques des fournisseurs et des fournisseurs eux-mêmes ; établissement de mécanismes d'auto-réglementation pour les professionnels de la santé et de protection des droits des patients ;

Renforcement de la reddition des comptes des systèmes de santé en matière d'équité entre les sexes à travers, d'une part, des centres de médiation spécialisés dans les questions sanitaires et les droits sexuels et génésiques et, d'autre part, des comités, aux niveaux national et étatique, chargés de surveiller les programmes de santé sexuelle et génésique.

Source: HSKN, 2007

Tableau 9.1 : Santé mentale – déterminants et interventions

Eléments différentiels	Determinant	Intervention
Accès différentiel aux soins de santé	Manque de services	Améliorer la disponibilité des services de santé mentale par leur intégration dans les soins de santé générale
	Services inacceptables	Veiller à ce que le personnel des services de santé mentale ait un niveau linguistique et culturel acceptable
	Obstacles économiques aux soins	Assurer des services abordables sur le plan financier
Conséquences différentielles	Conséquences financières de l'effet de la dépression sur la productivité	Soutien aux fournisseurs de soins pour protéger les ménages des conséquences financières de la dépression ; programmes de réhabilitation
	Conséquences sociales de la dépression	Campagnes anti-stigmates; promotion de réseaux familiaux et sociaux de soutien
	Conséquences financières du traitement de la dépression	Réduire les coûts
	Conséquences de la dépression sur le mode de vie	Promotion de la santé mentale, y compris la prévention de l'abus d'alcool ou d'autres drogues
Vulnérabilité différentielle	Risques sur le développement des jeunes enfants	Promouvoir les programmes de DJE
	Risques sur le développement des enfants, maladie mentale de la mère, liens fragiles mère - enfant	Interventions mères-enfants, y compris l'allaitement
	Risques sur le développement des adolescents	Programmes de prévention de la dépression ciblant les adolescents
	Risques sur le développement des personnes âgées	Programmes d'éducation et de gestion de stress; mécanismes de soutien par les pairs
	Inaccessibilité aux facilités de crédit et d'épargne	Améliorer l'accès des pauvres aux facilités de crédit et d'épargne
Exposition différentielle	Violence/crime	Programmes de prévention de la violence et du crime
	Fragmentation sociale	Promotion de programmes pour rétablir la cohésion familiale et élargir la cohésion sociale
	Désastres naturels	Programmes de soutien aux personnes en situation de traumatisme et de stress
	Prévention des atteintes	Cibler les conditions de privations multiples
	Logement inadéquat	Amélioration des conditions de logement
	Voisinage malsain	Programmes de relogement
	Chômage	Programmes d'emploi, acquisition de nouvelles compétences
Contexte socio-économique et statut	Absence de politique gouvernementale et de législation ; cadre des droits de l'homme	Renforcement de la politique relative à la santé mentale; législation et infrastructure des services
	Abus d'alcool ou d'autres drogues	Politiques relatives à la consommation de l'alcool et des drogues
	Stigmates	Programmes de promotion de la santé mentale
	Chômage	Politiques économiques afin de promouvoir la stabilité et la sécurité financières et d'assurer le financement adéquat pour une gamme de services publics (santé, services sociaux, logement)
	Insécurité financière	Politiques d'aide sociale qui assurent un réseau de sécurité financière
	Stress professionnel	Politiques de protection de l'emploi (p.ex. restrictions sur le travail par relais excessif, protection des droits des travailleurs, sécurité de l'emploi)
	Manque d'éducation	Education de base obligatoire, mesures incitatives, soutien financier

Source: PPHCKN, 2007d

dans les différents domaines politique, économique, social et culturel, témoigner tant de la nécessité éthique que de l'efficacité de n'importe quelle action qui s'attaque aux causes sociales de tout mauvais état de santé et de tout risque de s'y exposer, ainsi que de n'importe quelle action en amont de cet objectif (PPHCKN, 2007c; voir aussi le document de l'OMS : *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*). Le Priority Public Health Conditions Knowledge Network-PPHCKN (qui est un réseau de connaissances sur les conditions prioritaires de santé publique) expose, dans les publications de ses différents départements, les moyens de mieux concevoir, fournir et surveiller les programmes pour identifier les inégalités sanitaires et agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les options proposées pour agir sur les déterminants de la santé mentale (Tableau 9.1) en sont un exemple.

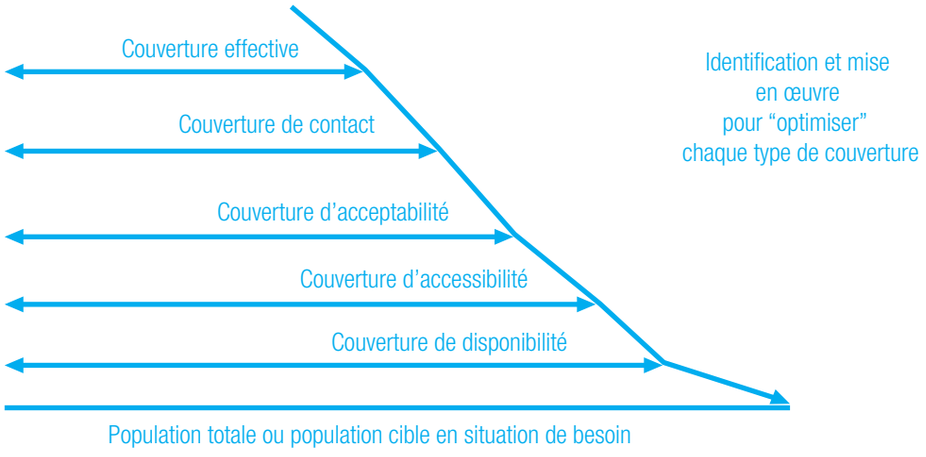
Recours aux soins de santé ciblés[9] pour instaurer une couverture universelle

La couverture n'est pas seulement une question de disponibilité de médicaments et de services. Elle suppose l'accès à des services adéquats et de qualité et leur utilisation par tous ceux qui en ont besoin. Le modèle de Tanahashi (Fig. 9.2) montre les cinq niveaux ou étapes que les individus, groupes ou populations en situation de besoin doivent traverser pour obtenir des services ou des interventions efficaces comme il montre aussi comment la proportion de ceux qui sont capables d'accéder aux soins diminue à chaque étape. Les programmes traditionnels de couverture des maladies mettent l'accent sur la couverture effective et le contact réel établi entre la population cible et le service. Le PPHCKN est en train d'identifier les points d'entrée pour franchir les obstacles, en vue d'améliorer les programmes nationaux à chaque étape (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Dans les pays à revenu faible, où le financement public est limité et où les dépenses publiques sont habituellement réservées aux riches, d'aucuns considèrent que la couverture universelle ne peut être réalisée à court terme et, en tant qu'objectif politique, elle détourne l'attention du besoin urgent de mettre en œuvre d'autres moyens pour étendre la couverture des soins de santé afin d'inclure les plus démunis (Gwatkin et al., 2004). Quoiqu'il soit essentiel que tous les pays instaurent un système de santé universelle, il n'en demeure pas moins que la stratégie intéressante, à court terme, serait de veiller à ce que les groupes et les régions défavorisés bénéficient préférentiellement des services de santé. Le ciblage géographique ou spécifique à un groupe donné et l'accès universel ne sont pas des approches contradictoires. Le Brésil et la République bolivarienne du Venezuela (Encadré 9.6) montrent comment des programmes nationaux à grande échelle de soins de santé ciblés peuvent paver la voie à l'universalisation – par l'établissement et l'élargissement du droit d'accès, par la promotion de l'utilisation des services et par la canalisation des prestations, au départ, vers les groupes les plus défavorisés de la population.

Cependant, il est nécessaire de prendre des précautions en recourant au ciblage. L'expérience montre qu'il est difficile d'étendre la portée des projets à petite échelle, initialement conçus pour favoriser les pauvres, pour en faire une action à grande échelle visant à combattre les inégalités (Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006).

Figure 9.2: Services effectifs de la couverture universelle.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Tanahashi (1978).

9 Le qualificatif « ciblé » désigne des options de la politique sociale – y compris les soins de santé – dont l'objectif central est de canaliser les ressources rares des soins de santé – immédiatement ou à moyen terme – vers les groupes et les régions défavorisés, de préférence.

La Commission recommande que :

9.2 Les autorités locales renforcent le rôle directeur du secteur public dans le financement du système de santé, notamment par les cotisations et les impôts, pour garantir l'accès universel aux soins, sans considération de solvabilité, et pour réduire les dépenses de santé directes (cf. Rec. 10.4; 11.1; 11.2).

Financement des soins de santé – impôts et cotisations

La couverture universelle suppose que tous les habitants du pays aient accès à la même gamme de services (de bonne qualité) selon leurs besoins et leurs préférences, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou du lieu où ils habitent, et qu'ils soient en mesure d'utiliser ces services. Elle signifie que l'ensemble de la population bénéficie du même éventail de prestations (quoique la gamme des prestations varie selon les contextes) comme elle prévoit dans ses objectifs une répartition équitable des fonds versés, la protection financière (Encadré 9.7) et un accès équitable à des services acceptables.

Le financement des systèmes de santé peut revêtir plusieurs formes, en commençant par l'imposition générale pour arriver aux programmes d'assurance communautaires et aux paiements directs par l'usager tout en passant par l'assurance universelle obligatoire. Afin d'assurer l'équité en santé, la Commission prône l'adoption des méthodes de financement basées sur le prépaiement à travers l'imposition générale et/ou l'assurance universelle obligatoire (HSKN, 2007).

En Asie, les dépenses de santé publique s'avèrent procéder d'une redistribution dans 10 à 11 pays, au moment où quatre autres pays ont pu réaliser une répartition des prestations de santé favorable aux pauvres ou équitable (O'Donnell et al., 2007 ; O'Donnell et al., 2005). Dans cinq des sept pays de l'Amérique latine, les dépenses de santé publique étaient soient proportionnellement distribuées aux groupes riches et pauvres ou favorisaient les pauvres (PAHO, 2001). Même en Afrique, où les inégalités dans les dépenses de santé publique étaient inquiétantes, il s'est avéré que ces dépenses procédaient d'une redistribution dans les 30 pays étudiés (Chu et al., 2004). Les dépenses de santé publique ont en effet profité aux personnes appartenant aux catégories qui perçoivent le revenu le plus bas (Kida & Mackintosh, 2005).

ENCADRE 9.6: BRESIL – LE PROGRAMME DE SANTE FAMILIALE (PSF)

Mis en place dans les années 1990, le PSF prévoit un accès universel gratuit aux soins primaires qui ouvre la voie au système de santé unifié financé par les fonds publics. C'est dans le cadre de ce système que les équipes de santé familiale (ESF) ont été formées et ont assuré chacune la couverture de 3000 à 4000 personnes. Elles comprenaient un médecin généraliste, une infirmière, une infirmière assistante et un 'agent de la communauté' choisi par la population locale. Certaines ESF comprenaient aussi des équipes de santé orale. Le PSF a concentré ses efforts, au départ, sur les zones pauvres mais à partir de 1988, cette approche a été suivie par le gouvernement fédéral en tant que stratégie visant à apporter des changements au modèle national existant d'assistance sanitaire ; il a alors encouragé les municipalités à adopter ce programme en leur consentant un soutien financier.

En 2006, la couverture était assurée à 82 millions de personnes (46% de la population) ; la couverture ayant augmenté substantiellement dans les régions pauvres du Nord et du Nord-Est et ayant été plus importante dans les villes les plus pauvres.

Entre 1998 et 2006, le programme a créé 330 000 nouveaux emplois.

Entre 1998 et 2003, parmi les villes à l'indice de développement humain bas, celles qui bénéficiaient d'une couverture PSF élevée ont enregistré une diminution du taux de mortalité de l'ordre de 19% alors que ce taux a accusé une augmentation dans les villes où la couverture PSF était réduite.

REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA – 'BARRIO ADENTRO'

Le programme Barrio Adentro (« au centre du quartier ») vise la transformation du système de santé et sert de catalyseur aux initiatives ayant pour objectif un développement à plus grande échelle sur les plans politique, culturel et économique. Le programme a commencé avec la mise en place de centres de soins primaires gratuits dans les bidonvilles de Caracas puis a étendu ses activités en devenant une initiative d'envergure nationale assurant les soins de santé primaires à plus de 70% de la population en 2006. Au départ, le personnel de Barrio Adentro s'est fixé comme principales priorités l'analphabétisme et la malnutrition pour son action de promotion de la santé publique. En guise de réponse, les instances gouvernementales ont annoncé la mise en place de 'missions sociales' pour faire valoir les droits à la terre, à l'éducation, au logement et aux ressources culturelles, et pour promouvoir la reconnaissance des droits des indigènes.

En 2006, la couverture était assurée à 19,6 millions de personnes (73% de la population).

Entre 2003 et 2005, le taux de mortalité infantile et les maladies infantiles prévalentes ont accusé une diminution rapide au moment où les procédures d'identification et de suivi des maladies chroniques ont été améliorées.

Source: SEKN, 2007

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.2

Veiller à ce que le financement du système de santé soit équitable.

Les données factuelles sur l'impact des dépenses de santé publique sur la mortalité, qui est plus prononcé chez les pauvres que chez les non-pauvres, dans les pays à revenu faible et moyen, montrent aussi la capacité des systèmes de santé procédant d'une redistribution à assurer l'équité en santé (Bidani & Ravaillon, 1997; Gupta,Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003). Par conséquent, même quand les pauvres profitent moins des subventions gouvernementales que les riches, ils peuvent en tirer relativement un plus grand profit que les groupes les plus nantis (O'Donnell et al., 2005; Wagstaff et al., 1999). Il est possible d'expliquer en partie ce phénomène par le constat qui montre que l'utilisation des soins de santé par les pauvres dépend davantage des dépenses de la santé publique que l'utilisation qu'en font les riches (Houweling, 2005). Il est évident que le renforcement des soins de santé basés sur les régimes d'imposition progressive est tributaire de la capacité à obtenir des revenus domestiques adéquats (et/ou une aide internationale appropriée) (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*).

Quand la capacité d'imposition et/ou les sources d'impôts existantes sont déficientes, il est possible de recourir à une autre option de prépaiement qui prend la forme d'un programme national d'assurance maladie obligatoire. Cependant, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible, un tel financement peut être excessivement dépendant de fonds externes, du moins au départ, compromettant ainsi sa viabilité à long terme. L'exemple du Ghana (Encadré 9.9) montre des signes de dépendance tout en démontrant aussi la possibilité de mener une action audacieuse en vue d'instaurer le prépaiement universel.

Les programmes d'assurance à plus petite échelle pourraient être utiles afin d'accroître les services de santé dans les communautés et les ménages très pauvres. Cependant, le nombre réduit des bénéficiaires et la possibilité de fragmentation en raison de la multiplication des programmes pourraient négativement affecter l'équité en santé. Un partage des risques renforcé est associé à une meilleure espérance de vie à la naissance et à des taux de survie plus équitables chez les enfants (HSKN, 2007). L'étude de cas thaïlandaise (Encadré 9.10, Fig. 9.3) montre comment la couverture financière s'est étendue aux groupes à revenu inférieur à travers le programme de couverture universelle financé par des fonds publics, qui, au départ, complétait d'autres programmes d'assurance maladie, tout en offrant la possibilité de recueillir des fonds provenant de différents programmes à travers l'agence nationale d'assurance.

ENCADRE 9.7: EQUITE ET PROTECTION

Les mesures liées au financement de la couverture universelle visent essentiellement à assurer à tous une couverture des frais encourus en raison d'un mauvais état de santé. Dans les pays à revenu faible et moyen, le financement de la couverture universelle suppose essentiellement la réduction des montants souvent très élevés payés directement par l'usager pour couvrir les soins de santé et l'augmentation substantielle de la part des impôts et/ou de l'assurance maladie contributive. Les conséquences de tels changements dépendent pour celui qui paye et celui qui en profite de(s) la source(s) de financement, de la portée des mesures afférentes à la mutualisation des risques, des modes d'acquisition des services et des déterminants qui président à leur utilisation, y compris l'effet de tout mécanisme ciblant les prestations accordées à des groupes spécifiques.

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.8: FINANCEMENT PROGRESSIF DES SOINS DE SANTE – DONNEES FACTUELLES DES PAYS A REVENU MOYEN

Les zones, où l'imposition générale constitue la plus grande partie du financement (p.ex. Hong Kong SAR, le Sri Lanka et la Thaïlande), semblent bénéficier d'un modèle plus progressif pour le financement du secteur de santé que celles qui sont plus dépendantes d'un financement basé sur une assurance sociale maladie obligatoire (p. ex. la Corée).

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.9: ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU GHANA

Au moment où un nombre croissant de pays africains envisagent ou sont sur le point d'introduire une assurance maladie obligatoire, le gouvernement ghanéen a entrepris une action dans ce sens qualifiée comme étant la plus audacieuse en Afrique jusqu'à nouvel ordre. Les instances gouvernementales se sont engagées clairement à mettre en place une couverture universelle grâce à l'assurance maladie nationale (National Health Insurance – NHI). Elles ont toutefois reconnu que cette couverture sera élargie progressivement afin d'atteindre 60% des résidents du Ghana dans les 10 ans qui suivent le lancement de l'assurance maladie obligatoire. Fidèle à une longue tradition ghanéenne de plans d'assurance maladie communautaires, le programme NHI du Ghana couvrait explicitement dès le début les secteurs tant structuré que non structuré. Par ailleurs, quoique les sources de financement soient différentes pour les secteurs structuré et non structuré, elles font partie d'un seul programme unifié. A noter que le programme ghanéen d'assurance maladie connaît des graves difficultés financières car il dépend du soutien apporté par des fonds externes.

Source: HSKN, 2007

Malgré l'intérêt porté récemment à l'assurance sociale maladie (Encadré 9.11), le financement basé sur le régime d'imposition progressif offre des avantages particuliers (Mills, 2007;Wagstaff, 2007). Le Canada, la Suède et le Royaume-Uni servent d'exemples de régimes d'imposition. Dans certains cas, où il y a baisse de l'emploi, il pourrait être difficile d'étendre l'assurance obligatoire. De plus, même dans les systèmes d'assurance, le financement par imposition doit être utilisé complètement ou partiellement pour subventionner les frais des soins prodigués aux groupes difficilement accessibles à travers l'assurance, tels que les travailleurs du secteur non structuré ou ceux travaillant à leur propre compte.

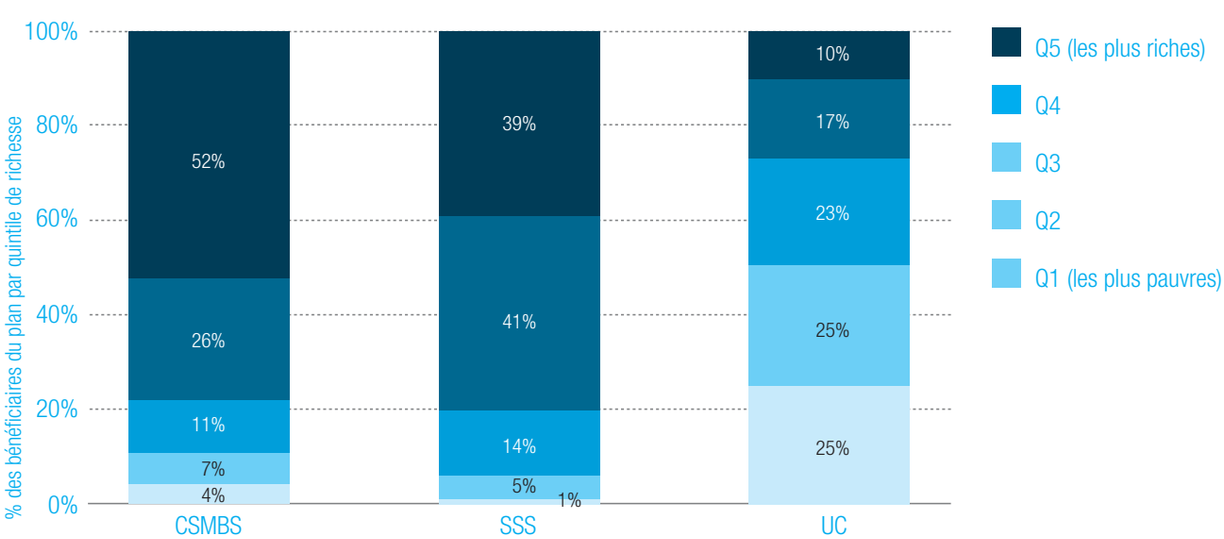
Les programmes d'assurance communautaires ont joué un rôle important dans l'évolution de la couverture universelle en Europe et au Japon (Ogawa et al., 2003), ainsi qu'en Thaïlande, et ils sont actuellement en plein essor en Chine et dans certains pays africains (Carrin et al., 2005) et à économie en transition (Balabanova, 2007). Quoique de tels programmes puissent offrir une protection financière à certains pauvres, les données factuelles transnationales montrent qu'une couverture limitée, une exclusion fréquente des plus pauvres parmi les pauvres et les faibles capacités peuvent limiter leur impact sur l'équité et compromettre leur viabilité (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007). Il a été démontré que les plans de micro-assurance maladie font face aux mêmes problèmes car, bien qu'ils puissent offrir des possibilités immédiates d'étendre la portée de la couverture pour y inclure ceux qui sont normalement incapables de bénéficier d'une assurance plus formelle, ils doivent être dûment réglementés et surveillés (Siegel et al., 2001). Il est de même difficile que les programmes d'assurance séparés assurent une large couverture à la population cible (Mills, 2007). Par conséquent, les plans d'assurance santé communautaire ou de type micro doivent être mis en œuvre avec précaution et des efforts doivent être déployés pour en assurer l'accès aux groupes socialement désavantagés.

ENCADRE 9.10: THAILANDE – SOINS DE SANTE UNIVERSELS FINANCES PAR LES IMPOTS

Au cours du processus de mise en place des réformes du système de santé en Thaïlande, un modèle de couverture universelle a été instauré à partir de plans d'assurance maladie préexistants, y compris le Plan de prestations médicales financé par les fonds publics (Civil Service Medical Benefits Scheme – CSMBS) et le Plan de sécurité sociale (Social Security Scheme - SSS). Le régime d'imposition directe a été adopté pour le financement pour des raisons pragmatiques – favoriser une mise en œuvre rapide. Ce modèle de financement a été depuis lors jugé équitable par rapport à l'assurance sociale et d'autres plans à type contributif. Les données factuelles de l'enquête « Santé et Protection Sociale » dirigée par le Bureau national de statistiques montrent que, par rapport aux plans CSMBS et SSS, le plan de couverture universelle a assuré plus de prestations aux pauvres. En effet, au moment où 52% des bénéficiaires du CSMBS appartenaient au quintile des plus riches, 50% des bénéficiaires du plan de couverture universelle font partie des deux quintiles les plus pauvres. Ce plan a eu pour résultat la réduction de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques de 5,4% à 2,8-3,3%.

Source: HSKN, 2007

Figure 9.3 Extension des prestations aux pauvres grâce au plan de couverture universel.



CSMBS = Plan de prestations médicales financé par les fonds publics; SSS = Plan de sécurité sociale; UC = Plan de couverture universelle; Q = quintile de richesse.
Source: HSKN, 2007

Dans certaines circonstances, les usagers des soins de santé, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, payent directement les frais des services reçus. Dans les situations où ce mode de paiement direct n'exacerbe pas les inégalités, il pourrait contribuer au financement des soins de santé. Cependant, quand les frais payés par l'usager ont un impact négatif sur les inégalités sociales, ou sur l'équité de l'accès aux soins de santé, de leur utilisation et/ou de leurs prestations, ils doivent être annulés. Les analyses systématiques des données factuelles disponibles montrent clairement que l'introduction de la politique de paiement direct par l'usager dans les pays à revenu faible ou moyen s'est traduite par une diminution de l'utilisation des soins (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (Encadré 9.12). Les paiements directs par l'usager causent des inégalités au niveau de l'utilisation des services et appauvrissent les femmes ainsi que les groupes socialement marginalisés et percevant le revenu le plus faible (Encadré 9.13).

La Commission recommande que :

9.3 Les instances gouvernementales nationales et les donateurs accroissent leurs investissements dans les personnels médicaux et les personnels de santé en veillant à équilibrer leur densité entre milieu rural et milieu urbain (cf. Rec. 6.4 ; 16.5).

Les professionnels de la santé sont souvent inégalement répartis géographiquement dans les pays, ce qui affecte l'équité des services de santé. Une répartition plus équitable du personnel de la santé nécessiterait des mesures à l'échelle nationale pour améliorer la disponibilité des ressources humaines en général ainsi qu'une mise en œuvre à caractère différentiel dans les différentes zones géographiques pour satisfaire les besoins des régions mal desservies.

ENCADRE 9.11: ASSURANCE SOCIALE MALADIE

Le concept d'assurance sociale maladie (ASM) est profondément enraciné dans les systèmes de santé de l'Europe de l'Ouest. L'ASM en assure l'organisation et la plus grande partie du financement dans sept pays – Autriche, Belgique, France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas et Suisse. Depuis 1995, l'ASM est devenue la base juridique pour l'organisation des services sanitaires en Israël. Auparavant, les ASM jouaient un rôle prépondérant dans plusieurs autres pays qui ont opté ultérieurement, dans la seconde moitié du vingtième siècle, pour des régimes basés principalement sur les impôts – au Danemark (1973), en Italie (1978), au Portugal (1979), en Grèce (1983) et en Espagne (1986).

De plus, certaines tranches du financement des soins de santé basés sur l'ASM sont toujours en vigueur dans les pays qui adoptent principalement le régime d'imposition comme la Finlande, la Suède, et le Royaume-Uni, ainsi que la Grèce et le Portugal. Par ailleurs, un nombre considérable de pays de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est ont adopté des modèles adaptés d'ASM – dont la Hongrie (1989), la Lituanie (1991), la République tchèque (1992), l'Estonie (1992), la Lettonie (1994), la Slovaquie (1994), et la Pologne (1999).

Modifié, avec la permission de l'éditeur, tiré de Saltman et al. (2004).

ENCADRE 9.12: OUGANDA – IMPOSITION ET ABOLITION DES FRAIS PAYES PAR L'USAGER

L'Ouganda a introduit le régime de paiement direct par les usagers sur une base universelle en 1993. Malgré le fait que les revenus générés étaient minimes (moins de 5% des dépenses en général), ils constituaient une importante source de financement pour compléter les salaires des professionnels de la santé et assurer l'entretien des installations et l'achat de médicaments supplémentaires. Cependant, l'utilisation des services de santé a connu un déclin dramatique inquiétant compte tenu de l'effet d'une telle chute sur les pauvres. Les paiements directs par l'usager dans les établissements du secteur public ont été abolis en mars 2001, sans pour autant que cette abolition ne s'applique aux services privés. L'utilisation des services de santé a alors enregistré une augmentation immédiate et spectaculaire.

Ce sont les pauvres qui ont profité tout particulièrement de cette annulation. L'utilisation des services de santé (pourcentage des personnes ayant eu recours aux soins des professionnels) a augmenté en passant de 58% à 70% dans le quintile des plus pauvres et de 80% à 85% dans le quintile des plus riches. Quant à la couverture vaccinale nationale elle a augmenté en passant de 41% en 1999/2000 à 84% en 2002/3. Ceci n'aurait pas été possible sans le soutien financier substantiel des pouvoirs publics. Il est aussi nécessaire de prendre en considération les autres dépenses, telles que les frais des médicaments et de transport, et la suppression des paiements officieux.

Source: HSKN, 2007

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 (WHO, 2006) a conclu que les moyens d'action - qui semblent les mieux à même d'accroître la disponibilité du personnel existant- sont ceux qui ont trait aux salaires et aux mécanismes de rémunération, qui visent à fournir le matériel nécessaire pour faire le travail requis et qui laissent une certaine marge d'indépendance et de flexibilité pour la gestion des tâches à accomplir. L'expérience en Afrique de l'Est et en Afrique australe montre aussi que les incitations non financières (p.ex. la formation, l'aide sociale, les perspectives de carrière, le soutien et l'encadrement) peuvent jouer un rôle considérable en motivant les professionnels de la santé à choisir entre travailler et assurer des services à un niveau particulier du système ou bénéficier d'un avancement, comme elles pourraient avoir un effet plus durable dans des circonstances d'inflation élevée et d'instabilité économique (Caffery & Frelick, 2006 ; Dambisya et al., 2005) (Encadré 9.14).

Les ressources humaines, tant dans le secteur structuré que dans le secteur non structuré, font partie intégrante des systèmes de santé. La majorité du personnel de santé sont des femmes dont la contribution aux systèmes de santé formel et informel est significative mais demeure sous-estimée et méconnue. Cet état de fait est partiellement dû à l'absence de données désagrégées selon le sexe, propres au secteur de la santé (WGEKN, 2007).

Les femmes qui assurent des services sanitaires informels et auxiliaires doivent être fortement soutenues par le système de santé et entretenir d'étroites relations avec les niveaux les plus élevés de soins.

Dans tout le système de santé, les personnels de santé constituent un groupe de pression puissant qui favorise une meilleure intégration des soins de santé et des déterminants sociaux de la santé. Les travailleurs de santé communautaire, qui sont loin d'être la « solution miracle » pour les systèmes de santé, offrent un nombre important d'avantages potentiels qui favorisent la viabilité et le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. En effet, dans la plupart des cas, la formation de ces travailleurs de santé communautaire nécessite moins d'argent et de temps; leurs prestations dans les services de santé locaux ont une valeur significative et ils sont moins exposés au risque d'exode des compétences à l'étranger. De plus, en ce qui concerne les conditions de recrutement, ils sont souvent plus disposés à occuper des postes dans les zones rurales (ou ils en sont issus effectivement) comme ils sont souvent plus familiarisés avec les normes, les traditions et les besoins en matière de santé des communautés au service desquelles ils travaillent (Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

ENCADRE 9.13: DEPENSES DIRECTES ET EQUITE EN SANTE

Les paiements directs versés par les patients au moment de la prestation des services ont une influence négative sur les conditions d'accès aux soins.

En Asie, les dépenses pour les soins de santé ont propulsé 2,7 % de la population totale de 11 pays à revenu faible et moyen au-dessous du seuil d'extrême pauvreté de 1$ US/ jour.

Une étude entreprise à travers l'Afrique sub-saharienne a révélé que « plus le quintile est pauvre, plus le taux d'usage des installations privées [pour traiter les infections respiratoires aiguës (IRA)] est élevé, plus le taux des personnes traitées pour l'IRA est bas, plus le taux d'enfants privés totalement d'immunisation est élevé et le taux de mortalité infantile atteint alors son pire niveau. »

Aux Etats-Unis, la contribution moyenne des employés à l'assurance-maladie offerte par la compagnie a augmenté de l'ordre de 143% en 2000. Quant à la moyenne des dépenses directes, des participations aux coûts des médicaments et des frais de co-assurance pour les consultations de médecins et les visites à l'hôpital, elle a augmenté de l'ordre de 115% au cours de la même période.

La moyenne des dettes médicales directes contractées par ceux qui ont fait faillite aux Etats-Unis était de 12000 $US ; 68% des personnes en faillite avaient contracté une assurance-maladie et 50% de toutes les faillites étaient partiellement causées par les dépenses médicales (http://www.nchc.org/facts/cost.shtml).

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.14: JUGULER LA FUITE INTERNE DES CERVEAUX EN THAILANDE

La fuite interne des cerveaux en Thaïlande a pu être jugulée grâce :

aux mesures incitatives à la fois financières et non financières pour encourager le travail dans les zones rurales : changement du statut du médecin qui de simple fonctionnaire devient un employé contractuel du secteur public, dispose d'un logement et bénéficie d'une reconnaissance ;

au soutien assuré dans le cadre d'un programme de plus grande envergure de développement rural durable.

La disponibilité différentielle des médecins entre la région rurale du Nord-Est et la capitale Bangkok a chuté de 21 en 1979 à 8,6 en 1986.

Source: HSKN, 2007

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.3

Constituer et renforcer les personnels de santé et développer leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé.

Aide aux personnels de santé

Les augmentations qui vont être apportées aux aides et à l'allègement de la dette sont censées contribuer au renforcement des systèmes de santé ainsi qu'au financement des charges récurrentes comme le recrutement et la formation des ressources humaines. Cependant, ce n'est toujours le cas. Les pays qui présentent une demande d'allègement de leurs dettes dans le cadre de l'initiative en faveur des Pays pauvres très endettés (PPTE) doivent élaborer un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) - un plan de développement national – qui est l'une des conditions à remplir pour être qualifié. Chaque DSRP (qui ouvre plus généralement la voie aux flux d'aides destinés à un bénéficiaire donné) s'inscrit dans un cadre plus restreint, celui d'un plan de contrôle des dépenses à délai d'exécution limitée – le cadre de dépenses à moyen terme (MTEF). Quoique ce cadre n'impose pas explicitement une limite budgétaire aux charges récurrentes à l'instar de celles relatives au recrutement et aux salaires destinés aux personnels de santé dont ces pays ont tant besoin, il semble cependant qu'il décourage de telles dépenses, menant à un sous-investissement dans les ressources humaines qui sont pourtant essentielles pour les systèmes de santé (Encadré 9.15).

Les initiatives mondiales pour la santé (GHI) – telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), Halte à la tuberculose (Stop TB), l'initiative « Roll Back Malaria » (en français « Faire reculer le paludisme »), et le programme multi-pays sur le SIDA (MAP) – ont apporté de nouvelles ressources considérables pour le développement et la santé à l'échelle internationale. Cependant, il y aurait un risque que de nouvelles lignes de financement substantielles circulant parallèlement au budget national ne viennent fausser les priorités nationales au niveau des dépenses à engager et des actions à entreprendre (Encadré 9.16). De même, ces initiatives mondiales de santé – offrant souvent des salaires plus élevés que ceux du secteur public – pourraient alors attirer les personnels de santé en les arrachant aux systèmes de santé, ce qui est de nature à aggraver le problème de manque de personnel.

La Commission recommande que :

9.4 Les agences internationales, les donateurs et les pouvoirs publics luttent contre la fuite des cerveaux en investissant surtout dans le développement et la formation des ressources humaines et en concluant des accords bilatéraux pour réguler les pertes et les gains.

Il est nécessaire que le nombre des professionnels de santé qualifiés soit suffisant à l'échelle locale pour étendre la couverture sociale, améliorer la qualité des soins et instaurer des partenariats réussis avec la communauté et d'autres secteurs (Kurowski et al., 2007). Cependant, dans maintes régions du monde, les salaires bas ainsi que l'absence d'infrastructures et les mauvaises conditions de travail poussent les ressources humaines qualifiées et expérimentées à émigrer (GKN, 2007). Certains pays à revenu élevé recrutent activement des médecins et du personnel infirmier en Afrique et en Asie. Une action à l'échelle internationale peut aider à redresser cette situation (Encadré 9.17).

ENCADRE 9.15: ALLEGEMENT DE LA DETTE, REDUCTION DE LA PAUVRETE ET SALAIRES DES PERSONNELS DE SANTE

La finalisation d'un cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) fait partie du processus d'approbation de plusieurs DSRP (il est une condition dans tout accord ou allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des PPTE). Les MTEF sont élaborés suite à des négociations engagées entre les ministères des Finances et le FMI, et donnent la priorité aux actions qui visent à diminuer au maximum les taux d'inflation, pour éviter tout déficit financier, plutôt qu'aux actions qui ont pour but de lutter contre la pauvreté ou de satisfaire des besoins sanitaires. Ce processus restreint le volume du budget total alors que la priorité tend à être accordée dans le budget aux dépenses obligatoires, comme le remboursement des dettes, limitant ainsi les budgets alloués aux différents secteurs. Une étude entreprise dans quatre pays africains a révélé que les ministres de la Santé ont de la difficulté à exercer leur influence sur le processus d'élaboration du budget. Quoique le FMI précise que des plafonds ne sont pas imposés aux charges récurrentes, telles que la masse salariale du secteur de la santé, il a été prouvé en pratique que le processus MTEF avait un effet suppresseur sur les allocations budgétaires destinées aux investissements consacrés au personnel de santé.

Source: GKN, 2007

ENCADRE 9.16: INITIATIVES MONDIALES POUR LA SANTE

Au moment où les initiatives mondiales pour la santé ont rapporté de nouveaux fonds aux systèmes de santé dans les pays à revenu faible et moyen (8,9 milliards de dollars en 2006 pour la lutte contre le HIV/SIDA seulement), il y a lieu de s'inquiéter du potentiel de ces programmes gérés verticalement à dérégler la manière selon laquelle la population gère les systèmes de santé et à exacerber les inégalités sanitaires. Etant donné que les initiatives mondiales pour la santé assurent, d'après les estimations, 90% du total de l'aide au développement pour la santé, elles jouent désormais un rôle important dans l'élaboration des politiques mondiales de santé. Toutes les initiatives mondiales pour la santé sont tenues de planifier, de financer et de s'occuper de l'impact exercé sur les systèmes de santé tout en portant un intérêt particulier à l'exode possible des personnels de santé à l'échelle tant locale que nationale.

Source: HSKN, 2007

Les systèmes de santé sont un important déterminant social de la santé. Il est vital de porter un intérêt particulier au niveau de soins primaire et de mener une action de plus grande envergure afin d'instaurer des soins de santé primaires à l'intérieur du système de santé tout en encourageant l'engagement de la communauté à évaluer les besoins. Il est aussi nécessaire, à l'intérieur des pays, d'allouer plus de fonds aux soins de santé dans presque toutes les structures concevables – les besoins étant les plus pressants dans les pays à revenu faible. Il est toutefois encore plus important d'assurer des modes de financement équitables, d'annuler tous les frais à payer directement qui sont de nature à dissuader tout usager potentiel ou à l'empêcher d'avoir accès et de tirer profit équitablement des soins de santé. Ceci implique le recours du secteur public, accessoirement, aux méthodes de pré-paiement dans le cadre de projets à plus petite échelle. Pour assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé, il est non seulement nécessaire d'engager des investissements pour leur recrutement et leur formation – dont une meilleure formation et sensibilisation aux questions de déterminants sociaux de la santé au sein des programmes d'enseignement dans les domaines de la médecine et de la santé – mais il faut aussi agir pour arrêter l'hémorragie massive du personnel résultant de l'émigration des professionnels de la santé des pays à revenu faible et de certains pays à revenu moyen.

ENCADRE 9.17: OPTIONS POLITIQUES POUR METTRE UN TERME A LA FUITE DES CERVEAUX DES PERSONNELS DE SANTE

Certaines options politiques existent pour lutter contre – voire pour juguler – la fuite des cerveaux des personnels de santé des pays les plus pauvres. Elles comprennent :

programmes de retour de migrants (coûteux et en grande partie inefficaces) ;

restrictions face à l'émigration (faibles, retardant souvent la migration) ou l'immigration (succès modestes, quoique critiquées pour avoir ciblé les professionnels de la santé plutôt que les autres migrants) ;

accords bi/multilatéraux pour gérer les flux migratoires entre les pays d'émigration et les pays d'accueil (succès relatif) ;

renforcement des capacités des ressources humaines locales dans le secteur de la santé des pays d'émigration (option très appréciée dans la documentation mais discutable pour les pays d'émigration dans le contexte des marchés mondiaux) ;

restitution (y compris le flux dans les deux sens des personnels de santé et une plus grande contribution des pays d'accueil à revenu élevé aux systèmes de santé et aux systèmes de formation dans le secteur de la santé des pays d'émigration à revenu faible).

Il y a une préférence pour les accords bilatéraux et la restitution qui s'avèrent être des options politiques prometteuses.

Source: GKN, 2007