

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DANS LA
RÉPARTITION DU POUVOIR, DE L'ARGENT ET DES
RESSOURCES



Le deuxième des trois principes d'action de la Commission est de :

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.

Que certains individus vivent dans l'abondance alors que d'autres se suffisent de peu ; que certains puissent mener une vie aisée pendant longtemps alors que d'autres ont droit à une vie courte voire souvent cruelle – et que ces différences soient perceptibles tant à l'échelle mondiale qu'à l'intérieur même des pays – n'est en aucun cas un phénomène naturel. Il n'est pas non plus un fait du hasard. L'inégalité dans les conditions de vie quotidienne est le fait de structures et de processus sociaux profonds. L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.

Les chapitres suivants exposent les aspects sous-jacents de la façon dont la société est organisée qui exercent une influence sur l'équité en santé – normes sociales et choix politiques qui se dégagent des processus d'élaboration de politiques, menant alors aux conditions inéquitables de développement, de vie et de travail décrites dans le chapitre 3. C'est à travers tous ces éléments que la valeur collective de l'équité en santé, le rôle vital de l'action publique et partant l'importance capitale du rôle directeur renforcé des pouvoirs publics s'imposent obligatoirement.

Cependant, il ne faut pas se faire des illusions compte tenu de la réalité des instances gouvernementales dans le monde actuel. Elles ne sont pas toujours favorables, ni engagées à garantir la justice sociale. Dans plusieurs circonstances, même quand leur engagement est fort, leurs capacités (qu'elles soient institutionnelles, financières, techniques ou humaines) sont faibles et insuffisantes. Même quand leur engagement et leurs capacités sont forts, le contexte mondial plus large peut, de plus en plus, freiner ou accélérer la mise en place des conditions nécessaires pour assurer de bonnes conditions de santé, équitablement. La construction de la volonté politique et des capacités institutionnelles est essentielle pour la réalisation des recommandations de la Commission. Mais il n'y a pas que les pouvoirs publics qui doivent agir. C'est plutôt par les processus démocratiques de participation de la société civile et d'élaboration des politiques publiques, relayés aux niveaux régional et mondial, étayés par des travaux de recherche sur les mesures propices à l'équité en santé et menés en collaboration avec les acteurs privés, qu'on peut œuvrer efficacement pour l'équité en santé.



CHAPITRE 10

L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques

“ Si les questions de santé sont présentes dans toutes les dimensions de la vie, ceci implique aussi que le risque est partout. Cet état de fait a des conséquences considérables sur la manière que nous adoptons pour formuler les politiques de santé et sur les choix que nous faisons pour confier les responsabilités en matière de santé au sein de la société.”

Illona Kickbusch (2007)

L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : PLUS ÉTENDUE QUE LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Tous les secteurs du gouvernement et de l'économie peuvent avoir une incidence sur la santé et l'équité en santé : les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la santé publique, pour ne citer qu'eux (Marmot, 2007). Quoique les politiques dans ces secteurs ne placent pas la santé parmi leurs principaux objectifs, il n'en demeure pas moins qu'elles ont une étroite corrélation avec la santé et l'équité en santé. Un agenda politique qui a pour objectif de soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé et qui favorise l'équité doit nécessairement établir un rapport entre la santé et les autres secteurs (Vega & Irwin, 2004) aux niveaux mondial, national et local.

Cohérence des politiques

Les politiques gouvernementales, en fonction de leur nature, peuvent profiter ou nuire à la santé et à l'équité en santé. Par exemple, un urbanisme qui favorise l'étalement des banlieues sans prévoir suffisamment de logements économiques, d'équipements locaux et de transports publics réguliers et d'un coût abordable ne contribue guère à promouvoir la santé pour tous (NHE, 2007).

La cohérence des politiques est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire. Par exemple, une politique commerciale qui encourage activement la production, le commerce et la consommation sans restriction d'aliments riches en graisses et en sucre au détriment de la production de fruits et légumes va à l'encontre de la politique de santé, qui recommande de consommer relativement peu d'aliments riches en graisses et en sucre et davantage de fruits et de légumes (Elinder, 2005). La mise en place d'un processus qui vérifie l'action cohérente de l'ensemble du gouvernement, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé.

Le secteur de la santé est un point de départ crucial de toute approche visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Riche en ressources et bien organisé, ce secteur peut offrir des prestations qui vont au-delà du simple traitement des maladies (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Il peut promouvoir l'équité en santé en accordant une attention particulière aux circonstances et aux besoins des groupes socialement défavorisés et marginalisés (HSKN, 2007) tout comme il peut endosser un rôle de tutelle pour promouvoir la cohérence des politiques gouvernementales (PPHCKN, 2007c).

Reconnaître le rôle de l'action intersectorielle en faveur de la santé et les obstacles qui l'entravent

L'action intersectorielle (AIS) en faveur de la santé – qui se traduit par une coordination des politiques et par une action au sein et en dehors du secteur sanitaire – peut être une stratégie essentielle pour réaliser la cohérence des politiques et pour agir, plus généralement, sur les déterminants sociaux de la santé et de

l'équité en santé (PHAC, 2007). La Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue en 1978 à Alma Ata (WHO & UNICEF, 1978), la première Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa en 1986 (WHO & UNICEF, 1986), la Conférence mondiale de l'OMS sur l'action intersectorielle en faveur de la santé de 1997, et, plus récemment, la Conférence sur la promotion de la santé tenue à Bangkok en 2005 (WHO, 2005d) ainsi que le thème retenu par la présidence finlandaise de l'UE appelant à l'intégration de la santé dans toutes les politiques (Stahl et al., 2006), ont reconnu que les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous profiter ou nuire à la santé. Ils ont aussi reconnu et autorisé l'expansion de l'influence de la santé et proposé des actions à mener dans tous les secteurs de la société.

Malgré le fait que l'action intégrée sur les facteurs sociaux fait l'objet d'un intérêt croissant à l'échelle mondiale, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a pas encore été systématiquement traduite par des approches politiques ni même par une politique intégrée favorable à l'équité. Les pays ne disposent pas tous des ressources nécessaires pour adopter une telle politique en faveur de l'équité en santé. En effet, plusieurs pays à revenu faible et moyen, en diminuant avec le temps le volume de leurs investissements consacrés à l'infrastructure et aux ressources humaines, suite aux politiques d'ajustement adoptées dans les années 1980 et 1990, ont réduit la capacité de l'État. Cette situation a été davantage aggravée par le double fardeau sans précédent des infections et des maladies chroniques (Epping-Jordan et al., 2005). D'autres pays ont soutenu que des raisons d'ordre pratique et des limitations fiscales ont favorisé le maintien exclusif des approches « centrées sur les maladies », ce qui a eu peu d'effets sur le fardeau des maladies dans les pays à revenu faible et moyen (Magnussen et al., 2004). On reconnaît aussi que l'AIS en faveur de la santé entretient des relations essentiellement tendues avec le cadre structurel à l'intérieur duquel les pouvoirs publics mènent leur action (Vincent, 1999). De plus, les différents départements gouvernementaux ont non seulement des mandats qui se font concurrence mais ils pourraient avoir, et ont souvent, des intérêts et des idéologies rivaux et bénéficient d'une protection territoriale (Logie, 2006).

Même si les progrès réalisés semblent lents, les systèmes de santé subissent des changements en passant des interventions directes qui s'occupent de maladies spécifiques à des réformes de plus grande envergure, sur les plans social, culturel et économique, qui s'attaquent aux causes profondes de la mauvaise santé (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004). Les politiques cohérentes et l'AIS ont été utilisées à l'échelle mondiale pour relever un grand éventail des défis posés par la politique publique sur les plans sanitaire et socio-économique, y compris l'action sur des déterminants de santé bien précis et des populations, communautés, maladies et comportements sanitaires spécifiques (CW, 2007). L'épidémie mondiale d'obésité est un bon exemple de résultat sanitaire suivant un modèle social qui est la conséquence des changements apportés dans une pléiade de facteurs sociaux. Les causes de l'obésité de nature multifactorielle ont donné lieu à une AIS qui a souvent compris des remèdes sectoriels cohérents et une action à l'échelle de la communauté (Encadré 10.1).

Dans une moindre mesure, les cadres politiques plus larges qui s'intéressent explicitement à la santé – par exemple, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni (Stahl et al., 2006) – ont mis

l'accent sur l'AIS considérée comme une stratégie essentielle (PHAC, 2007).

Au-delà des pouvoirs publics

La santé peut être un point de ralliement pour différents secteurs et acteurs – par exemple, quand la communauté locale conçoit un plan de santé pour elle-même (Dar-es-Salaam, le programme ville-santé de la Tanzanie), accorde aux citoyens la possibilité de voter pour les priorités lors de l'allocation des ressources locales au secteur de la santé (budget participatif à Porto Alegre au Brésil), œuvre pour réduire l'incidence de la dengue (Programme Marikina Healthy Cities aux Philippines), ou encore quand l'ensemble de la communauté participe à la conception d'espaces qui encouragent les déplacements à pied et en vélo (Healthy by Design, Victoria, Australie) (Mercado et al., 2007). Engager des personnes et des institutions clés et sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile sont des pas essentiels vers une action intégrée pour l'équité en santé.

Il va sans dire qu'il est nécessaire d'adopter une approche cohérente pour l'équité en santé en engageant une action sur les déterminants sociaux dans tous les contextes socio-culturels et socio-économiques. Cependant, il n'y a pas d'approche uniformisée mais des principes qui peuvent être adaptés à l'action à entreprendre dans une variété de contextes. Dans certains contextes, l'action dans un seul secteur peut avoir un impact considérable sur l'équité en santé. Dans d'autres cas, l'approche intégrée intersectorielle peut être vitale.

CONSTRUIRE UNE APPROCHE COHERENTE POUR L'EQUITE EN SANTE

Une action cohérente est nécessaire à l'intérieur des secteurs et entre eux à tous les niveaux de la gouvernance, de la mondiale à la locale. Les recommandations formulées dans ce chapitre se basent sur les leçons tirées du travail entrepris par la Commission à l'intérieur des pays (CW, 2007 ; PHAC, 2007 ; PHAC & WHO, 2008b) et s'intéressent particulièrement aux instances gouvernementales nationales tout en se référant parfois aux données mondiales en provenance de l'OMS et au rôle joué

par la société civile aux niveaux national et local. Consulter le chapitre 15 (Bonne gouvernance mondiale) pour obtenir de plus amples détails sur l'AIS et la cohérence des politiques à l'échelle internationale et le chapitre 12 (*Responsabilité du marché*) qui traite de la cohérence des contributions du secteur privé.

Equité en santé en tant qu'indicateur de progrès sociétal

La Commission recommande que :

10.1. L'autorité législative et les organismes de contrôle équivalents se fixent pour objectif l'amélioration de l'équité en santé à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé en incluant dans les critères de performance du gouvernement (cf. Rec. 13.2 ; 15.1).

Faire de l'équité de santé un indicateur du progrès de la société nécessite son adoption et sa direction par les plus hautes instances des pouvoirs publics d'une nation. L'autorité législative, ou tout autre organisme directeur, est l'institution clé capable de promouvoir l'équité en santé grâce à ses différents rôles représentatif, législatif et de contrôle (Mususka & Chingombe, 2007). Comme le montre l'expérience du Royaume-Uni, la participation du cabinet à la direction politique est cruciale. En effet, pendant les années 1980 et 1990, les données factuelles compilées dans le « Rapport noir » (« Black Report ») ont peu influencé la politique du gouvernement. Depuis 1997, après le nouveau regard jeté sur les inégalités sanitaires dans le Rapport Acheson, le gouvernement britannique, grâce à la volonté politique, a placé la justice sociale parmi les priorités de sa politique socio-économique en mettant en place une stratégie gouvernementale pour réduire les inégalités sanitaires (cf. Encadré 10.3).

Le secteur de la santé est le protecteur de la santé, le défenseur de l'équité en santé et le négociateur qui appelle à l'adoption d'objectifs sociaux de plus grande envergure. Il est, par conséquent, important que les ministres de la Santé, soutenus par leurs ministères, soient bien équipés pour jouer ce rôle de tutelle au sein du gouvernement, comme ce fut le cas au Royaume-Uni. C'est en permettant à tous les acteurs politiques de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé qu'il est possible

ENCADRE 10.1: ACTION INTERSECTORIELLE SUR L'OBESITE

L'obésité devient un vrai défi de santé publique dans les pays en transition comme elle l'est déjà dans les pays à revenu élevé. La prévention de l'obésité et l'amélioration des niveaux de prévention déjà existants nécessitent des approches qui garantissent un approvisionnement de vivres écologiquement durable, adéquat et nutritif; une sécurité matérielle ; un habitat construit qui se prête à l'adoption de choix alimentaires plus sains et à la participation à des activités physiques organisées ou non ; et un environnement familial, éducatif et de travail qui renforce la vie saine et rend les individus capables de faire des choix sains. Une infime partie de cette action fait partie des compétences et des responsabilités du secteur de la santé. Des progrès positifs ont été réalisés dans

les actions menées par les secteurs de la santé et les autres secteurs – par exemple, les habitations citadines saines conçues conjointement par des urbanistes et des professionnels de la santé et l'interdiction des publicités sur les aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel pendant les programmes télévisés destinés aux enfants. Cependant, un défi de taille doit encore être relevé si nous comptons vraiment résoudre le problème de l'épidémie mondiale de l'obésité : il faut mener une action en collaboration avec plusieurs secteurs, à part celui de la santé, dans des domaines où il est nécessaire d'intervenir, tels que le commerce, l'agriculture, l'emploi et l'éducation.

Source: Friel, Chopra & Satcher, 2007

EQUITE EN SANTE DANS TOUS LES SYSTEMES : CHAMP D'ACTION 10.1

Confier la responsabilité de l'action pour la santé et l'équité en santé aux plus hautes instances gouvernementales et veiller à ce que toutes les politiques y contribuent de façon cohérente.

de préparer le terrain sur le plan politique (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). De même, la présentation stratégique des informations relatives à la situation de l'équité en santé qui met en évidence les frais encourus à cause des inégalités sanitaires tout en mettant l'accent sur les synergies entre les secteurs et les occasions d'intervention, est une action cruciale qui encourage le pouvoir politique à s'engager et qui peut être menée par les ministres de la Santé.

Cohérence des politiques – mécanismes pour soutenir la mise en œuvre de l'équité en santé dans toutes les politiques

La réalisation de l'équité en santé à travers une politique à tous les niveaux du gouvernement nécessite, en plus d'un fort soutien et d'une direction solide sur le plan politique, la mise en place ou le renforcement des processus et des structures au sein du gouvernement et d'autres organismes. D'où la nécessité d'avoir l'accès en toute transparence à des informations et des ressources dans les différents services administratifs

La Commission recommande que :

10.2. Les instances gouvernementales nationales mettent en place un mécanisme à l'échelle de l'ensemble de l'administration dont elles sont tenues de rendre compte devant le Parlement et qu'elles en confient la direction, autant que possible, aux plus hautes instances politiques (cf. Rec. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

Tout mécanisme à l'échelle de l'ensemble du gouvernement concerné par la santé et l'équité en santé peut revêtir diverses formes. Par exemple, des pays faisant partie de la Communauté pour le Développement de l'Afrique Australe (SADC) ont formé des comités de portefeuille parlementaires chargés de surveiller les activités des différents secteurs du gouvernement, à savoir

la santé, l'éducation, l'exploitation minière, l'agriculture et le transport. Certains programmes de réforme en Afrique orientale et australe ont bénéficié du soutien de spécialistes professionnels et de budgets spécifiques destinés aux activités des comités de portefeuille. L'exemple du Comité zambien de portefeuille parlementaire pour la santé, le développement communautaire et l'aide sociale est une illustration de l'approche globale adoptée qui a encouragé la participation active de tous les secteurs pour traiter le problème du VIH/SIDA (Encadré 10.2).

Identifier les solutions politiques bénéfiques à tous

Pour que le mécanisme à l'échelle de l'ensemble du gouvernement soit efficace, il est essentiel que les organismes gouvernementaux et les acteurs de l'administration conjuguent leurs efforts, disposent de mandats qui leur confèrent de larges pouvoirs et puissent déterminer clairement les avantages tirés par chaque secteur. Il serait aussi utile d'identifier les priorités dans les différents secteurs et de fixer des objectifs à court et long terme pour instaurer l'équité en santé ainsi que les objectifs qui permettent l'intégration des éléments propres à la politique de l'équité en santé dans les programmes de chaque secteur (CW, 2007). C'est en effet en trouvant des solutions politiques qui peuvent satisfaire aux besoins des différents secteurs tout en menant à une vision commune qu'il serait possible d'aboutir à un engagement sur les plans politique et administratif. L'initiative « Health in All Policies » (La santé dans toutes les politiques) lancée dans l'état de l'Australie du Sud constitue un exemple du travail entrepris récemment dans un pays à revenu élevé afin de mettre à profit le Plan stratégique existant et de développer les compétences et les mécanismes nécessaires pour mettre en œuvre une approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement en faveur de la santé et de l'équité en santé (cf. <http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm>).

ENCADRE 10.2: COMITE ZAMBIEN DE PORTEFEUILLE PARLEMENTAIRE POUR LA SANTE, LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE ET L'AIDE SOCIALE

Le Comité zambien de portefeuille parlementaire pour la santé, le développement communautaire et l'aide sociale s'est chargé de mener une étude analytique sur la situation du virus HIV et du SIDA en 1999, et ce en collaboration avec les instances gouvernementales et les parties prenantes dans les ONG. L'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA, ayant suscité l'inquiétude du Comité, l'a poussé à évaluer la performance de la politique gouvernementale à l'égard du HIV/SIDA en 2000. Le Comité a aussi entrepris une visite au Sénégal pour mener une étude comparative sur le HIV et le SIDA. En se basant sur ces études, le Comité a émis des recommandations qui appelaient à une plus grande participation des parlementaires dans les affaires sanitaires en relation avec le VIH/SIDA. Ces recommandations figurant dans le rapport du Comité soumis au Parlement en novembre 2002 prévoyaient, entre autres, les AIS suivantes :

Les instances gouvernementales doivent envisager d'aider à la mise en œuvre d'activités sur la santé génésique couvrant la prévention et le contrôle du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans toutes les circonscriptions.

Afin de sensibiliser la main-d'œuvre, il est nécessaire que les syndicats, conjointement avec la Fédération zambienne des employeurs et la Chambre du Commerce et de l'Industrie, incluent les activités de prévention et de contrôle du VIH/SIDA dans leurs programmes sur les lieux de travail.

Afin de sensibiliser les écoliers aux dangers du VIH/SIDA, les instances gouvernementales doivent envisager l'introduction dans les programmes scolaires de l'éducation sexuelle qui traitera entre autres des sujets relatifs au VIH/SIDA.

Les instances gouvernementales doivent réglementer les activités sociales qui sont soupçonnées d'encourager la dissémination du VIH, à l'instar de la vente des boissons alcooliques et les heures d'ouverture et de fermeture des bars et des boîtes de nuit.

Les instances gouvernementales, les ONG ainsi que les organisations au sein des communautés doivent travailler conjointement pour mettre en place une assistance téléphonique 24h/24 et fournir gratuitement des informations et des conseils au public.

Les instances gouvernementales et toutes les parties prenantes doivent urgemment entreprendre des démarches auprès des sociétés pharmaceutiques internationales et des agences de financement pour négocier une réduction substantielle des prix des médicaments antirétroviraux pour les rendre plus accessibles aux personnes qui en ont besoin.

Les parlementaires et les autres décideurs doivent approfondir leurs connaissances sur la situation du VIH/SIDA en Zambie et doivent prendre conscience des principales possibilités qui sont offertes au pays et des grands défis auxquels il fait face.

Source: Musuka & Chingombe, 2007

S'adapter au contexte

Différentes approches sur les plans politique et sectoriel sont plus ou moins réalisables pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et dépendent de la marge de soutien fournie par les contextes politiques (PHAC, 2007). Par exemple, dans les contextes où l'équité figure parmi les priorités des agendas tant politique que social et là où les ressources et l'infrastructure existantes soutiennent l'action menée, l'équité en santé pour toute la population est souvent un objectif à atteindre et se prête à des approches à l'échelle de l'ensemble du gouvernement dans lesquelles la santé occupe une place dans toutes les politiques – c'est le cas de Cuba, de la Norvège, du Royaume-Uni (Angleterre) (Encadré 10.3), de la Finlande (Stahl et al., 2006) et de la Nouvelle-Zélande.

Dans d'autres contextes, l'AIS pourrait être irréalisable. Dans ce cas-là, et afin d'assurer de meilleures conditions de santé et une plus grande équité en santé, il serait opportun de prêter attention à la nature des politiques et des actions menées à l'intérieur des secteurs et d'œuvrer en vue d'élaborer des politiques cohérentes. L'exemple du Sri Lanka (Encadré 10.4) en est une bonne illustration. En effet, malgré le fait que le Premier ministre du Sri Lanka a reconnu l'AIS et s'y est engagé, les structures et les capacités existantes n'étaient pas adaptées pour la soutenir. Cependant les résultats ont été concluants puisque grâce à l'action cohérente et efficace qui a été menée dans les différents secteurs, le modèle de soins de santé primaires a été la principale approche adoptée dans le système de santé.

Il est essentiel de continuer à soutenir les modèles innovateurs de

ENCADRE 10.3: ACTION INTERGOUVERNEMENTALE SUR LES INÉGALITÉS SANITAIRES AU ROYAUME-UNI

Le rapport Acheson sur les inégalités sanitaires a passé en revue les limites des agendas individuels relatifs à la justice sociale et aux inégalités sanitaires tout en mettant en évidence l'importance de l'action conjointe. En 2002, dans le cadre des négociations sur les dépenses menées officiellement par le gouvernement, le Département de la santé et le ministère britannique des Finances (Treasury) ont dirigé les débats qui ont eu lieu entre 18 départements en vue d'élaborer un plan d'action pour atteindre les objectifs visés et pour identifier la contribution attendue de chaque partie dans le gouvernement. L'autorité financière et politique du ministère des Finances a été utile car ce dernier a incité les départements à s'engager en faveur d'un objectif transsectoriel. Ainsi, un accord a été facilement conclu entre les départements pour mettre l'expertise et les ressources existantes au service des priorités gouvernementales.

Le Programme d'action 2003 a identifié 82 engagements disposant des fonds nécessaires et relevant de 12 départements gouvernementaux qui, pendant les trois années suivantes, étaient susceptibles de jeter les bases nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour 2010 et assurer un impact durable sur les déterminants de la santé en général. Le Programme d'action a fourni un cadre

stratégique qui oriente toutes les actions vers un seul objectif. Ceci requiert une coordination gouvernementale, tant nationale que locale, et une performance sans faille des systèmes de gestion pour diriger l'action. Un processus ouvert de vérification régulière, de transmission de données et de révision permet de comprendre la trajectoire suivie pour atteindre l'objectif et de peaufiner l'approche. Des rapports d'étape ont été publiés en 2005 et 2008.

L'objectif visé a forcé le gouvernement à assurer la coordination des activités. Pour cela, une bonne communication était nécessaire entre les départements et la direction du ministère des Finances. Les plans nationaux placent désormais les inégalités sanitaires au premier rang des priorités des planificateurs des services de santé et des autorités locales, au moment où les directives et le soutien du pouvoir central ciblent les secteurs les moins performants et promeuvent les meilleures pratiques. L'actuel ministre britannique de la Santé a fait des inégalités sanitaires sa priorité, incitant le Service de santé nationale, qui a célébré son 60^{ème} anniversaire en 2008, à mettre en pratique ses principes fondateurs d'universalité et d'équité.

Source: Hayward, 2007

ENCADRE 10.4: SRI LANKA – UNE APPROCHE SECTORIELLE COHERENTE EN FAVEUR DE LA SANTÉ

Le Sri Lanka a connu une rapide transition dans le secteur de la santé, de 1950 à 1975, qui a favorisé une meilleure espérance de vie et a réduit la mortalité et la fertilité. Cette amélioration dans les conditions de santé a eu lieu en concomitance avec l'amélioration des conditions de bien-être dans d'autres états. Chaque secteur a poursuivi ses objectifs simultanément afin d'améliorer les conditions dont il assumait la responsabilité. Les processus intersectoriels n'ont pas abouti à des programmes clairement formulés de l'AIS en faveur de la santé dans le cadre desquels les secteurs, autres que ceux de la santé, étaient censés identifier leur contribution à la santé et coordonner consciencieusement leurs activités pour produire le résultat sanitaire désiré. Cet échec est attribué aux structures de décision existantes, à la culture administrative prévalente et

à l'incapacité d'identifier et de dynamiser les liens intersectoriels.

Le cas du Sri Lanka montre que les processus, dans leur majeure partie, agissent indépendamment les uns des autres mais ont un effet simultané sur l'amélioration du bien-être en général dont la santé est un composant essentiel. Ces processus nécessitent (1) une stratégie globale de développement social, (2) un processus politique qui permet de dégager un large consensus pour une telle stratégie, (3) une attitude qui accorde, autant que possible, la même importance et le même engagement à chacun des indicateurs clés et (4) un partage des responsabilités à l'égard du programme au niveau des plus hautes instances gouvernementales.

Source: PHAC & WHO, 2008

gestion gouvernementale et les structures stimulantes susceptibles d'encourager la coopération intersectorielle, comme l'action sur les objectifs prioritaires entre le ministère de la Santé et un autre ministère. A titre d'exemple, au Mozambique, le ministère de la Santé a travaillé avec le ministère des Travaux publics pour améliorer l'accès à l'eau et aux équipements sanitaires afin de réduire la mortalité infantile. Au Brésil, la collaboration entre le ministère de la Santé et le ministère chargé des affaires familiales a permis l'élaboration du Plan National pour l'Alimentation et la Nutrition (Encadré 10.5).

Il existe des structures de planification basées sur l'AIS en faveur de la santé, comme l'approche Stepwise de surveillance de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques (Encadré 10.6) que les pays peuvent adapter à leurs propres besoins.

Financer l'action intersectorielle

Les infrastructures et les actions intergouvernementales munies des ressources adéquates et utilisant une panoplie de mécanismes financiers sont l'élément essentiel des efforts qui soutiennent l'AIS au sein du gouvernement (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*). Il est possible d'exiger l'AIS comme condition de financement. Le gouvernement canadien a recours à cette approche pour son Fonds pour la santé de la population (FSP) qui consent des subventions et des dons aux organismes académiques, communautaires et bénévoles afin d'atteindre les objectifs fixés dans les politiques et les programmes en relation avec les enfants, les personnes âgées et les autres groupes de la population et afin d'augmenter la capacité de la population à agir

sur les déterminants sociaux de la santé grâce à des approches basées sur l'AIS. Pour soutenir des objectifs communs, les secteurs dont l'action est freinée par les contraintes imposées par les accords de financement sur les ressources non financières (par ex. les personnes, les informations, l'expertise, l'espace physique et la technologie) ont eu recours aux ressources en nature. Ces dispositions de paiement en nature conclues entre les organisations donne une plus grande flexibilité qui permet de s'adapter aux besoins changeants du travail intersectoriel au cours des différentes étapes d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques.

Impact de la politique gouvernementale sur l'équité en santé

Afin de déterminer si les politiques gouvernementales ont réussi à améliorer les conditions de santé et d'équité en santé, il est nécessaire que les différents départements gouvernementaux fixent des objectifs à court et moyen terme accompagnés des indicateurs qui leur sont associés en fonction desquels le progrès peut être mesuré. Pour les politiques en voie d'élaboration, une évaluation préliminaire de leurs effets potentiels à court et long terme sur l'équité en santé aiderait à apporter les changements nécessaires avant leur mise en œuvre.

La Commission recommande que :

10.3. Le contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé soit institutionnalisé et que les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé soient utilisées pour

ENCADRE 10.5: PLAN NATIONAL BRÉSILIEN POUR L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION (PNAN)

Le PNAN garantit à tous les citoyens les conditions nécessaires pour accéder en permanence à une alimentation suffisante, saine et satisfaisante sur le plan nutritionnel sans pour autant compromettre l'accès aux autres besoins essentiels. Il a été mis en œuvre parallèlement au Programme de santé familiale.

Ces deux politiques ont contribué, par exemple, à promouvoir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la réglementation des publicités consacrées aux aliments pour enfants dans les médias.

Source : Buss & Carvalho, 2007

ENCADRE 10.6: APPROCHE STEPWISE DE SURVEILLANCE DE L'OMS POUR LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

L'approche Stepwise offre une approche flexible et pratique en matière de santé publique pour aider les ministères de la Santé à établir un équilibre entre les différents besoins et priorités tout en mettant en œuvre des interventions basées sur des données factuelles telles que celles qui ont été recommandées dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (Cclat) et la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé

Cette approche est régie par un ensemble de principes basés sur une approche de santé publique pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques :

Les instances gouvernementales au niveau national assurent le cadre fédérateur pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques de telle sorte que toutes les actions menées à tous les niveaux et par toutes les parties prenantes se soutiennent mutuellement.

L'AIS est nécessaire à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques car les principaux déterminants du fardeau des maladies chroniques se

trouvent à l'extérieur du secteur de la santé.

Les politiques et les programmes se concentrent sur les facteurs de risque fréquents et transcendent certaines maladies.

Les interventions individuelles et à l'échelle de la population sont combinées.

Des jalons clairs et pertinents sur le plan local sont posés pour chaque étape et à chaque niveau de l'intervention tout en accordant un intérêt particulier à la nécessité de réduire les inégalités sanitaires.

Etant donné que la plupart des pays ne disposeront pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre dans l'immédiat tout ce qui est prévu par le programme politique dans son ensemble, les activités qui sont immédiatement réalisables et susceptibles d'avoir l'impact le plus important pour les investissements sont mises en œuvre en premier. Ce principe réside au cœur de l'approche Stepwise.

Source: WHO, 2005c

toutes les politiques gouvernementales, y compris celles des finances (cf. Rec. 12.1, 15.1, 16.2, 16.7).

Le fait d'alimenter un système national de surveillance de la santé en informations quotidiennes sur les aspects associés à l'équité en santé dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé de la population peut servir non seulement de mécanisme pour orienter les politiques sanitaires favorables à l'équité mais peut aussi servir d'instrument pour soutenir l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 10.7) (cf.

Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

L'évaluation de l'impact sur l'équité en santé est un nouvel instrument de soutien qui favorise la cohérence des politiques en matière d'équité en santé. Il est utilisé, d'une part, pour évaluer les conséquences potentielles des politiques sur l'équité en santé qui sont prises en compte dans le processus de prise de décision et, d'autre part, pour encourager les ministères concernés et les parties prenantes à engager un dialogue (Douglas &

ENCADRE 10.7: CONTROLER LES INEGALITES SANITAIRES EN NOUVELLE-ZELANDE

La Nouvelle-Zélande a lancé une approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement pour réduire les inégalités sanitaires, notamment ce qui concerne les moyens d'interaction entre les inégalités ethniques et socio-économiques. Les principaux documents sur la politique publiés en 2000 et 2002 ont intégré les inégalités sanitaires au cœur de tous les niveaux de l'action menée dans le secteur de la santé et ont fourni un modèle (Reducing Inequalities in Health Framework) sur les moyens de réduire les inégalités sanitaires. La Nouvelle-Zélande s'est distinguée par une performance particulièrement bonne puisqu'elle a contrôlé les inégalités avec ténacité et en a rendu compte de manière à faciliter au mieux l'action à entreprendre. Ceci a été rendu possible à travers un certain nombre de mécanismes, dont

l'importance extrême accordée à la mention de l'appartenance ethnique dans le secteur de la santé, l'appariement routinier entre les données du recensement et les taux de mortalité et l'utilisation à grande échelle de l'Indice de défavorisation de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Deprivation Index), qui mesure les désavantages subis par les petites régions selon les résultats du recensement. Ces approches ont suscité l'intérêt intersectoriel à l'égard des inégalités, ont favorisé les débats dans les cercles académiques et politiques sur les causes profondes des inégalités et ont fourni aux agences sociales des données factuelles à partir desquelles elles peuvent élaborer des programmes et des politiques visant à réduire les inégalités sanitaires dans leurs secteurs respectifs.

Source: WHO & PHAC, 2007

ENCADRE 10.8: EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) DE LA STRATEGIE POUR LA SANTE DE LONDRES

En 2000, la London Health Commission (LHC) a été formée par le Maire de Londres en tant que commission indépendante dans le cadre de la mise en œuvre de la première stratégie pour la santé de Londres. Son principal objectif était de réduire les inégalités sanitaires dans la capitale et d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de tous les Londoniens grâce à une prise de conscience des inégalités sanitaires et à la promotion d'une action coordonnée pour améliorer les déterminants de la santé partout à Londres. La LHC a atteint ses objectifs en influençant les principaux décideurs et praticiens en santé publique, en supportant l'action locale et en traitant des questions prioritaires précises à travers des programmes conjoints. La LHC a achevé l'étude d'évaluation de l'impact sanitaire (EIS) sur toutes les stratégies municipales réglementaires et sur certaines stratégies non réglementaires. L'approche adoptée à cet égard a compris les démarches suivantes :

Formation d'un groupe directeur ;

Examen initial d'un projet de stratégie et définition de son ampleur;

Evaluation rapide des données factuelles ;

Participation des parties prenantes à un atelier de travail consacré à l'évaluation des politiques;

Compte rendu des recommandations au Maire ;

Mise en œuvre des recommandations en stratégies finales ;

Contrôle et évaluation

Publication d'études analytiques sur les données factuelles et de rapports sur le processus d'EIS

Une évaluation indépendante a montré que le processus d'EIS de la LHC a apporté un plus aux stratégies londoniennes et que l'approche est rentable. Le processus d'EIS a mieux sensibilisé les parties prenantes à l'impact des politiques à plus grande échelle sur la santé. Ceci a favorisé la prise en considération de la santé plus tôt lors de l'élaboration des stratégies et a contribué à faire avancer le développement des méthodes et des instruments du processus d'EIS et de la base des données factuelles.

Source: NHS, 2000

EQUITE EN SANTE DANS TOUS LES SYSTEMES : CHAMP D'ACTION 10.2

Organiser le secteur de la santé - adopter un cadre d'après les déterminants sociaux de la santé pour toutes les fonctions politiques et programmatiques du ministère de la Santé et renforcer le rôle de tutelle de celui-ci pour que l'ensemble du gouvernement applique une approche fondée sur les déterminants sociaux.

Scott-Samuel, 2001). L'instrument le plus fréquemment utilisé actuellement, à savoir l'évaluation de l'impact sanitaire (EIS), pourrait être adapté aux objectifs visés par l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé (Encadré 10.8) (cf. Chapitre 16: Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation pour de plus amples détails sur la manière de mener une étude d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé).

Action au sein du secteur de la santé

En fin de compte, une action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé est nécessaire à l'échelle de l'ensemble du gouvernement ainsi qu'à celle des autres principales parties prenantes. Cependant, le secteur de la santé est en lui-même une place de choix où il est possible de commencer à édifier le soutien et les structures nécessaires pour encourager une telle action. Quant au ministre de la Santé, soutenu par le pouvoir exécutif, il est tenu de renforcer son rôle de tutelle pour l'AIS en faveur de la santé et de l'équité en santé. Pour se faire, il doit consacrer du temps et des ressources financières au renforcement des compétences et des capacités requises du personnel de santé et mettre en place des structures de récompense pour tout travail intersectoriel entrepris.

La Commission recommande que :

10.4. Le secteur de la santé, sous la houlette du ministère de la Santé, étende ses politiques et ses programmes destinés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins de santé afin d'y inclure l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 9.1).

Compétences et capacités

L'adoption de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au sein du ministère de la Santé nécessitera non seulement une volonté politique mais aussi des ressources financières et humaines au sein même de ce ministère. Il est probablement nécessaire d'approfondir les compétences et les connaissances du personnel chargé du programme compte tenu :

- De la nécessité de diversifier et de cibler l'ensemble des interventions afin de satisfaire les besoins et de s'adapter aux circonstances spécifiques aux différents groupes ;
- De l'éventail de plus en plus large des interventions en amont nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé avant qu'ils ne manifestent des vulnérabilités et des résultats sanitaires différentiels ;

- Des conditions à satisfaire pour engager le dialogue politique et public, pour assurer la coordination entre les programmes et les secteurs et pour comprendre et gérer les processus de changements complexes sur les plans social, économique et politique.

C'est en établissant des liens plus étroits entre une panoplie de disciplines complémentaires, telles que la santé publique, la promotion de la santé, l'urbanisme, l'éducation et les sciences sociales qu'il serait alors possible de développer les moyens conceptuels et pratiques de toute action commune dans le cadre de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Il est aussi nécessaire d'étendre la formation régulière et professionnelle pour qu'elle couvre une large gamme de déterminants sociaux de la santé (cf. Chapitre 16 : Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation). L'exemple de Cuba montre comment l'AIS s'est développée progressivement dans le pays, en intégrant le développement des compétences qui est devenu le fer de lance de l'AIS en faveur de la santé (Encadré 10.9).

Support financier pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé

Afin d'assurer une application réussie de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre des fonctions politiques et programmatiques du ministère de la Santé, il est crucial d'allouer les ressources nécessaires qui font la différence (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*). Il est possible de s'inspirer des méthodes adoptées par d'autres pays pour lever les fonds nécessaires aux activités de promotion de la santé (IUHPE, 2007). Ainsi, les impôts hypothéqués, comme les taxes sur le tabac, par exemple, seraient affectés durablement à l'action qui se base sur l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Un autre moyen possible pour l'affectation des ressources serait de consacrer un certain pourcentage des fonds de l'assurance-maladie nationale à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Cependant, pour soutenir la génération et l'affectation des ressources, il est nécessaire d'instaurer des structures motivantes au sein du ministère de la Santé, dont des primes financières et départementales pour renforcer la reddition des comptes sur les questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé tout en garantissant le contrôle des effets de l'équité dans le cadre des programmes mis en œuvre par le secteur de la santé.

Renforcement des institutions

Afin d'institutionnaliser, de mettre en œuvre et de gérer l'équité en santé dans toutes les politiques, les systèmes et les

ENCADRE 10.9: CUBA – OUTILS POUR CONTROLER ET EVALUER L'EFFICACITE DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

Le développement du système cubain de santé publique a traversé trois phases qui ont été ponctuées par un intérêt croissant pour la collaboration intersectorielle. L'accent qui a été mis, dans les années 1960, sur la médecine curative et l'extension de la couverture sociale a permis d'accorder une plus grande importance à la prévention, à la réglementation et aux groupes à risque dans les années 1970 et 1980 qui ont été marquées, à leur tour, par le recours croissant aux commissions de planification intersectorielle et par le développement des polycliniques qui ont favorisé des approches globales pour le traitement des maladies. Dans les années 1990, le développement a aussi touché la santé familiale et communautaire tout en mettant davantage l'accent sur l'AIS à travers la création de conseils locaux de santé et la consécration de l'AIS

comme l'un des principes essentiels de la fourniture des soins de santé publique. Des programmes de formation ont été élaborés et mis en œuvre pour renforcer les compétences des professionnels de la santé publique et des décideurs dans le domaine de la collaboration intersectorielle. Une équipe de l'école nationale de santé avait mené une évaluation systématique des activités intersectorielles en ayant recours à un questionnaire et à une méthodologie standardisés qui abordent certaines dimensions intersectorielles importantes dont le niveau de connaissances sur l'AIS chez les acteurs du secteur de la santé et d'autres secteurs et la présence de l'AIS dans les objectifs stratégiques des municipalités et des conseils municipaux de santé.

Source: WHO & PHAC, 2007

programmes, il est nécessaire, entre autres, d'assurer les capacités et les connaissances techniques relatives aux déterminants sociaux de la santé. Certaines compétences sont rarement enseignées dans les institutions de santé publique, de gestion et de politique. En effet, les personnels de santé dans les ministères de la Santé de plusieurs pays n'ont pas reçu la formation nécessaire dans des domaines déterminants pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, à savoir l'épidémiologie sociale, la planification et l'élaboration des politiques au niveau intersectoriel ainsi que le contrôle/évaluation lié au secteur de la santé et à l'AIS. À noter que les ministères de la Santé dans quelques pays ont acquis une expérience dans le développement des arguments économiques et politiques nécessaires pour mener l'action sur les déterminants sociaux de la santé ; dans le soutien qu'ils ont apporté aux agendas établis par les différents secteurs sur une base consensuelle et conjointe ; et dans la gestion des intérêts et processus intersectoriels. Bien qu'il soit possible d'enseigner les compétences de base avec une rapidité relative, il n'en demeure pas moins que les pays ont besoin de mécanismes pour institutionnaliser l'éducation permanente et pour encourager le développement de nouvelles compétences déterminantes pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé (CW, 2007).

La Commission recommande que :

10.5. L'OMS encourage le développement des connaissances et des capacités des ministères nationaux de Santé pour qu'ils puissent œuvrer dans le cadre des déterminants sociaux de la santé et assurer un rôle de tutelle en soutenant une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au niveau de l'ensemble du gouvernement (cf. Rec. 15.3 ; 16.8).

L'OMS est une agence spécialisée de l'ONU chargée d'encourager mondialement l'action en faveur de la santé et de l'équité en santé. Son rôle a été fondamental pour le travail de la Commission et sera crucial pour assurer la continuité de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. L'OMS est, entre autres, responsable d'assurer le renforcement des capacités et connaissances techniques relatives aux déterminants sociaux de la santé dans les Etats Membres. Les activités de la Commission dans les pays visaient, avec le concours de l'OMS, à promouvoir et expliquer les connaissances et à les relier aux politiques et à la mise en œuvre afin de combler des inégalités sanitaires socialement déterminées.

L'OMS a formé un groupe pivot formé de gouvernements intéressés de toutes les régions du monde pour travailler avec lui afin d'ériger la base propice au changement futur et d'identifier les nouveaux moyens par lesquels l'OMS peut agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé lors de l'élaboration et la planification des politiques. Il est crucial que l'OMS mette à profit le travail dans les pays, en supportant les pays partenaires déjà engagés et en encourageant l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans de nouveaux pays (cf. Partie 6).

Le chapitre 16 (*Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*) expose les grandes lignes des différentes recommandations de l'OMS. Il est essentiel pour l'AIS que l'OMS diffuse les données factuelles et les enseignements recueillis par la Commission dans les pays et les utilise pour aider les ministères de la Santé à jouer un rôle de tutelle en :

1. défendant une telle approche et en améliorant la visibilité des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé ;
2. créant des structures institutionnelles aux niveaux national et local pour faire progresser l'agenda relatif aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé ;
3. élaborant un plan d'action national à cet effet ;
4. développant les compétences adéquates du personnel grâce à des programmes à court et long terme.

L'OMS a déjà pris l'initiative de changer certaines de ses structures organisationnelles pour mieux soutenir les ministères de la Santé qui s'efforcent d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques relatives aux déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. En plus des points focaux régionaux qui assurent la coordination de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, les bureaux régionaux ont lancé une action en vue d'enrichir la base des données factuelles, de défendre les politiques et les programmes fondés sur les déterminants sociaux de la santé, d'encourager les partenariats entre les pays et de soutenir l'AIS. Il est nécessaire aussi que les actions stratégiques menées par les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS soient cohérentes afin de promouvoir la cohérence entre les différents départements gouvernementaux dans les Etats Membres.

La Commission a mis en place le PPHCKN (réseau de connaissances sur les conditions prioritaires de santé publique)

ENCADRE 10.10: ENGAGEMENT ACTIF DE LA COMMUNAUTE TOUCHEE – TRAVAILLEUSES DU SEXE DE CALCUTTA

Au début des années 1990, le All India Institute of Hygiene and Public Health (AIHPH) a lancé un programme conventionnel de traitement et de prévention des MST dans un quartier réservé du nord de Calcutta. Le Sonagachi HIV/AIDS International Project (SHIP) a été mis en œuvre grâce à un partenariat intersectoriel conclu entre l'OMS, le AIHPH, le British Council et un certain nombre de ministères et ONG locaux. Les travailleuses du sexe de ce quartier étaient pauvres et marginalisées. Le projet a rapidement progressé au-delà des modalités traditionnelles de traitement et de sensibilisation pour se tourner essentiellement vers le renforcement de l'autonomie des travailleuses du sexe. Au nombre des interventions clés mises en œuvre au cours des cinq premières années, mentionnons les services de vaccination et de traitement pour les enfants des travailleuses du sexe, les programmes d'alphabétisation offerts aux femmes, l'activisme politique et la défense d'intérêts politiques, les plans de microfinancement et les

programmes culturels. Les travailleuses du sexe ont créé leur propre association mutuelle, le comité Durbar Mahila Samanwaya, qui a réussi à s'entendre avec les surveillantes et les propriétaires des maisons closes et les autorités pour bénéficier d'un meilleur traitement. En 1999, ce comité a assumé la gestion du SHIP et, à partir de ce moment-là, il a étendu ses activités puisque quarante quartiers réservés de l'ouest du Bengale en font désormais partie. Le nombre de travailleuses du sexe qui sont des membres actifs de ce comité s'établit à 2000. En outre, le comité a établi une coopérative financière. L'importance toute particulière attachée à l'hygiène professionnelle de même que les efforts visant à assurer aux travailleuses du sexe un meilleur contrôle sur leur corps et leurs conditions de vie et de travail expliquent la diminution des taux d'infections par le VIH et les MST à Sonagachi, par rapport au reste du pays.

Source: WHO & PHAC, 2007

basé au sein du siège de l'OMS (cf. Chapitre 9 : Soins de santé universels). Ce réseau s'est surtout intéressé aux programmes de l'OMS et aux conditions de santé et s'est fixé pour objectif l'extension des définitions et des pratiques relatives aux actions et interventions de santé publique, pour qu'elles englobent les déterminants sociaux de la santé, et au mode d'organisation des programmes de santé publique. Les principales connaissances recueillies grâce à ce réseau mettent en évidence la nécessité de formuler et de fournir les données factuelles relatives à la relation existante entre le statut socio-économique et les résultats sanitaires ; de plaider en faveur de changements sociaux et économiques ; d'enrichir la base des données factuelles concernant les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé ; et de revendiquer avec insistance la nécessité de mener des interventions sociales et d'en relever les avantages pour prévenir l'augmentation de la prévalence du VIH, du tabagisme, de la malnutrition, du diabète, de l'alcoolisme, des relations sexuelles risquées, de la pollution de l'air intérieur et des effets intergénérationnels de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. L'OMS doit à présent transmettre aux ministères de la Santé dans les Etats Membres et à d'autres institutions mondiales les leçons tirées de l'introduction innovatrice d'un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé dans les programmes axés sur les résultats sanitaires.

Secteur de la santé : un catalyseur au-delà du gouvernement

La participation accrue de la société réside au cœur de l'AIS dans les processus politiques (cf. Chapitre 14 : Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer). Les ministères de la Santé peuvent agir en tant que catalyseur pour impliquer les personnes et les institutions clés et mener une action au-delà du gouvernement afin de faire participer ceux qui sont affectés par ces politiques.

Bien qu'un contrôle au niveau des plus hautes instances gouvernementales soit nécessaire pour assurer l'avancement et la coordination de l'AIS et en assurer la continuité, il n'en demeure pas moins que la participation des autorités locales et l'engagement communautaire sont des conditions préalables pour garantir des résultats durables. La collaboration entre les pouvoirs publics et les ONG peut augmenter la portée de l'action et aboutir à des résultats précoces (Encadré 10.11). Il existe une panoplie de programmes et de cadres intersectoriels, à l'instar de Healthy Cities, Municipalities and Islands, qui ont adopté l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé et il serait possible d'en étudier

l'applicabilité à des contextes différents.

Le secteur privé assume une lourde responsabilité, celle de favoriser les inégalités sanitaires tout en contribuant à leur trouver des solutions. L'engagement effectif du secteur privé en faveur de l'équité en santé est crucial. Il est développé en détail dans les chapitres 7, 12 et 15 (Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent ; Rôle du marché ; Bonne gouvernance mondiale). La Stratégie de l'OMS pour l'alimentation et l'activité physique est un exemple de la reconnaissance mondiale du rôle du secteur privé. En effet, cette stratégie a demandé, surtout aux entreprises, d'être plus engagées dans la lutte contre la mauvaise santé liée à l'alimentation et à l'activité physique. Une étude entreprise par Lang et al. (2006) sur les pratiques suivies par 25 des plus grandes firmes alimentaires mondiales a montré que seules quatre firmes avaient adopté une politique bien définie sur la publicité alimentaire et que seules six d'entre elles avaient adopté des politiques spécifiquement destinées aux enfants.

Faire de la santé et de l'équité en santé une valeur commune à tous les secteurs est un défi politique mais nécessaire à l'échelle mondiale. Les recommandations résumées dans ce chapitre montrent la nécessité d'un engagement au niveau des plus hautes instances gouvernementales en faveur de la santé et de l'équité en santé à travers un cadre fondé sur les déterminants sociaux. Il est primordial que les secteurs sanitaires et non sanitaires veillent à ce que leurs politiques, de par leur nature, n'aient pas de répercussions négatives sur la santé et l'équité en santé. De plus, une action intégrée, au sein du gouvernement et en coordination avec le secteur privé et le secteur du bénévolat, est un élément essentiel pour une action concertée en faveur de l'équité en santé.



ENCADRE 10.11: MOUVEMENT A GERBANGMAS DANS LE DISTRICT DE LUMAJANG EN INDONESIE – RELANCE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE NOUVEAU CONTEXTE ECONOMIQUE DE L'INDONESIE

Suite à la déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires, l'Indonésie a lancé les postes intégrés de santé (connus sous le nom de Posyandus) en 1986. Même si ces postes, avec 254154 Posyandus opérationnels en 2004, ont pu assurer une couverture impressionnante, la qualité des soins et le niveau de performance ont varié d'une région à l'autre et se sont considérablement détériorés. Cet échec était dû en partie à la démission des bénévoles de santé en raison de la transition sur les plans économique et idéologique que le pays a connue et qui a réduit le bénévolat et le collectivisme.

Pour redresser la situation, le District Health Office (bureau de la santé du district) a lancé et a dirigé une action visant à assurer la coordination des interventions multisectorielles afin de relancer le développement de la santé communautaire. Il a mobilisé les plus hautes instances politiques dans le district et a fait appel à une ONG. En janvier 2005, le chef élu du district de Lumajang a lancé le projet GERBANGMAS, une stratégie qui a pour objectif d'assurer l'autonomisation de la communauté. Quant aux autorités locales, elles ont déterminé les trois fonctions que les Posyandus doivent assumer : la sensibilisation de la communauté, l'autonomisation de la communauté et la

prestation de services à la communauté.

Les autorités locales allouent un budget général aux équipes multisectorielles du village GERBANGMAS que la communauté utilise pour organiser des activités ou offrir des primes aux personnels de santé. Afin de diriger les activités d'investissement et de développement, 21 indicateurs ont été définis. Seul un tiers de ceux-là sont des indicateurs traditionnels de santé, tel que le recours à la planification familiale. Les indicateurs restants concernent les déterminants de la santé, y compris la réduction de la pauvreté, l'alphabétisation, la gestion des déchets, le logement et la mobilisation des jeunes et des personnes âgées. Le bon fonctionnement de l'équipe du village est prouvé par le fait que c'est par son intermédiaire que 12 organismes sectoriels, dont ceux de la pêche, des travaux publics, du travail et de la transmigration, de l'agriculture et des offices religieux, assurent un soutien au budget. Tous les indicateurs se sont améliorés, tant ceux qui sont spécifiques à la santé que ceux qui concernent les déterminants de la santé en amont.

Source: PPHCKN, 2007c



CHAPITRE 11

Financement équitable

“L'équité vient compléter toute quête d'une prospérité à long terme. Une meilleure équité est doublement favorable à la réduction de la pauvreté. Elle a tendance à soutenir un développement général durable et offre plus d'opportunités aux groupes les plus démunis de la société.” François Bourguignon (2006)

RAPPORT ENTRE FINANCEMENT ÉQUITABLE ET ÉQUITÉ EN SANTÉ

Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, il est primordial, aux fins de protection sociale et d'équité en santé, d'augmenter les fonds publics pour financer une action portant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, depuis le développement de l'enfant et l'éducation jusqu'aux soins de santé, en passant par les conditions de vie et de travail. Pour ces pays, il est fondamental que les ressources financières adéquates, obtenues progressivement, soient investies proportionnellement dans l'action sur tous les déterminants sociaux de la santé et soient réparties équitablement entre les régions géographiques et les groupes sociaux. Compte tenu des limites strictes imposées au financement intérieur dans les pays à revenu faible, les flux financiers officiels qui prennent la forme d'aides ou d'allègement de la dette sont indispensables pour lutter contre les inégalités sanitaires considérables à l'échelle mondiale. En 1970, les pays riches se sont engagés à consacrer 0,7% de leur PIB à l'aide publique au développement (APD). Trente-cinq ans plus tard, ils ont réussi à maintenir leur contribution à 0,33% en moyenne. A noter que les besoins mondiaux annuels en aides pour la santé – c'est-à-dire l'aide au développement pour la santé (ADS) qui est définie comme l'aide consentie aux activités ayant la santé comme principal objectif – étaient estimés à 27 milliards de \$US en 2007 mais ils ont juste financé les services de santé de base nécessaires à la survie. En 2005, la dette extérieure de ces pays en développement a atteint un total de 2,7 milliards de \$US avec une facture du service de la dette de 513 milliards cette même année. Nous devons, comme le suggère Sachs, « reconnaître les lois d'airain de l'extrême pauvreté... Le revenu annuel d'un individu dans un pays type de l'Afrique subsaharienne serait de 350 \$US... Le gouvernement pourrait mobiliser 15% de ces 350 \$US sous forme d'impôts provenant de l'économie intérieure. Ainsi, chaque individu aura droit annuellement à un peu plus de 50 \$US du total des recettes publiques (et beaucoup moins dans plusieurs pays). Cette modeste somme doit être répartie entre les différentes instances gouvernementales : les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire ; la police ; la défense ; l'éducation et ainsi de suite ” (Sachs, 2007).

Importance des finances publiques

L'équité en santé dépend de la qualité du mode adopté pour assurer les ressources matérielles et les services, les conditions de vie et de travail en faveur de la promotion de la santé et les opportunités dans les domaines de l'éducation, des loisirs et de l'emploi. Néanmoins, ce mode nécessite à son tour des investissements publics et des niveaux adéquats de financement public et/ou la réglementation des marchés où les dotations privées peuvent être un moyen effectif et efficace d'accès équitable. D'où la nécessité de formes de financement public plus variées et plus équitables. L'importance accordée aux fonds publics résulte du rôle crucial que jouent tant les biens publics dans toute action portant sur les déterminants sociaux de la santé que les investissements publics qui permettent d'atteindre tous les groupes socio-économiques. Il est normalement prévu que les pouvoirs publics jouent un rôle actif en assurant les biens publics. Laissés à la merci du marché, de tels biens ne sont pas suffisants (GKN, 2007). Même si les biens et les services sont assurés efficacement et équitablement par le truchement du secteur privé, il est crucial que les pouvoirs publics assurent le contrôle effectif et les capacités nécessaires pour gérer la réglementation du marché (cf. Chapitre 12 : *Rôle du marché*). Une action nationale cohérente sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé requiert l'adoption – le financement – de l'initiative « Santé dans toutes les politiques » (Stahl et al., 2006 ; cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

Il est nécessaire de supprimer les inégalités économiques – dont celles du financement public – pour réaliser des progrès vers l'équité en santé. L'expérience montre que les services publics à vocation universelle et les infrastructures ont joué un rôle vital dans le développement des pays actuellement riches (Szreter, 2004). Cependant, des inégalités substantielles subsistent dans le financement des services publics au sein des pays. En effet, quand il s'agit de soins de santé, d'infrastructures nécessaires au transport ou de protection sociale, les investissements publics sont souvent les plus réduits proportionnellement pour les groupes sociaux et les régions géographiques qui en ont le plus besoin. Les avantages en termes d'investissements publics dont bénéficient largement les zones urbaines se traduisent dans les zones rurales par une dégradation des résultats sanitaires et une diminution de l'utilisation des soins, notamment dans les pays à faible et moyen revenu.

ENCADRE 11.1: CROISSANCE ÉCONOMIQUE MONDIALE ET REPARTITION FAVORABLE AUX PAUVRES

On a estimé, récemment, que « pour chaque réduction de la pauvreté de l'ordre de 1 \$US ... il était nécessaire de prévoir une augmentation additionnelle de la production et de la consommation à l'échelle mondiale de l'ordre de 166 \$US, avec tous les effets sur l'environnement qui en résultent et qui entraînent les répercussions les plus graves sur les plus démunis. Compte tenu des contraintes sur la croissance mondiale associées au changement climatique qui résultent d'une telle mesure et compte tenu des effets du changement climatique qui affectent les pauvres d'une manière négative et disproportionnée, il y a lieu de mettre en doute sérieusement la tendance prévalente qui considère que la croissance mondiale est le moyen par excellence

de réduction de la pauvreté. En effet, les politiques et le système économique mondial sont tenus de s'intéresser directement, non à la croissance, mais à la réalisation d'objectifs sociaux et environnementaux.

La Commission ne sous-estime pas l'importance vitale de la croissance économique. Par contre, elle fait remarquer que les modèles de croissance qui ne prévoient pas la répartition des bénéfices tirés de la croissance ont de graves conséquences potentielles sur l'environnement et un effet moindre sur la réduction de la pauvreté.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Woodward & Simms (2006b).

Croissance économique et répartition

Le point de vue qui considère que seule la croissance peut résoudre le problème de la pauvreté à l'échelle mondiale a été largement débattu – par Szreter (2004), Sachs (2005) et UN-HABITAT (2006), entre autres. En contrepartie, il s'avère nécessaire tant d'assurer une répartition plus équitable des ressources dans les pays que d'augmenter les transferts financiers internationaux pour réduire la pauvreté et améliorer les conditions de santé, non seulement en raison d'un impératif éthique qui impose le soulagement d'une souffrance évitable mais aussi afin de suivre le rythme de croissance expressément souhaité par les gouvernements pour favoriser la réalisation des OMD (KNUS, 2007). Compte tenu de la répartition extrêmement inégale des recettes et des richesses dans la plupart des pays d'Amérique latine, les études entreprises ont vivement recommandé une redistribution des revenus, à travers une imposition progressive et des programmes sociaux ciblés, car, aussi modeste soit-elle, cette redistribution contribue bien davantage à résorber la pauvreté qu'une croissance économique solide s'étendant sur plusieurs années (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006b) (Encadré 11.1).

Recettes intérieures

Le financement public souffre actuellement de faiblesses critiques à l'échelle tant locale qu'internationale – notamment dans les pays en développement. Les pays à revenu faible pâtissent souvent de la faiblesse de leurs institutions fiscales et de leurs services fiscaux au moment où la majorité de la population active travaille dans le secteur non structuré. Ces pays dépendent relativement plus des taxes à l'importation pour alimenter les recettes publiques. La libéralisation du commerce a sérieusement réduit la disponibilité de telles recettes douanières depuis les années 1970 (GKN, 2007) (Fig. 11.1).

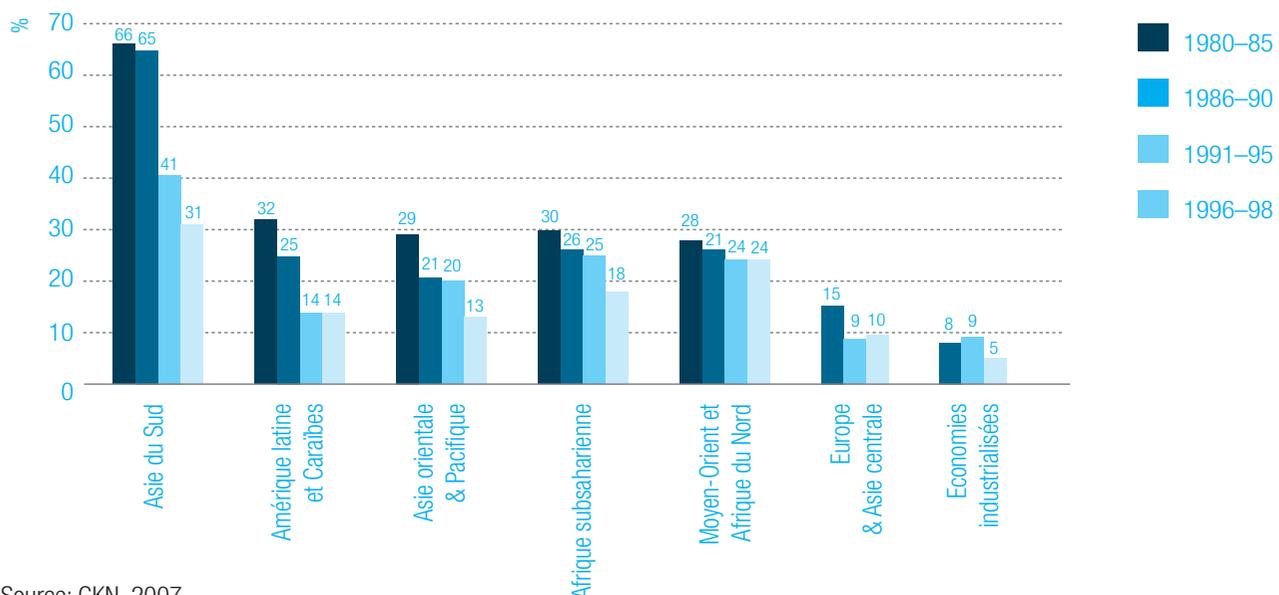
Plusieurs pays ont été incapables de compenser ces pertes en les remplaçant par d'autres sources de recettes publiques ou d'imposition. Par conséquent, la majorité des pays à revenu faible ont enregistré un net déclin de leurs recettes publiques en général (quoique cette tendance ait été jugulée, voire inversée, depuis 1998, dans plusieurs pays à revenu faible). Quant aux

pays à revenu moyen, ils ont tenu le coup un peu mieux mais la libéralisation du commerce s'est traduite par la diminution de la capacité des autorités nationales à soutenir les dépenses publiques consacrées à la santé, à l'éducation et à d'autres secteurs (Baunsgaard & Keen, 2005; Glenday, 2006). Les pays à revenu élevé, déjà dotés de systèmes d'imposition bien établis et d'infrastructures publiques bien en place, ont pu se passer des recettes douanières tout en essayant des pertes minimales dans leur capacité fiscale. Cependant, la capacité fiscale nationale, même dans les pays à revenu élevé, a subi les effets négatifs de l'augmentation inexorable de la concurrence fiscale (réelle ou perçue) à l'échelle mondiale (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005).

Aide et allègement de la dette

Le renforcement d'un système adéquat de financement public intérieur destiné à l'action sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé sera un processus à moyen et long terme. A plus court terme, plusieurs pays pauvres en ressources continueront de dépendre du financement extérieur à travers les aides et l'allègement de la dette. Il a été prouvé que l'aide peut favoriser, en général, la croissance économique des pays bénéficiaires (McGillivray et al., 2005) et peut contribuer plus directement à l'amélioration de la situation sanitaire (Mishra & Newhouse, 2007). Cependant, le volume total de l'aide demeure très insuffisant par rapport aux besoins et, en ce qui concerne la majorité des donateurs, par rapport à l'engagement que les Pays Membres de l'OCDE ont pris en 1969 de consacrer environ 0,7% de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement. Les donateurs continuent d'adopter une attitude ambiguë à l'égard du volume des aides car ils ne tiennent pas toujours leur engagement de consacrer 0,7% de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement et ils maintiennent un écart entre les engagements et les décaissements effectifs de fonds. En 2005, 70% des aides promises ont été effectivement déboursées. Une partie considérable des aides demeurent liée aux intérêts commerciaux et sécuritaires des pays donateurs car il a été prouvé que les aides allouées dépendaient autant – voire plus – de leurs intérêts géostratégiques que des besoins réels à l'échelle mondiale (Encadré 11.2).

Figure 11.1 Proportion des recettes douanières par rapport au revenu total par région, 1980-1998.



Source: GKN, 2007

Il a aussi été prouvé qu'il existe ce qu'on qualifierait d'un manque de confiance entre les donateurs et les bénéficiaires, menant à des conditions d'aide multiples et contraignantes qui augmentent les frais de transaction pour les bureaucraties souvent faibles des pays bénéficiaires et limitent le libre choix des priorités en matière de développement et de financement. Les effets évidents qui en résultent sont des réductions périodiques des flux d'aide qui prennent effectivement la forme de sanctions, causant ainsi une volatilité (Fig. 11.2, Encadré 11.3) dont les effets néfastes sur la santé ont été prouvés (Bokhari, Gottret & Gai, 2005).

Aide au développement pour la santé

Une partie de l'ensemble de l'aide mondiale au développement pour la santé (ADS) tend surtout à se limiter au financement consacré à l'action menée au sein du secteur de la santé. Une

grande partie de l'aide pour la santé demeure confinée au cœur d'une gamme d'interventions sanitaires à objectif limité, dans le cadre desquelles les investissements pour le traitement des maladies l'emportent sur ceux qui sont destinés à la prévention. La somme considérable (15 milliards \$US) qui a été débloquée pour financer l'action pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) en est un bon exemple (Fig.11.3, Encadré 11.4).

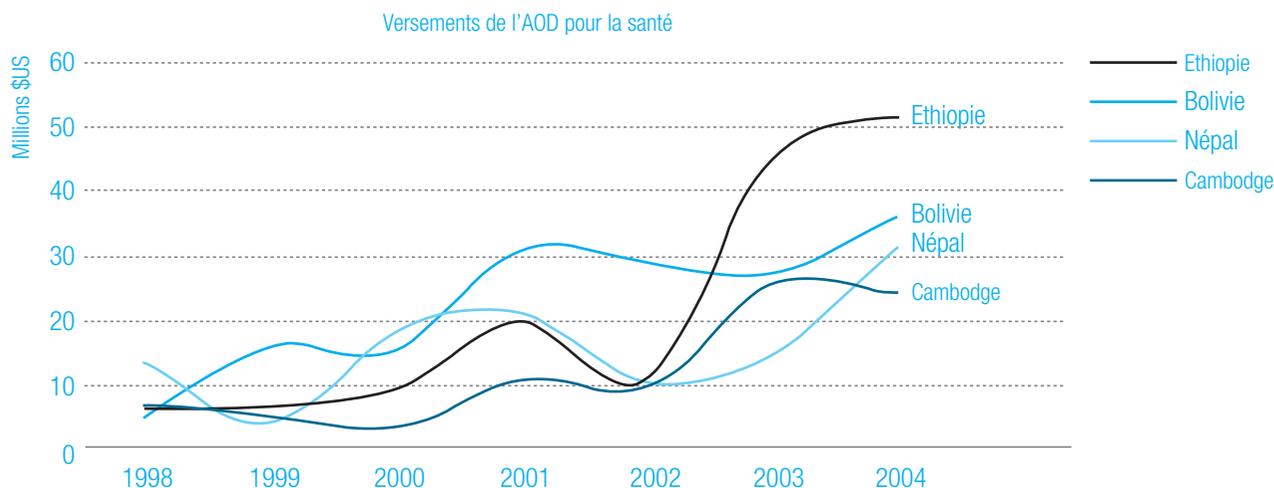
Entre-temps, le lourd fardeau des dettes restantes, dont certaines sont sans doute « injustes », continue de détourner les fonds publics des investissements destinés au développement. Les crises des dettes dans les pays en développement ont surgi suite à l'augmentation des prix du pétrole, à une mauvaise évaluation des besoins et des prêts (tant de la part des créanciers que de

ENCADRE 11.2: AIDE MONDIALE ET BESOIN MONDIAL

Ce sont l'Afghanistan, la République démocratique du Congo et l'Irak qui ont profité de plus de 60% du total de l'augmentation de l'aide officielle au développement (AOD) entre 2001 et 2004, malgré le fait que ces trois pays comprennent moins de 3% des pauvres

du monde en développement. La majeure partie de l'augmentation de l'AOD en 2005 résulte des opérations d'allègement de la dette qui ont principalement ciblé le Nigeria et l'Irak.

Figure 11.2 Versements de l'aide officielle au développement pour la santé dans certains pays



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de World Bank (2006a).

ENCADRE 11.3: VOLATILITE DE L'AIDE

Malgré l'augmentation de l'aide sanitaire, il semble que la volatilité de l'aide ne réduit pas seulement la capacité des pouvoirs publics à planifier les dépenses, mais elle est directement et négativement associée aux résultats sanitaires. Les analyses économétriques de la mortalité infantile dans 75 pays en développement entre 1995

et 2000 ont montré que « les bas niveaux [de l'aide] ainsi que la volatilité élevée des fonds des donateurs engagés pour la santé expliquaient les lents progrès de certains pays à réduire la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ».

Source: Bokhari, Gottret & Gai, 2005

celle des emprunteurs) et au nombre élevé de crédits détournés, à la détérioration des conditions de remboursement des prêts, ainsi qu'à la chute des prix et à l'effondrement de la demande des pays développés sur les exportations en provenance des pays endettés. Les pays les plus touchés, les PPTE, ont assisté à une augmentation démesurée de leurs dettes au cours des quatre dernières décennies accompagnée d'une stagnation de leur revenu par habitant. Les dettes entretiennent une relation négative avec les dépenses du secteur social, puisqu'elles sont particulièrement nuisibles aux investissements publics consacrés aux biens non salariaux, comme l'infrastructure (GKN, 2007).

Quoique prometteur, l'allègement des dettes demeure largement réservé aux PPTE qui se sont qualifiés, ce qui laisse les autres pays pauvres en ressources injustement privés d'une exonération. Dans tous les cas, le processus est long et assorti – de nouveau comme dans le cas des aides – de conditions exigeantes qui limitent les capacités nationales à investir dans les dépenses nécessaires pour le secteur social (Encadré 11.5). Les chiffres relatifs à 35 des 40 PPTE en Afrique subsaharienne mettent en évidence le problème de base : au moment où ces pays ont reçu l'équivalent de 294 milliards \$US sous forme de prêts et ont remboursé 268 milliards \$US entre 1970 et 2002, le cumul de leurs dettes est resté de l'ordre de 210 milliards \$US vers 2004 (UNCTAD, 2004).

La communauté internationale peut, en plus des aides consenties et des dettes allégées, assurer les conditions favorables à la croissance et à l'amélioration des finances publiques internes par différents moyens. Elle peut, à titre d'exemple, conclure des accords mondiaux plus clairement définis et entreprendre une action plus efficace à l'échelle mondiale pour assurer des

conditions de sécurité aux pays qui risquent d'être exposés à des conflits ; étendre son action pour contrôler la production ou le commerce des ressources naturelles ; élaborer un nombre additionnel de normes législatives internationales pour la gestion des relations d'affaires entre les pays riches et leurs partenaires commerciaux dans les pays à revenu faible et moyen ; et soutenir l'élaboration d'accords commerciaux préférentiels qui assurent la protection aux pays qui tentent de renforcer leurs capacités à s'engager sur le marché mondial dans des conditions qui favorisent une compétition viable (Collier, 2006).

ACTIONS POUR UN FINANCEMENT EQUITABLE

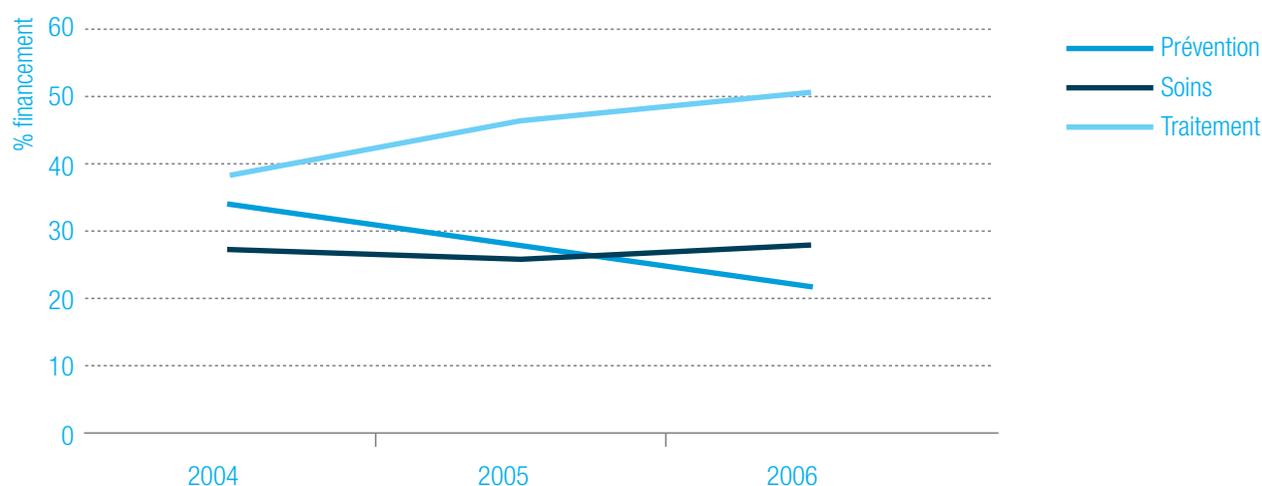
La Commission recommande que :

11.1 Les donateurs, les agences multilatérales et les Etats Membres développent et renforcent la capacité nationale d'imposition progressive (cf. Rec. 8.1 ; 8.3 ; 9.2 ; 10.2).

Imposition progressive

Une imposition progressive plus rigoureuse est nécessaire afin d'augmenter les revenus intérieurs qui assurent un financement public équitable. D'où la nécessité de renforcer les systèmes et les capacités d'imposition et d'améliorer les capacités institutionnelles, en particulier dans les pays à revenu faible (Encadré 11.6). La taxation doit compter plus sur les taxes directes – comme l'impôt sur le revenu et l'impôt foncier – que sur les taxes indirectes – comme les taxes commerciales et

Figure 11.3 Changements dans les dépenses allouées dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), 2004-2006.



Source: USAID, 2006

FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.1

Augmenter les fonds publics pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

10 En ce qui concerne la taxation et les multinationales, les mesures visant à réduire la fuite des capitaux et l'évasion fiscale à travers la fixation des prix de cession seraient au moins aussi importantes que les mesures visant à réduire les incitations fiscales qui encouragent les investissements dans les zones franches industrielles (GKN, 2007).

les taxes sur les ventes. Les régimes fiscaux de l'Asie de l'Est, entre 1970 et 1999, ont fortement misé sur les taxes directes en accordant moins d'importance aux autres types de taxes alors que ceux de l'Afrique subsaharienne étaient lourdement dépendants des taxes indirectes – commerciales et sur les ventes (Fig. 11.4). Exception faite d'autres facteurs qui entrent en jeu, la situation sanitaire en Asie de l'Est a enregistré une forte croissance et des améliorations substantielles tout au long de cette période au moment où l'Afrique subsaharienne a connu une stagnation à grande échelle et, dans certains cas, un déclin.

Plusieurs pays, dotés de systèmes fiscaux relativement faibles et ayant un taux élevé de travailleurs dans le secteur non structuré, ce qui est de nature à compliquer l'effort fiscal, ont compté, pour financer les dépenses publiques, sur les recettes des impôts indirects, comme les droits de douane. Les pays à revenu moyen et élevé ne doivent pas revendiquer des réductions supplémentaires de ces droits de douane dans le cadre des négociations commerciales bilatérales, régionales et mondiales menées avec les pays à revenu faible qui continuent de dépendre de ces droits pour renflouer leurs recettes publiques. De leur côté, les pays à revenu faible doivent prendre des précautions extrêmes quand ils acceptent de réduire ces droits de douane avant de créer ou d'améliorer d'autres sources de financement. Il faut assurer une aide spéciale et un soutien technique pour renforcer la capacité en matière de fiscalisation directe à long terme. Les efforts multilatéraux sont nécessaires non seulement pour réduire les effets négatifs de la libéralisation des échanges commerciaux et du marché financier sur les ressources fiscales nationales, mais aussi pour consolider la mise en place d'un cadre doté d'une force exécutoire internationale qui permet de réduire l'évasion fiscale et la fuite de capitaux à l'échelle internationale (Encadré 11.7).

Parallèlement, c'est en prenant des mesures contre les centres financiers offshore, utilisés pour échapper au régime d'imposition national, qu'il serait possible d'assurer des ressources pour le financement du développement qui seraient au moins comparables à celles tirées de nouvelles taxes. On estime que les pays en développement perdent des revenus de l'ordre de 50 milliards de dollars annuellement à cause du recours aux centres financiers offshore pour échapper au régime d'imposition (Oxfam Great Britain, 2000). La valeur des actifs (personnels) détenus dans les comptes offshore est comprise entre 8 et 11,5 milliards \$US, sans compter les biens immobiliers (Tax Justice Network, 2005). Les pertes encourues en raison de l'évasion fiscale sont de l'ordre de 160 milliards \$US au moins par an – ce qui représente la valeur estimée de l'aide au développement supplémentaire nécessaire pour atteindre

les OMD (UN Millennium Project, 2005). C'est en jugulant les pratiques d'évasion fiscale qu'il serait possible d'augmenter la capacité fiscale des gouvernements tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Il serait aussi possible de réduire les inégalités économiques puisque la plupart des opportunités d'investissement en question ne sont accessibles qu'aux riches.

La Commission recommande que :

11.2 De nouveaux mécanismes de financement public soient instaurés à l'échelle nationale et mondiale, y compris des taxes sanitaires spéciales et des options fiscales mondiales (cf. Rec. 9.2 ; 10.2).

Il existe des options supplémentaires pour renforcer les fonds publics, qui sont utilisées dans les pays à revenu faible, moyen et élevé, mais qui sont particulièrement applicables aux pays à revenu faible quand il s'agit de disposer d'une capacité à tirer profit immédiatement de fonds additionnels. Les nouvelles taxes sanitaires ont été imposées dans plusieurs pays ou leur usage y est envisagé : la TVA de 2,5% imposée au Ghana, les impôts personnels et sur le revenu de 3% imposés au Zimbabwe en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA ; les taxes sur le tabac et l'alcool en Thaïlande (HSKN, 2007). La perception des impôts est devenue plus efficace en Afrique du Sud alors que les revenus de la Bolivie ont sextuplé dans les années 1980 grâce aux réformes fiscales (Wagstaff, 2007).

Taxes dans un monde globalisé

Les pratiques économiques étant de plus en plus globalisées, y compris les paradis fiscaux offshore, il est désormais très justifiable de développer un système de fiscalisation mondial – pour reconnaître au moins l'interdépendance des intérêts et l'importance croissante des fonds publics mondiaux pour la santé des populations. En effet, plusieurs pays ont déjà mis en place une taxe de solidarité internationale sur les billets d'avion, dont les recettes sont destinées à l'achat de médicaments pour traiter les cas de HIV/SIDA, de tuberculose et de paludisme et au soutien des systèmes de santé publique dans les pays pauvres (Farley, 2006 ; Ministries of the Economy, 2006). De plus, une taxe sur les transactions de devises étrangères pour réduire l'instabilité financière (la taxe Tobin) a été déjà proposée par l'économiste James Tobin. Cette option – parmi tant d'autres – est considérée comme l'un des moyens possibles pour financer les systèmes de santé dans les pays à revenu faible et moyen et s'inscrit dans la lignée des principales tendances adoptées dans le cadre des politiques de développement (Gottret & Schieber, 2006). On estime qu'une telle taxe au taux très bas (0.02%)

ENCADRE 11.4: AIDE ET VIH/SIDA

La diminution des fonds débloqués dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) entre 2004 et 2006 ne prouve pas seulement une préférence pour les investissements consacrés au traitement aux dépens de la prévention mais révèle aussi un revirement significatif du financement qui a été détourné de l'action préventive, en passant du tiers des fonds débloqués en 2004 à moins du quart deux ans plus tard. Au cours des vingt dernières années, PEPFAR a été l'un des exemples les plus

percutants de financement international de la santé consacré à une seule maladie. Quoique les sommes engagées soient importantes, c'est le décalage inquiétant entre le discours des donateurs et la réalité de leurs pratiques sur le terrain qui a été marquant puisque les interventions de nature médicale et curative continuent d'être privilégiées surtout quand elles satisfont aux besoins exprimés dans l'agenda politique national.

FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.2

Augmenter les fonds internationaux consacrés à l'équité en santé et coordonner le financement supplémentaire ainsi obtenu en définissant un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

assurait des recettes allant de 17 à 35 milliards \$US par an mais il est à mentionner que les études publiées à ce sujet prévoient des recettes plus importantes (Nissanke, 2003).

Une alternative à la taxe Tobin est la Currency Transaction Development Levy (Taxe sur le marché de devises pour le développement), considérée comme une «taxe de solidarité» pour générer spécifiquement de nouveaux fonds publics mondiaux pour le développement (Hillman et al., 2006). Cette Currency Transaction Development Levy peut être mise en œuvre unilatéralement par les pays ou par les unions monétaires. On estime qu'elle peut lever des fonds annuels de l'ordre de 2,07 milliards \$US si elle est mise en œuvre au Royaume-Uni,

de 170 millions \$US si elle est mise en œuvre en Norvège et de 4,3 milliards \$US si elle est mise en œuvre dans toute la zone euro (Hillman et al., 2006). Quoique le Groupe d'experts de haut niveau de l'ONU sur le financement du développement ait adopté une attitude prudente à l'égard des mérites d'une telle taxe sur le marché de devises (Zedillo et al., 2001), il a toutefois insisté sur la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement pour le développement et a proposé de mettre en place une Organisation fiscale internationale pour limiter la concurrence et l'évasion fiscales. Quels que soient les avantages de chacune de ces options, l'idée d'imposer une taxe sur les transactions financières en vue de lever des fonds pour le développement est désormais considérée faisable et appropriée.

ENCADRE 11.5: ALLEGEMENT DE LA DETTE ET DEPENSES SOCIALES

Le Népal dépense plus sur les dettes que sur l'éducation. Il dispose d'un seul enseignant pour 180 enfants. Il est possible que l'allègement de la dette soit reporté en raison de conditions imposées par les créanciers. Le Tchad a dépensé 66 millions \$US pour le service de la dette en 2006. Il fait partie des nombreux pays qui imposent des frais de scolarité. Un tiers seulement des filles tchadiennes fréquente l'école. A l'échelle mondiale, 17 milliards \$US sont aussi nécessaires annuellement pour assurer l'éducation aux filles et aux garçons. En 2005, les pays en développement ont versé ensemble 30 fois cette somme pour le service de la dette. La Banque mondiale et le FMI considèrent que la dette du Kenya est « durable » ; par conséquent, il ne peut pas bénéficier d'un allègement de la dette. Les deux derniers budgets du Kenya ont prévu 350 millions \$US en plus de la somme allouée à l'éducation

pour le remboursement des dettes. Plus d'un million d'enfants kenyans ne fréquentent pas l'école primaire. Des études répétées ont montré l'effet positif de l'allègement de la dette sur les services sociaux, et la plupart ont reconnu que l'éducation en est le grand gagnant. Après avoir bénéficié d'un allègement de leurs dettes, le Malawi, l'Ouganda et la République Unie de Tanzanie ont tous aboli les frais de scolarité dans le cycle primaire. Ceci a favorisé la scolarisation de plus d'un million d'enfants dans chacun de ces pays. L'allègement de la dette a permis de couvrir les frais de formation de 4000 enseignants tous les ans au Malawi ainsi que les salaires de 5000 enseignants communautaires au Mali.

Source: Jubilee Debt Campaign, 2007

ENCADRE 11.6: RENFORCER LES IMPOTS NATIONAUX ET LES TAXES INTERNATIONALES

Développer des systèmes fiscaux efficaces et équitables. La mise en place d'un système fiscal élargi est une condition de base pour assurer le renforcement des revenus publics. La taxation doit se baser sur la solvabilité, et par conséquent, les individus riches, les grands propriétaires fonciers et les compagnies privées doivent être assujettis à l'impôt. Les pouvoirs publics doivent activement recourir à des politiques fiscales qui visent à réduire les disparités des revenus et de la répartition des richesses.

Renforcer le pouvoir des autorités fiscales et des administrations financières. Dans beaucoup de pays, l'administration fiscale a encore besoin d'être développée voire au moins renforcée. Ceci implique l'élaboration d'un cadre légal ainsi que le recrutement du personnel nécessaire et la mise en place d'une infrastructure technique.

Prévoir une taxation effective des multinationales. La taxation effective des multinationales est l'élément clé de tout système fiscal efficace. Ainsi, les vacances fiscales et les incitations fiscales consenties aux investisseurs multinationaux dans les zones franches d'exportation (ZFE) sont contre-productives à cet égard.

Mettre en place des réglementations contraignantes pour assurer la transparence des flux de paiement. Les taxes et les redevances perçues des investissements étrangers dans les secteurs du pétrole, du gaz naturel et des mines sont d'une grande importance pour les pays riches en ressources... mais les gouvernements ou les compagnies impliquées ne

les déclarent pas souvent. Par conséquent, il est nécessaire de demander aux sociétés cotées en bourse de divulguer les informations relatives aux taxes, aux redevances, aux frais et aux autres transactions conclues avec les gouvernements et les institutions du secteur public dans tous les pays dans lesquels elles pratiquent leurs activités.

Lutter contre la corruption. Il est nécessaire d'élaborer des règles et des procédures plus strictes tant dans les pays affectés qu'au niveau international. La Convention des Nations Unies contre la corruption, entrée en vigueur en décembre 2005, doit être ratifiée le plus tôt possible et mise en œuvre.

Renforcer la coopération fiscale à l'échelle internationale. L'amélioration de la coopération entre les gouvernements à l'échelle internationale joue un rôle crucial pour assurer la réussite des réformes fiscales nationales. Une politique fiscale [internationale] mieux coordonnée profiterait à la plupart des pays (à l'exception de certains paradis fiscaux les plus agressifs). Jusqu'à nouvel ordre, il n'existe pas de forum mondial intergouvernemental pour traiter les questions relatives à la taxation. Des appels ont été lancés depuis des années pour la création d'une Organisation fiscale internationale qui comblerait ce fossé dans la gouvernance mondiale. Elle doit être mise en place sous les auspices des Nations Unies.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Martens (2007).

Comme dans le cas de l'annulation de dettes, toute mise en œuvre effective de n'importe quelle nouvelle initiative visant à lever des fonds doit véritablement s'ajouter aux sources de financement existantes au lieu de venir simplement les remplacer.

La Commission recommande que :

11.3 Les pays donateurs honorent les engagements pris en portant l'aide à 0,7 % du PIB, qu'ils étendent l'initiative d'allègement de la dette multilatérale et qu'ils coordonnent l'utilisation des aides grâce à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 13.6 ; 15.2).

Etant donné que le rapport entre l'aide et la croissance économique a été la cible de critiques dans les pays bénéficiaires, les aides publiques au développement y ont accusé une baisse sensible dans les années 1990 (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterly, 2006; Quartey, 2005; Rajan & Subramanian, 2005; Schneider, 2005; Svensson, 2000). Une nouvelle analyse empirique – résultant en partie d'une amélioration de la qualité des données – montre un rapport plus positif entre les aides publiques au développement et la croissance (GKN 2007). En effet, des méta-analyses mettent en évidence des liens positifs révélés systématiquement dans des dizaines d'études individuelles à caractère empirique (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005). Dans l'étude entreprise par Collier & Dollar (2000), l'aide est considérée avoir sauvé environ 30 millions de personnes par an de la pauvreté absolue. Même si la Commission reconnaît la contribution de l'aide à la croissance économique, il est nécessaire de mettre l'accent sur le rôle de l'aide pour la satisfaction des besoins sanitaires de base.

Aide au développement pour la santé

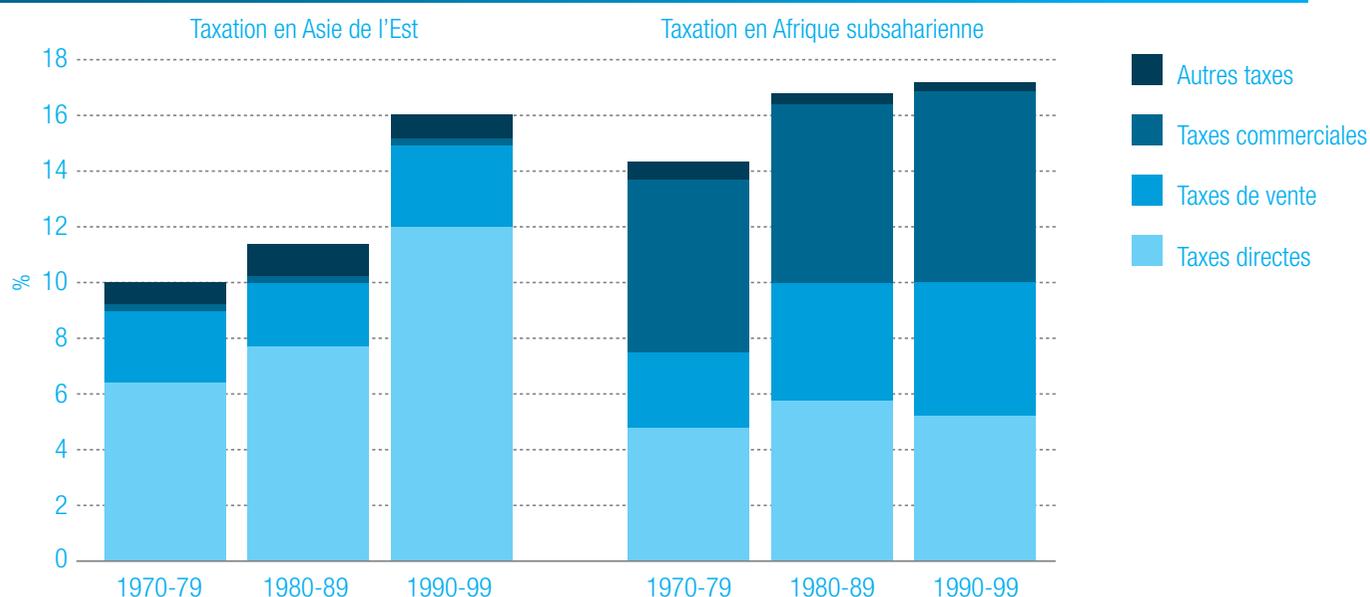
L'ADS, qui est l'aide réelle essentiellement consacrée au secteur de la santé, a beaucoup augmenté au cours des dernières années (Fig. 11.5). Cependant, l'ADS dans son ensemble demeure très insuffisante pour couvrir les besoins des services de santé. La Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS a estimé que l'aide pour la santé doit augmenter pour devenir d'environ 34 \$US par habitant annuellement vers 2007, quitte à augmenter de nouveau jusqu'à concurrence de 38 \$US par habitant aux alentours de 2015 (cette somme a été réévaluée récemment et fixée à environ 40 \$US par personne), et ce afin d'«assurer le traitement et les soins de base » (CMH, 2001).

Le volume total de l'ADS doit augmenter. Cependant, à part l'aide consentie pour financer les interventions de base liées à la santé, la Commission invite les pays donateurs et bénéficiaires à adopter un cadre d'action plus global portant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'augmenter le volume de l'aide en général, de renforcer la coordination entre les différentes contributions et d'aligner les dépenses consacrées à la santé sur les plans de développement de plus grande envergure des pays bénéficiaires, en vertu de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005.

Cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé en faveur de l'aide

Il est possible d'améliorer la coordination et l'alignement de l'aide en mettant davantage l'accent sur les fonds mis en commun à l'échelle mondiale, gérés multilatéralement et régis de manière transparente. L'éligibilité des bénéficiaires et

Figure 11.4 Taxation en Asie de l'Est (à gauche) et en Afrique subsaharienne (à droite), 1970–79, 1980–89, 1990–99.



Réimprimé avec la permission de l'éditeur, tiré de Cobham (2005).

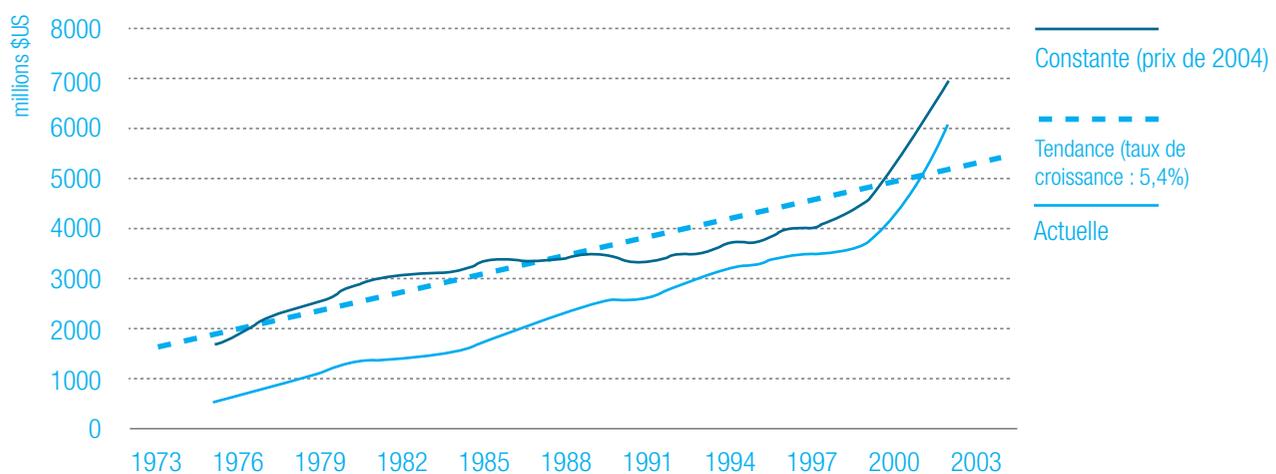
FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.3

Répartir équitablement les fonds publics consacrés à l'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

les montants alloués par les donateurs seraient déterminés en fonction des besoins prédéfinis et des objectifs de développement (suivant en général les principaux éléments du cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé) à condition que l'apport des donateurs demeure stable sur plusieurs années et que les bénéficiaires en accusent réception. L'établissement d'une nouvelle institution multilatérale chargée de la mise en place d'un système d'aide mondiale étendu, digne de confiance et plus cohérent pourrait sembler peu réaliste. Cependant, l'exemple donné par la facilité internationale de financement pour la vaccination (Encadré 11.8) ainsi que le processus de réforme en cours au sein des Nations Unies montrent que de telles innovations ne sont pas seulement possibles, mais qu'elles sont aussi nécessaires (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

A plus court terme, la proportion de l'aide liée – par exemple, aux intérêts commerciaux des pays donateurs – doit être réduite alors que la proportion fournie en tant qu'appui budgétaire général doit être sensiblement augmentée (Encadré 11.9). Les donateurs commencent à reconnaître, depuis un certain temps, la nature transsectorielle de la santé et la nécessité d'une action qui ne se limite pas aux causes immédiates des mauvaises conditions de santé et des inégalités sanitaires, mais qui porte sur des déterminants de plus grande envergure. Cependant, loin des considérations théoriques, il semble que les donateurs demeurent attachés, dans le domaine de l'aide en général et de la santé en particulier, à des pratiques liées à un secteur spécifique et à caractère technocratique (Sachs, 2004). L'aide basée sur l'appui budgétaire général a pour avantage d'assurer une forme

Figure 11.5 Aide au développement pour la santé 1973–2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagements.



Réimprimé avec la permission de l'auteur, tiré de DAC (2005).

ENCADRE 11.7: CONCURRENCE FISCALE ET 'TERMITES FISCALES'

La mondialisation a limité la capacité des pouvoirs publics à prélever les impôts puisqu'elle accorde de plus en plus l'occasion aux entreprises et aux individus riches de réduire leur responsabilité fiscale en transférant leurs avoirs, leurs transactions voire en se déplaçant eux-mêmes vers les paradis fiscaux. L'ancien directeur du département des affaires fiscales du FMI a identifié un certain nombre de « termites fiscales » qui réduisent la capacité fiscale des gouvernements tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Celles-ci comprennent l'hypermobilité des capitaux financiers et des individus qui perçoivent des revenus élevés et qui sont dotés d'atouts intéressants pour le marché puisque « les taux d'imposition élevés sur les capitaux financiers et les individus en déplacement fréquent incitent les contribuables à transférer leur capital vers des juridictions étrangères qui imposent de faibles charges fiscales ou à élire résidence dans des paradis fiscaux ». Une termite non

identifiée ici mais qui devient de plus en plus inquiétante est le développement du commerce intra-entreprise entre les différentes composantes des multinationales – selon une estimation, ce commerce a représenté le tiers du volume total des échanges commerciaux mondiaux vers la fin des années 1990. Ceci offre aux entreprises maintes possibilités pour réduire leurs responsabilités fiscales à travers l'établissement de prix de cession interne (tarification des biens et des services échangés entre les acteurs au sein d'un organisme, permettant ainsi la déclaration d'un chiffre d'affaires artificiellement bas dans les pays imposant des taxes plus élevées). Une récente estimation a révélé qu'une telle tarification erronée a favorisé des sorties de fonds d'une valeur de plus de 31 milliards \$US de l'Afrique vers les Etats-Unis entre 1996 et 2005.

Source : GKN, 2007.

« plus pure » d'aide à l'ensemble des instances gouvernementales du pays bénéficiaire. La condition posée à toute éventuelle augmentation de l'appui budgétaire général – pour réduire les risques de voir cette aide détournée des activités liées à la santé – est que les fonds soient spécifiquement alloués à des plans d'action portant sur les déterminants sociaux de santé et que les pays bénéficiaires tiennent leurs engagements à cet égard.

Le DSRP pourrait représenter le principal cadre d'organisation des dépenses consacrées au développement en vertu de la facilité de crédit consentie par le FMI pour la réduction de la pauvreté et la croissance. Le DSRP est censé promouvoir un accord consensuel au sein de chaque pays pour définir les besoins de développement et assurer la cohérence dans la planification des projets de développement. Ainsi, il offre une occasion tangible qui favorise le renforcement de la coordination et de l'alignement de l'aide grâce à un cadre d'investissements répartis sur les secteurs qui serait très similaire au cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Cependant, les critères sur lesquels se basent le processus mis en œuvre dans le cadre du DSRP ainsi que ses performances

– notamment, l'accent mis avec insistance sur les mécanismes de contrôle macroéconomique – semblent avoir eu un effet négatif sur la politique nationale et sur les dépenses publiques consacrées, par exemple, à l'éducation et aux soins sanitaires, et ce, malgré la disponibilité de fonds d'assistance au développement pour ces secteurs (Ambrose, 2006 ; Ooms & Shrecker, 2005). Quoique le FMI n'impose pas des restrictions claires aux dépenses pour la santé, ses politiques et ses objectifs généraux – qui s'inscrivent partiellement dans le cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) du DSRP – limitent les ressources disponibles pour les soins de santé et les personnels de santé. Ainsi, les ministères de la Santé ont de la difficulté à exercer une influence lors de l'élaboration du budget de l'Etat (Wood, 2006).

Si l'on examine le DSRP d'un point de vue basé sur les déterminants sociaux de la santé, l'on déduit qu'il est en quelque sorte une occasion ratée. Quoique les DSRP favorisent une action intersectorielle plus responsable, ni les gouvernements, et surtout à leur tête les ministères des Finances, ni même les agences internationales ne profitent de cette occasion qui leur

ENCADRE 11.8: LA FACILITE INTERNATIONALE DE FINANCEMENT POUR LA VACCINATION

La Facilité internationale de financement pour la vaccination (FIFV) est une nouvelle institution multilatérale de financement pour le développement, soutenue par les gouvernements donateurs souverains (actuellement ceux de la France, de l'Italie, de la Norvège, de l'Afrique du Sud, de l'Espagne, de la Suède et du Royaume-Uni). Le Président brésilien Lula a aussi fait part du désir du gouvernement brésilien d'engager des fonds. La Banque Mondiale est le principal trésorier de la FIFV. La FIFV lève des fonds en émettant des obligations sur les marchés financiers immédiatement disponibles grâce aux engagements juridiquement contraignants des gouvernements. Il est ainsi prévu que la FIFV emprunte ses fonds d'exploitation sur les marchés financiers internationaux pendant les dix prochaines années, jusqu'à concurrence d'une proportion limitée des obligations des pays qui constituerait sa base financière (ratio de solvabilité).

Afin de soutenir la réalisation des OMD, le principal objectif

de la FIFV est de contribuer à sauver le plus rapidement possible la vie d'un plus grand nombre d'enfants. La Facilité a été conçue afin d'accélérer le processus de mise à disposition des fonds nécessaires aux programmes de santé et de vaccination dans 70 des pays les plus pauvres du monde. En investissant la plupart des ressources au début, le programme de financement est destiné à augmenter sensiblement le flux des aides et à assurer des flux de fonds pour financer les programmes de vaccination et le développement des systèmes de santé d'ici jusqu'à l'année 2015 y compris. Un investissement anticipé du FIFV de l'ordre de 4 milliards \$US est prévu pour prévenir le décès de 5 millions d'enfants entre 2006 et 2015 et éviter le décès de plus de 5 millions de futurs adultes, et ce en protégeant plus de 500 millions d'enfants grâce à des campagnes de vaccination contre la rougeole, le tétanos et la fièvre jaune.

Modification autorisée, tiré de <http://www.iff-immunisation.org/>

ENCADRE 11.9: AMELIORER LA COHERENCE DE L'AIDE – OPTER POUR L'APPUI BUDGETAIRE GENERAL

L'aide internationale versée a surtout revêtu des formes traditionnelles intervenant hors du cadre budgétaire officiel des pays bénéficiaires. Les moyens utilisés ont été critiqués compte tenu de leur effet négatif sur la capacité des pouvoirs publics des pays bénéficiaires à planifier les dépenses. Les conditions posées par les politiques et les contraintes sur les dépenses ont davantage limité le champ d'action de la politique nationale des pays bénéficiaires qui désirent engager une action portant sur les déterminants sociaux de la santé – notamment quand il n'est pas permis à l'aide, par exemple, d'être acheminée pour couvrir les frais institutionnels essentiels tels que la masse salariale du secteur public. En optant pour l'appui budgétaire général,

les donateurs adopteront un mécanisme essentiel pour assurer le financement et le renforcement de la capacité des pays bénéficiaires à planifier une action intersectorielle de développement. Grâce à l'appui budgétaire général, les aides sont acheminées à travers les processus budgétaires publics, ce qui est de nature à renforcer le contrôle des gouvernements bénéficiaires sur le développement et à encourager l'adoption de politiques que l'aide est censée financer. L'appui budgétaire général comprend actuellement une partie relativement minime de l'ensemble de l'aide mais il semble que son volume va augmenter.

Source: GKN, 2007

offre les motivations, le soutien et les opportunités nécessaires. Plusieurs DSRP continuent de négliger les principaux déterminants de la santé, à l'instar de l'emploi. Utilisé à bon escient, grâce à des consultations plus élargies et plus adaptées avec les parties prenantes nationales, le DSRP s'avère être un instrument potentiellement puissant pour organiser l'action des gouvernements bénéficiaires et des partenaires de la société civile en vue de réduire la pauvreté tout en recourant à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 11.10).

Allègement de la dette

L'annulation des dettes contractées par les PPTE a permis d'augmenter, autant que possible, les dépenses publiques consacrées aux besoins de base tels que les soins de santé et l'éducation dans plusieurs pays bénéficiaires (World Bank Independent Evaluation Group, 2006). Cependant, son «succès» a été inégal, d'où le besoin urgent pour un allègement supplémentaire de la dette afin de soutenir de manière plus efficace les déterminants sociaux de la santé.

Un premier mécanisme qui permet un allègement supplémentaire de la dette consiste à redéfinir le niveau du service de la dette de manière durable pour les pays à revenu moyen et faible, de telle sorte qu'il puisse satisfaire les besoins de base liés à la santé. Le projet du Millénaire a recommandé de redéfinir la viabilité de la dette comme étant le niveau de la dette qui favorise la réalisation des OMD, ce qui nécessite l'annulation de la dette à 100% pour plusieurs PPTE et plus d'allègement que celui qui est prévu pour les pays à revenu moyen (UN Millennium Project, 2005). Un second mécanisme prévoit de mettre en place une initiative indépendante pour l'allègement de la dette des économies très endettées à revenu moyen, et qui serait prise en charge par la Banque Mondiale ou le FMI. Ce mécanisme aiderait les pays à revenu moyen à éviter une crise de la dette dans le futur et à protéger les dépenses sociales de tout éventuel fardeau engendré par de lourdes dettes (Dervis & Birdsall, 2006). Une troisième option est d'adopter une approche basée sur le principe du revenu net possible (feasible net revenue approach) pour la remise des dettes et qui serait basée sur un revenu minimum par habitant de l'ordre de 3 \$US par jour déterminé en fonction de la parité du pouvoir d'achat (Edward, 2006). En recourant à cette approche, Mandel considère que 31 à 43% des dettes des pays en développement – soit 93 à 107 pays – doivent être annulées à condition de réduire la pauvreté et de réaliser les OMD (Mandel, 2006). Tout allègement prolongé de la dette doit être soumis à des conditions qui obligent les gouvernements bénéficiaires à s'engager clairement sur la voie d'une augmentation appréciable des dépenses dans le secteur social, tout en permettant aux acteurs de la société civile de procéder à une évaluation régulière de la performance des

pouvoirs publics. Les bénéfices tirés de l'allègement de la dette ne seront visibles que s'ils viennent s'ajouter vraiment aux fonds déjà levés dans le cadre de l'aide au développement (Bird & Milne, 2003 ; Arslanalp & Henry, 2006).

La Commission recommande que :

11.4 Les institutions financières internationales fixent des conditions et des modalités transparentes applicables à toute opération internationale d'emprunt et de prêt afin d'éviter un futur endettement insoutenable.

Responsabilité future à l'égard des dettes contractées

La communauté internationale doit admettre que, compte tenu des immenses besoins en capitaux des pays pauvres, l'emprunt sur les marchés internationaux est désormais inévitable. Il est évident que les pays endettés qui ont profité d'un allègement ont assisté à une nouvelle augmentation du volume total de leurs dettes après l'année 2000.

Il est nécessaire que les futurs arrangements sur les crédits internationaux ne se concentrent plus seulement sur des indicateurs limités relatifs à la viabilité de l'économie mais envisagent d'aboutir à un accord sur la nécessité d'assumer une « responsabilité à l'égard des dettes contractées ». Ce concept de responsabilité de la dette a des aspects économiques, sociaux et politiques. Il faut utiliser les mesures relatives à la vulnérabilité économique lors de l'évaluation des risques qui exposeraient un pays à des problèmes de dettes – celles-ci pourraient inclure la dépendance des pays envers les produits de première nécessité, la fréquence des désastres naturels ou l'ampleur de l'épidémie VIH/SIDA. Cependant, le concept de responsabilité de la dette s'étend bien au-delà de ces considérations. Une plus grande transparence est nécessaire dans le processus même de l'octroi de la dette : les créanciers et les emprunteurs des pouvoirs publics doivent être soumis au contrôle du pouvoir législatif et le public doit être incité à participer à la prise d'importantes décisions économiques. Le contrôle puissant que les créanciers exerçaient sur l'initiative en faveur des PPTE a relancé les appels invitant à une approche plus équilibrée à l'égard de l'annulation des dettes. La Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) (2006) ainsi que les militants en faveur de la réduction des dettes ont demandé d'introduire des réformes dans l'architecture financière internationale pour garantir une meilleure organisation des procédures de faillite et un arbitrage indépendant des litiges qui opposent les créanciers aux emprunteurs. En ce qui concerne l'augmentation du volume de l'aide et la réduction de la dette, il est utile de rappeler que les bénéficiaires d'un volume de plus en plus important de ressources sont tenus de rendre compte de toute

ENCADRE 11.10: RENFORCER LE DOCUMENT DE STRATEGIE POUR LA REDUCTION DE LA PAUVRETE

Pour renforcer le DSRP, il est nécessaire de :

mettre l'accent de manière plus explicite sur le DSRP en tant que processus qui assure la cohérence transsectorielle à l'échelle nationale lors de la prise de décisions et dans le cadre de l'action intersectorielle ;

bénéficier d'un plus grand soutien de la part des donateurs et des instances gouvernementales nationales pour le financement de toute action transsectorielle portant sur les déterminants sociaux de la santé ;

accorder plus d'intérêt sur le plan international aux AIS

pour les multiplier dans le domaine de la santé, sous l'égide de l'OMS ;

assurer un plus grand soutien aux ministères de la Santé qui tentent de convenir avec les ministères des Finances et le FMI du volume du budget consacré à la santé ;

garantir l'accès aux flexibilités prévues lors de la planification des dépenses (MTEF) pour les frais de fonctionnement essentiels (tels que ceux propres aux ressources humaines dans le secteur de la santé).

Source: GKN, 2007

amélioration notable apportée aux dépenses sociales consacrées à l'action portant sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que de toute tendance positive vérifiable enregistrée en matière d'équité en santé.

La Commission recommande que :

11.5 Les instances gouvernementales, à l'échelle nationale et locale, et la société civile instaurent des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2)

Répartition équitable

Beaucoup de gouvernements reconnaissent la nécessité d'augmenter les dépenses publiques à travers un ensemble de politiques et d'interventions qui ont un effet sur la santé. Pour que la santé soit prise en considération à tous les niveaux de l'élaboration des politiques, il est nécessaire qu'elle figure dans le budget des plans et des actions menés par les divers ministères et les départements (Encadré 11.11 ; cf. Chapitre 10: *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

La Commission recommande que :

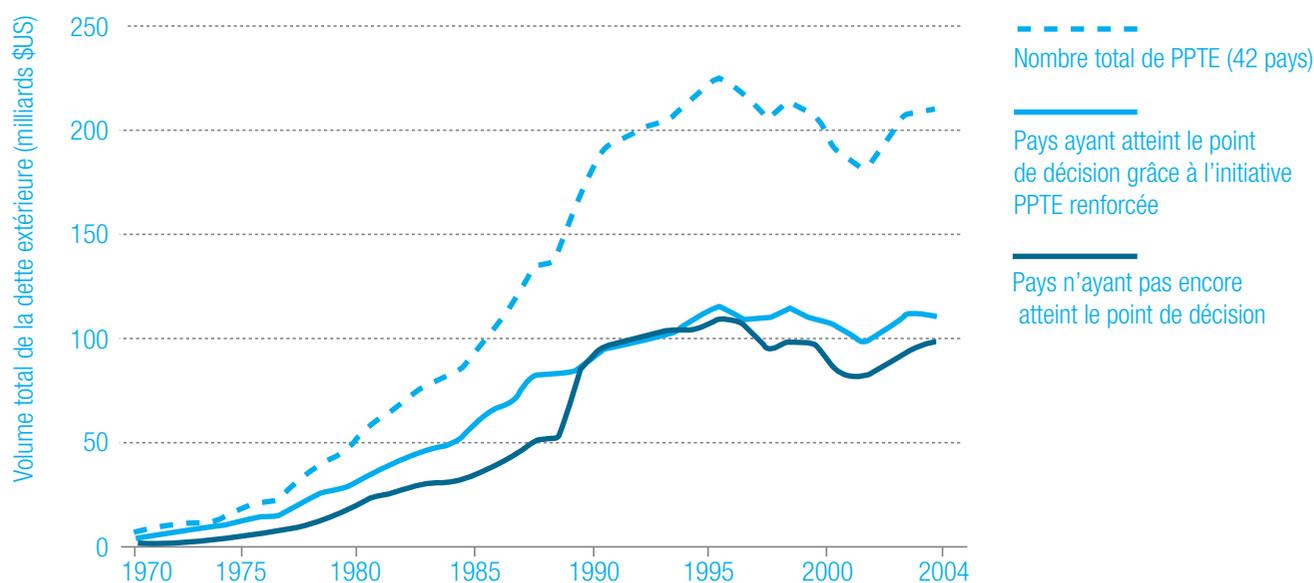
11.6 Les fonds publics soient équitablement répartis et contrôlés entre les régions géographiques et les groupes sociaux, en utilisant, par exemple, une jauge de l'équité (cf. Rec. 5.2; 14.3; 16.2).

Il ne suffit pas d'obtenir le financement nécessaire pour la mise en œuvre des politiques cohérentes au niveau transsectoriel afin de réduire la pauvreté et de mener une action portant sur les déterminants sociaux de la santé, mais il faut aussi s'assurer qu'un tel financement est équitablement réparti entre les régions géographiques pour résoudre le problème de l'inégalité

géographique. La jauge de l'équité est une approche en ce sens (Encadré 11.12). C'est par un effort commun, sous l'égide de l'OMS et de la Banque mondiale, et en collaboration avec des acteurs de la société civile, à l'instar de l'Alliance Mondiale de l'équité sociale (GEGA), qu'il serait possible de développer et de mettre à l'épreuve cette jauge de l'équité dans les Etats Membres, et ce, tout en envisageant d'en généraliser l'usage pour s'attaquer à un éventail plus large de déterminants sociaux de la santé (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

Des fonds publics adéquats, consentis équitablement et dépensés de manière cohérente, sont vitaux pour réaliser des progrès en termes d'équité en santé. A long terme, le renforcement des régimes d'imposition progressive est essentiel pour garantir un financement équitable pour les pays. A plus court terme, c'est une question de vie et de mort et de justice sociale à l'échelle mondiale que de déployer des efforts mieux coordonnés pour augmenter le volume des aides et alléger davantage les dettes en vue de réduire la pauvreté, dans le cadre d'une action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Figure 11.6 Montant total de la dette extérieure des Pays pauvres très endettés, 1970–2004 (milliards de dollars).



Réimprimé avec la permission des auteurs, tiré de UNCTAD (2006).

ENCADRE 11.11: FINANCER L'ACTION PORTANT SUR L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Le manque de mécanismes financiers pour soutenir l'AIS a été considéré comme l'obstacle qui entrave habituellement cette AIS. Cependant, un certain nombre de modèles mettent en évidence les instruments et mécanismes financiers qui pourraient être prometteurs et qui pourraient être mis en œuvre tant sur le plan national que sur le plan international :

La **répartition des crédits** doit avoir lieu pour l'AIS exclusivement en définissant clairement les critères propres à l'AIS et ceux qui ne le sont pas. Il est possible d'assortir cette démarche de règles qui fournissent les instruments juridiques nécessaires pour la mise en œuvre de l'AIS dans certaines situations.

L'AIS doit être considérée comme une **condition pour**

consentir des fonds (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

Le partage des frais et la mise en commun des ressources requièrent des contributions financières d'un ensemble de gouvernements et d'ONG en faveur d'une population ou d'une cause spécifique selon les mandats des organisations. Ces contributions peuvent comprendre des ressources en nature (p.ex. des personnes, des informations, de l'expertise, un espace physique, des moyens technologiques) allouées par des secteurs ou des organisations qui disposent de ressources financières limitées.

Source: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html

ENCADRE 11.12: REPARTIR LES FONDS ÉQUITABLEMENT – APPROCHE BASEE SUR LA JAUGE DE L'ÉQUITÉ

Afin d'assurer une couverture géographique, y compris dans les régions insuffisamment desservies, et afin d'assurer des services complets durables dans tous les pays, il est important de mettre en œuvre des mécanismes qui répartissent les fonds disponibles provenant des taxes entre les habitants et les régions selon les besoins – par exemple, les budgets sont répartis entre les régions géographiques selon une formule qui évalue le nombre des habitants selon leurs besoins plutôt qu'en fonction des modèles de dépense qu'ils ont préalablement adoptés. L'expérience montre le vrai potentiel de tels mécanismes même dans des pays à revenu faible, malgré les défis que ceci pose aux niveaux informationnel et politique. Quand une vaste panoplie de sources de financement est disponible (dont, par exemple, les revenus de l'assurance-maladie assurés par un financement international ou par la communauté elle-même), les mécanismes mis en œuvre pour répartir les ressources doivent prendre en considération toutes les sources de financement afin de s'assurer que la distribution de l'ensemble des revenus est équitable.

Une jauge de l'équité est une approche active pour traiter

les inégalités sanitaires puisqu'elle ne se contente pas de *surveiller* les inégalités, mais elle comprend aussi des *actions* concrètes pour *réduire durablement* les disparités injustes dans le secteur de la santé et des soins de santé. En ce sens, la jauge de l'équité doit fonctionner beaucoup plus comme un thermostat que comme un thermomètre, car elle ne doit pas se contenter de mesurer – ou jauger – l'équité et l'inégalité, mais elle doit aussi déclencher des actions pour réduire les inégalités. Une jauge de l'équité cherche à réduire les disparités injustes dans le secteur de la santé à travers trois cercles d'action élargis, appelés piliers, chacun d'eux étant essentiels à une jauge de l'équité efficace: (a) évaluation et suivi pour analyser, comprendre, mesurer et rassembler des données sur les inégalités ; (b) plaidoyer pour promouvoir des changements de politique, de programmes et de planification ; et (c) habilitation de la communauté pour soutenir les pauvres et les marginalisés en tant que participants actifs au changement et non comme de simples bénéficiaires passifs qui tirent profit de l'aide consentie ou de l'assistance apportée.

Source: HSKN, 2007

CHAPITRE 12

Rôle du marché

“Imaginez un régime commercial dont les règles sont définies de telle sorte à maximiser les possibilités de développement, notamment dans les nations les plus pauvres du monde. Au lieu de se demander ‘comment développer le commerce et l’accès au marché au maximum ?’, les négociateurs se demanderaient ‘comment permettre aux pays de sortir de la pauvreté ?’”

Dani Rodrik (2001)

LA RELATION ENTRE LE MARCHÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Le marché contribue à améliorer la situation sanitaire en fournissant de nouvelles technologies, de nouveaux biens et services et en accroissant le niveau de vie. Mais il peut aussi créer des conditions qui sont défavorables à la santé. La commercialisation de biens sociaux essentiels comme l'instruction et les soins médicaux, la disponibilité et l'accès de plus en plus facile aux marchandises ayant des effets sanitaires indésirables, engendrent des inégalités en santé. Un des objectifs principaux de la politique économique devrait être la création d'un environnement qui génère des moyens de subsistance et œuvre par conséquent en faveur de l'équité en santé pour tous les hommes. Ceci implique tout un ensemble d'engagements à prendre dans la répartition équitable des ressources, la réglementation nationale et supranationale efficace des produits, des activités et des conditions qui nuisent à la santé et qui mènent aux inégalités en santé, et dans les droits sociaux exécutoires. Les marchés sont importants, mais il est urgent de renouveler le rôle de direction du gouvernement pour équilibrer les intérêts des secteurs public et privé, comme il est aussi urgent d'avoir un système économique mondial qui soutienne cette direction.

Intégration du marché mondial

Les principales caractéristiques de la mondialisation des trois dernières décennies ont été l'intégration de la plupart des pays du monde dans le marché mondial et l'extension des relations axées sur le marché à un plus grand nombre de domaines de la vie sociale au sein de ces pays. Ce processus a été facilité par des mesures telles que les régimes de libéralisation des échanges et la déréglementation dans certains marchés domestiques sélectionnés. Les conséquences se sont manifestées, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, en termes d'émergence naturelle de marchés mondiaux du travail (sans mobilité de la main-d'œuvre), de privatisation généralisée et de réduction proportionnée de l'État. Ces processus ont intensifié la réification et la commercialisation des déterminants sociaux essentiels de la santé, y compris, l'eau, les soins de santé et le courant électrique. Ils ont également augmenté la disponibilité de produits nuisibles à la santé tels que les aliments riches en gras, en sucres et en sel, ainsi que le tabac et l'alcool. Le rôle du secteur public, qui consiste à réguler le marché afin qu'il réalise les objectifs collectifs tels que l'équité en santé, s'est fortement affaibli dans bon nombre de cas.

Les données probantes laissent entendre que les marchés élargis et approfondis de la mondialisation sont fondamentalement des ‘causes de dénivellement’ (Birdsall, 2006). Ils favorisent largement les pays qui possèdent des actifs productifs (financiers, de terres, physiques, institutionnels et en capital humain) par rapport à ceux qui en manquent, principalement les pays à revenu faible et moyen. La mondialisation privilégie également les pays riches et les groupes aisés au sein des pays, car ils disposent de plus de ressources

et de pouvoir pour exercer une influence sur la conception des règles. Par conséquent, les marchés et leurs effets requièrent une certaine modération en faveur de ceux qu'ils placent en situation désavantageuse relative, non seulement en favorisant un rôle de direction plus important du secteur public au sein des pays, mais aussi en apportant des améliorations importantes dans la gouvernance mondiale, par exemple, dans les marchés financiers internationaux (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). La crise bancaire qui a surgi en 2008 suite aux crédits hypothécaires à risque (subprime mortgages) témoigne des risques disproportionnés encourus par certains groupes sociaux, notamment les pauvres, et de la nécessité d'une réglementation plus forte.

Même les ‘gagnants’ de la mondialisation tant vantés, tels que la Chine, ont réalisé une grande partie de leur croissance sans adhérer à quoi que ce soit qui se rapproche des politiques d'économie de marché. La réduction de la pauvreté en Chine et les progrès enregistrés dans la santé de la population ont principalement eu lieu avant l'intégration du marché mondial. Entre 1952 et 1982, la mortalité infantile a chuté de 200 à 34 pour 1000 naissances et l'espérance de vie à la naissance a augmenté à peu près de 35 ans à 68 ans (Blumenthal & Hsiao, 2005). En effet, c'est depuis que la Chine a déréglementé ses marchés domestiques et accéléré le développement industriel orienté vers l'exportation, que l'inégalité des revenus et en termes d'accès aux soins de santé s'est considérablement accrue (Akin et al., 2004 ; Akin et al., 2005 ; French, 2006 ; Dummer & Cook, 2007 ; Meng, 2007). Il existe actuellement de grandes disparités en santé entre les régions côtières de Chine et les provinces intérieures. Sommairement, la période d'intégration du marché a vu l'inégalité des revenus monter en flèche au sein des pays et entre eux.

Commerce et investissement - négociations mondiales inéquitables

Les inégalités structurelles dans l'architecture institutionnelle mondiale maintiennent l'injustice au niveau des processus et des résultats liés au commerce. Les accords de commerce et d'investissement ont souvent été caractérisés par : (a) une participation asymétrique parmi les pays signataires, particulièrement les pays à revenu faible ayant une capacité de négociation commerciale relativement faible, et (b) des inégalités dans le pouvoir de négociation, provenant des différences au niveau de la taille de la population et de la richesse nationale. La participation à de tels accords se fait souvent sans évaluation adéquate de tout l'éventail de risques sociaux qu'ils entraînent, y compris le risque d'augmenter les inégalités et l'inéquité en santé. Ceci est partiellement dû à la participation rare aux négociations commerciales des départements ou des ministères gouvernementaux et des organisations de la société civile ayant des mandats et de l'expertise pertinents pour la santé publique. Les institutions et processus mondiaux, tels que la Commission du Codex Alimentarius (Encadré 12.1), montrent comment les perspectives de santé et d'équité en santé ont été sous-représentées dans certains domaines principaux des négociations économiques internationales.

Les accords d'investissement bilatéraux constituent un autre exemple de modalités liées au commerce international qui sous-estiment ou excluent carrément les questions de santé. En dehors du fait que les accords bilatéraux et régionaux peuvent miner ou affecter de manière défavorable les conditions de santé dans les accords multilatéraux (cf. ADPIC ci-dessous), les données laissent supposer que les cadres tels les accords d'investissement

bilatéraux sont disproportionnellement concernés par la facilitation de l'investissement direct étranger et relativement inattentifs à la santé.

Influence des sociétés transnationales

Les sociétés transnationales qui organisent la production à travers de multiples frontières nationales ont prospéré simultanément à l'élargissement et l'approfondissement de la libéralisation des échanges. Les revenus de Wal-Mart, BP, Exxon Mobil, et du Groupe Shell/Royal Dutch se classent tous au-dessus du PIB des pays comme l'Indonésie, la Norvège, l'Arabie Saoudite et l'Afrique du Sud (EMCONET, 2007). Les accords commerciaux, ayant force obligatoire pour les parties et ayant ouvert les marchés domestiques à la compétition mondiale, associés à l'augmentation du pouvoir corporatif et de la mobilité des capitaux, ont certainement diminué les capacités individuelles des pays à garantir que l'activité économique contribue à l'équité en santé, ou au moins ne l'ébranle pas. Il ne s'agit pas d'en déduire que les acteurs du secteur privé (individus ou sociétés) sont foncièrement mauvais. Il s'agit plutôt d'affirmer que beaucoup d'entre eux sont devenus très puissants dans l'économie et l'influence politique, et que leur pouvoir devra être responsable du bien public et consacré à des fins économiques privées.

Protection de la provision publique et réglementation de l'offre privée

La direction du secteur public doit être renforcée par rapport au secteur privé, et ce, de deux points de vue : protéger l'accès équitable aux biens et services essentiels au bien-être et à la santé (tels que l'eau) et contrôler la disponibilité des biens et des services qui ont des effets nuisibles à la santé. La question concernant les biens et les services qui requièrent un statut protégé ou un contrôle réglementaire variera selon le contexte du pays, mais on peut en donner quelques exemples :

L'eau

Environ 1,2 milliards de personnes dans le monde, presque toutes dans les pays à revenu faible et moyen, n'ont pas accès à l'approvisionnement adéquat en eau (UNESCO, 2006a). Assurer l'accès des personnes à l'eau et à l'assainissement est vital et constitue une nette responsabilité de l'Etat. La mondialisation a fait porter un nouveau regard sur les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, particulièrement là où le gouvernement est déficient. Ceci dit, le rôle du secteur public – notamment les antécédents historiques dans la gestion équitable de l'approvisionnement en eau – demeure central. Les exemples donnés (Encadré 12.2) montrent les effets négatifs potentiels de la privatisation de l'eau. Les éléments probants sont plus nombreux (Loftus & McDonald, 2001 ; Jaglin, 2002 ; Budds & McGranahan, 2003 ; McDonald & Smith, 2004 ; Galiani et al., 2005 ; Mehta & Madsen, 2005 ; Debbane, 2007 ; Aiyer, 2007) à suggérer que la privatisation en gros de l'eau doit être déconseillée.

Soins de santé

La réforme du secteur de la santé s'est centrée sur une conception étroite de l'efficacité technique et économique, privilégiant l'intervention médicale 'rentable' et augmentant la commercialisation – malgré les indices probants de non rentabilité. Les données probantes disponibles indiquent que la commercialisation des services de santé, y compris l'assurance maladie, crée des inégalités au niveau de l'accès (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000 ; Bennett & Gilson, 2001 ; Cruz-Saco, 2002 ; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock, 2003 ; Hutton, 2004) et des résultats sur le plan sanitaire (Koivusalo & Mackintosh, 2005), si une telle commercialisation est dirigée par des acteurs domestiques ou étrangers.

Presque tous les systèmes de santé sont 'mixtes' et comprennent

ENCADRE 12.1: REPRESENTATION AU SEIN DE LA COMMISSION DU CODEX ALIMENTARIUS

La Commission du Codex Alimentarius est un organisme important conjointement formé par la FAO et l'OMS afin d'élaborer des normes alimentaires, des lignes directrices et d'autres textes, tels que les Codes d'usages, dans le cadre du Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires. Les buts principaux de ce programme sont la protection de la santé des consommateurs, la promotion de pratiques loyales dans le commerce des aliments et la coordination de tous les travaux de normalisation ayant trait aux aliments, entrepris par des organisations aussi bien gouvernementales que non gouvernementales.

Le Codex a pris de l'importance depuis la création de

l'OMC. Les normes Codex sont utilisées par l'OMC en tant que points de référence dans le cas des conflits commerciaux. Il est important que la FAO et l'OMS garantissent l'impartialité de cet organisme. Les modalités actuelles laissent entendre que la participation est biaisée et la représentation inéquitable, avec pour résultat un déséquilibre entre les objectifs commerciaux et la protection du consommateur. La révision de 1993 a révélé la participation de 26 représentants de groupes de défense de l'intérêt public, contre 662 du secteur industriel.

Source: Friel et al., 2007

ENCADRE 12.2: PRIVATISATION DE L'EAU EN ARGENTINE ET BOLIVIE

Depuis 1993, la société française Suez-Lyonnaise des Eaux a été le partenaire principal dans l'entreprise de service public privatisée qui alimentait en eau les 10 millions d'habitants de Buenos Aires, l'une des plus grandes concessions en eau dans le monde. Les prix des services avaient augmenté de plus de 20 % après la privatisation. Les familles les plus pauvres (celles qui étaient reliées aux réseaux d'eau) n'étaient plus à même de payer leurs factures d'eau.

En septembre 1999, le consortium Aguas del Tunari dirigé par International Water s'est vu attribuer une concession de 40 ans pour le système d'eau et d'assainissement du Cochabamba, la troisième plus grande ville de Bolivie. Les tarifs des services de l'eau ont été majorés de 200 % afin de couvrir les coûts d'un énorme projet technique.

Sources: Loftus & McDonald, 2001; http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf

à la fois des initiatives privées et publiques. La Commission admet cela. Pour cette raison, une question clé se présente : à quel point le gouvernement est-il capable de superviser le fonctionnement de son système mixte, planifier une provision juste et réglementer les intrants du secteur privé ? Dans les pays à revenu moyen, les taux de commercialisation élevés sont systématiquement associés à une inégalité au niveau de l'accès aux soins de santé et des résultats sanitaires (HSKN, 2007). Dans les milieux défavorisés, l'absence de réglementation sur la commercialisation du paiement à l'acte laisse présager des risques graves pour la situation sanitaire. En termes d'équité en santé, les soins de santé financés publiquement, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires, représentent la meilleure option politique (cf. Chapitre 9 et 11 : *Soins de santé universels ; Financement équitable*).

Le travail

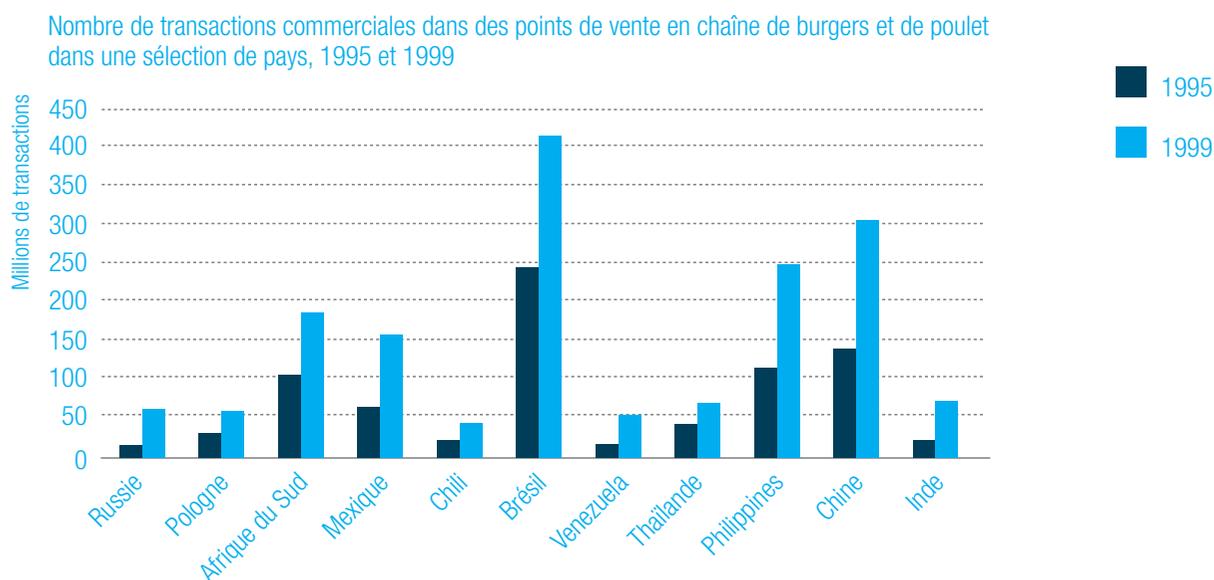
Le travail est primordial pour le fonctionnement social des individus et la santé équitable, tant dans la possibilité d'obtenir que dans les conditions dans lesquelles il est entrepris. L'intégration et la libéralisation du marché mondial ont eu une lourde répercussion sur les conditions de travail. L'apparition d'une 'nouvelle division du travail' est illustrée par le déplacement de la production à forte densité de main-d'œuvre

(par ex. dans les industries du textile et du vêtement) vers des sites dans des pays en voie de développement choisis sur la base de salaires bas et de protection minimale des travailleurs, le plus souvent situés dans les zones franches industrielles (Fröbel et al., 1980). Même dans les économies les plus riches, il existe des secteurs de la main-d'œuvre où les conditions sont médiocres. Les cadres législatifs et réglementaires officiels, qui favorisent le travail sain et protègent la main-d'œuvre, ne sont souvent pas assez développés ou imposés, tant sur le plan international que national. Les normes de travail ne sont pas incluses dans les accords commerciaux mondiaux, et même si elles le sont dans certains accords bilatéraux ou régionaux, elles sont souvent ambiguës ou manquent de dispositions d'application (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Les denrées alimentaires, le tabac et l'alcool

Les réformes commerciales et l'influence croissante des investissements étrangers directs peuvent exercer une influence sur le régime alimentaire et la transition nutritionnelle, et ceci en enlevant les obstacles à l'entrée des sociétés multinationales fabriquant des denrées alimentaires, et des supermarchés qui sont en expansion vers de nouveaux marchés. La libéralisation des échanges – ouvrant la voie à davantage de pays au marché international – associée aux subventions alimentaires continues,

Figure 12.1 Consommation de repas-minute (1995 et 1999) dans une sélection de pays.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Hawkes (2002).
Source : Euromonitor data in Hawkes (2002).

ENCADRE 12.3: LES COUTS DU TABAGISME

Une étude sur les données de 1998 en Chine a montré que les coûts médicaux des décès précoces dus au tabagisme représentaient 2,76 milliards \$US ou 6 % de la totalité des coûts médicaux à travers le pays.

En Inde, en l'an 2000, le Conseil indien pour la Recherche médicale a estimé les coûts de trois maladies graves liées au tabac (cancer, maladie cardiaque et broncho-

pneumopathie chronique obstructive) à 270 milliards de roupies (5,8 milliards \$US), ce qui dépasse la contribution directe de l'industrie du tabac aux recettes du gouvernement indien, atteignant 70 milliards de roupies (environ 1,5 milliard \$US).

Source: PPHCKN, 2007c

a rendu les produits alimentaires ayant des effets sanitaires indésirables plus accessibles, abordables et attrayants. Aussi, les sociétés alimentaires multinationales ont-elles inondé le marché mondial avec des denrées alimentaires dont la production est bon marché, qui sont très riches en matières énergétiques et pauvres en matières nutritives (Fig 12.1) (cf. Chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*).

L'intégration croissante du marché mondial a également favorisé l'extension de la production et de la consommation de marchandises ayant des effets sanitaires indésirables (par exemple le tabac et l'alcool). Actuellement, plus de 1,3 milliards de personnes dans le monde fument des cigarettes (plus d'un milliard d'hommes et environ 250 millions de femmes), une personne sur cinq parmi la population mondiale et une sur trois parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. On s'attend à ce que ce nombre augmente à plus de 1,7 milliards d'ici 2025, si le taux de prévalence mondiale de la consommation du tabac ne change pas (PPHCKN, 2007c). L'Encadré 12.3 souligne les coûts du tabagisme.

On note environ 2 millions de décès causés par l'alcool par an, du même ordre que le VIH/SIDA qui en cause 2,9 millions. Les niveaux absolus de morbidité et d'incapacité liées à l'alcool sont aussi élevés dans les pays pauvres d'Afrique et d'Amérique qu'en Europe de l'Ouest et qu'en Amérique du Nord. Les maladies liées à l'alcool sont à un niveau plus élevé dans l'ancienne Union soviétique et en Asie centrale, représentant 13 % de la charge totale. En Fédération de Russie, le taux est même supérieur (PPHCKN, 2007b). Une société dépourvue de politiques efficaces relatives à l'alcool assistera vraisemblablement à une augmentation brusque des problèmes liés à l'alcool au cours de son développement économique. La transition qui a eu lieu dans l'ancienne Union soviétique en est un exemple frappant. En Fédération de Russie, la 'thérapie de choc' et la libéralisation économique en 1992 ont inclus une déréglementation totale

du commerce des boissons alcoolisées. L'augmentation de la mortalité qui s'en est suivie a été corrélée à la consommation occasionnelle excessive d'alcool (Leon et al., 1997 ; PPHCKN, 2007b).

ACTIONS POUR UNE RESPONSABILITE DU MARCHÉ

La Commission recommande que :

12.1 L'OMS, en collaboration avec d'autres organismes multilatéraux concernés et en appuyant les Etats Membres, institutionnalise l'évaluation des conséquences des accords économiques internationaux, régionaux et bilatéraux importants, aux niveaux mondial et national (cf. Rec. 10.3 ; 16.7).

Une recommandation clé de la Commission consiste pour les pays participants à agir avec prudence dans l'étude de nouveaux engagements de politiques économiques (commerce et investissement) aux niveaux mondial, régional et bilatéral. Avant d'exécuter de tels engagements, il est essentiel de comprendre les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la santé et l'équité en santé. L'OMS doit réaffirmer son rôle de chef de file en santé mondiale en commençant par une révision des accords de commerce et d'investissement – tout en collaborant avec d'autres organismes multilatéraux – avec le souci d'institutionnaliser l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé en tant qu'élément standard pour tous les accords futurs. L'OMS peut également renforcer la capacité des Etats Membres, de leurs ministres de la Santé et des organisations de la société civile, afin de préparer les positions pour des négociations commerciales bilatérales et multilatérales.

Pour ce faire, l'OMS devra augmenter sa recherche et son expertise politique déjà existantes, y compris dans les domaines de l'économie, du droit et des sciences sociales. Il sera nécessaire d'envisager avec une attention particulière les négociations

ENCADRE 12.4: ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : OUTILS DE DIAGNOSTIC ET MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT SUR LE COMMERCE ET LA SANTE – UNE PRIORITE POUR 2008/2009

L'OMS œuvre avec l'OMC, la Banque Mondiale, l'Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle, la CNUCED et avec des experts internationaux et des responsables du commerce et de la santé publique de dix pays, pour mettre au point une série d'outils de diagnostic et d'un manuel d'accompagnement sur le commerce et la santé. Cette nouvelle phase de travail adopte une perspective plus systématique et plus large des liens entre le commerce et la santé. Les outils de diagnostic examinent cinq éléments de cette relation: 1) la macroéconomie, le commerce et la santé 2) le commerce des produits liés à la santé, y compris les médicaments et les questions relatives à la propriété intellectuelle ; 3) le commerce des produits nocifs, tels les produits dérivés du tabac ; 4) le commerce des services de santé – commerce électronique, tourisme sanitaire, investissement étranger direct en santé, mouvement transfrontalier de professionnels de la

santé ; et 5) le commerce des denrées alimentaires. Les outils de diagnostic et le manuel d'accompagnement qui documente les meilleures pratiques, les sources de données, les arbres de décisions et les normes internationales, seront prêts pour la mise en œuvre en 2009. L'application des outils de diagnostic permettra aux responsables des choix politiques d'élaborer des politiques et des stratégies nationales relatives au commerce et à la santé, et d'identifier leurs besoins en matière de renforcement de capacités dans ce domaine. Au cours des dernières années, il y a eu une forte augmentation des ressources extérieures fournies aux pays en développement, afin de renforcer leurs moyens en matière de commerce. 'Aide pour le commerce' présente une possibilité d'aider les pays à développer leurs moyens en termes de commerce et de santé.

Source: WHO, <http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html> et communication personnelle

ROLE DU MARCHÉ : CHAMP D'ACTION 12.1

Institutionnaliser la prise en compte des conséquences sur la santé et l'équité en santé des politiques et des accords économiques nationaux et internationaux au moment de leur élaboration.

liées au commerce portant sur la réglementation domestique, les subventions et les marchés publics – et celles qui influent mondialement sur la production et les marchés financiers organisés – ainsi que le commerce des biens et des services ayant des effets directs sur la santé.

Ceci nécessiterait la collaboration avec d'autres organismes de l'ONU, tels que CNUCED, OIT, FAO, UNESCO et le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, en vue de créer une base factuelle intersectorielle et plus élaborée pour comprendre les questions relatives à la gouvernance économique mondiale, la mondialisation et les déterminants sociaux de la santé. L'OMS s'est déjà engagée aux côtés d'autres institutions mondiales et a apporté son soutien aux Etats Membres pour faire de la capacité des négociations commerciales une priorité (Encadré 12.4). Cependant, il est important qu'un tel appui soit beaucoup plus axé sur la question d'équité en santé.

Evaluation de l'impact des accords économiques sur l'équité en santé

Comme les conséquences des accords internationaux sur l'équité en santé et leur impact sur les politiques et programmes nationaux ne sont pas toujours évidents, l'évaluation de ces conséquences constitue la clé des politiques et des programmes intergouvernementaux cohérents. Il est essentiel que l'évaluation de l'équité en santé soit appliquée aux politiques ou aux programmes principaux, même en dehors du secteur de la santé (MEKN, 2007a) (cf. Chapitre 16 : *Déterminants de la santé: observation, recherche et formation*). Les exemples provenant de la

Slovénie et de la Thaïlande, même s'ils sont axés sur la santé en général plutôt que sur l'équité en santé, mettent en évidence la possibilité d'appliquer de tels processus d'évaluation et montrent leur potentiel (Encadrés 12.5 et 12.6).

L'institutionnalisation de l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé est encore à ses débuts et présente des problèmes réels en termes de compétences techniques requises et de capacité institutionnelle dans de nombreux pays, notamment ceux à revenu faible ou moyen. Pourtant, l'exemple de l'évaluation de l'impact sur l'environnement nous rend optimiste. Nonobstant les lacunes graves reconnues au niveau de la méthodologie, du déroulement et de l'imposition de l'évaluation de l'impact sur l'environnement, ce dernier est devenu, en l'espace d'une génération, un critère largement reconnu de par le monde dans les processus d'élaboration des politiques.

Flexibilité dans les accords

L'engagement en faveur des accords commerciaux ne doit pas empêcher les pays signataires, après avoir signé, d'agir pour atténuer les répercussions imprévues nuisibles à la santé et à l'équité en santé.

Il est clair qu'une plus grande flexibilité est requise dans la façon dont le statut des signataires aux accords internationaux peut être modifié au fil du temps. L'Accord général sur le commerce des services (AGCS ou GATS) fournit des exceptions pour les cas de danger sur l'environnement ou la santé, mais la disposition est étroite et semble demander une preuve du dommage réel

ENCADRE 12.5: EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) EN THAILANDE

Parmi les pays à revenu faible et moyen, seuls l'Indonésie, le Sri Lanka et la Thaïlande disposent de méthodes ou de cadres politiques pour soutenir l'EIS. La Thaïlande est le seul pays qui a réussi à introduire explicitement l'EIS dans ses dernières réformes du secteur de la santé. L'EIS est requise à présent dans le cadre de la nouvelle Loi sur la santé nationale de 2002. Les EIS nationales et régionales ont été axées sur les projets d'infrastructure ou de développement, cherchant à faire un équilibre entre la santé des communautés locales et d'autres pressions politiques.

L'EIS du barrage hydro-électrique de Pak Mun a montré que les villages locaux avaient souffert suite à la réduction des ressources de la pêche, ce qui avait eu une incidence négative sur le revenu et l'état socio-économique locaux.

Ainsi, l'EIS a permis que les besoins des villages locaux soient pris en compte et que les mesures d'atténuation soient initiées afin d'améliorer les moyens de subsistance rurale, en changeant la fréquence d'ouverture du barrage, pour aider au retour de l'industrie de la pêche. La Thaïlande a également élaboré une EIS à un niveau politique national, par exemple des effets de l'agriculture durable sur la santé et l'économie. L'exemple thaï montre qu'il est possible à court terme d'instaurer un système efficace et puissant d'EIS des politiques, dans le cas où l'engagement politique, la présence d'un cadre politique et les ressources suffisantes existent.

Source : Lock, 2006

ENCADRE 12.6: SLOVENIE – EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) DES POLITIQUES D'AGRICULTURE, D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

En décembre 2001, le ministère slovène de la Santé et la Région européenne de l'OMS ont proposé de mener une EIS des politiques agricole, alimentaire et nutritionnelle, stimulée par la demande de la Slovénie d'adhérer à l'UE et l'influence que la législation portant sur la Politique agricole commune pourrait avoir sur la politique agricole nationale. Les résultats de l'EIS ont été présentés au Comité intergouvernemental sur la santé.

Les recommandations ont examiné les questions agricoles y compris les secteurs des fruits et légumes,

des céréales, des produits laitiers et le financement du développement rural. Une conséquence imprévue de l'EIS a été le commencement d'une entraide entre les secteurs sanitaire et agricole afin de déterminer les types de politiques qu'ils voulaient faire appliquer en Slovénie après son adhésion à l'UE. Les négociations de l'UE ont été très fructueuses et la Slovénie a reçu des allocations plus importantes que d'autres pays candidats à l'adhésion.

Source: MEKN, 2007a

limitant ainsi la capacité nationale à mettre en place des mesures de précaution (Encadré 12.7).

Bien que les flexibilités figurent de manière officielle dans les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ASPIC), les gouvernements, notamment dans bon nombre de pays à revenu faible ou moyen ayant des capacités techniques et institutionnelles réduites, ont tiré un avantage limité de telles flexibilités dans beaucoup de cas, et ont été encouragés à ne pas les utiliser du tout dans d'autres (Encadré 12.8).

Sur un plan plus général, les accords commerciaux liés au marché international pourraient prévoir des dispositions formulées plus fermement, par lesquelles les pays ayant des besoins et des stratégies développementales différents, peuvent se prévaloir d'une option

de non participation (pour des périodes limitées et en vertu de conditions transparentes) dans les cas où les conditions domestiques, y compris la preuve de l'impact négatif sur la santé et l'équité en santé, en imposent la nécessité (Encadré 12.9).

La Commission recommande que :

12.2 Les instances gouvernementales chargées de l'élaboration des politiques, avec le concours de l'OMS, garantissent et renforcent la représentation de la santé publique dans les négociations des politiques économiques à l'intérieur du pays et au niveau international (cf. Rec. 10.2).

La santé est impliquée dans les accords de l'OMC. Mais dans

ENCADRE 12.7: ACCORD GENERAL SUR LE COMMERCE DES SERVICES (AGCS)

En principe, l'AGCS ou le GATS s'applique uniquement aux secteurs que les gouvernements mettent volontairement sur le marché. Cependant, l'article 6.4 statue que toutes les réglementations dans le secteur des services peuvent de manière générale être contestées. Ceci contredit les garanties données par l'OMC et les gouvernements qui appuient l'accord selon lequel les règles de l'AGCS seront appliquées seulement dans les secteurs que les gouvernements

ont présentés. De plus, l'accord prévoit un article rigoureux qui interdit aux pays de modifier les engagements (partie intégrante des règles de l'AGCS), une fois qu'ils sont établis.

Source : http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf ; Woodward, 2005 ; Adlung, 2005 ; Mehta & Madsen, 2005

ENCADRE 12.8: ACCORD DE L'ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE SUR LES ASPECTS DES DROITS DE PROPRIETE INTELLECTUELLE QUI TOUCHENT AU COMMERCE

Le GKN a émis plusieurs recommandations concernant les accords liés au commerce sur les droits de propriété intellectuelle (DPI) et les ADPIC :

Eviter des concessions additionnelles dans les accords commerciaux bilatéraux ou de libre-échange qui élèvent le niveau de protection par les DPI des produits pharmaceutiques, et si de telles concessions ont déjà été attribuées, prévoir des mesures de compensation pour garantir l'accès aux médicaments.

Maximiser l'utilisation des flexibilités prévues par les ADPIC et examiner à fond l'utilisation de licences obligatoires pour les médicaments essentiels brevetés.

L'OMS devrait évaluer d'autres dispositifs que les brevets, comme les concours, les fonds de recherche d'intérêt public et les accords d'achats anticipés, afin d'encourager la mise au point de médicaments qui combattent les maladies touchant les pays en développement et d'assister les pays membres dans l'application de tels dispositifs.

Ces recommandations sont appuyées par les recommandations provenant de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle.

Sources : GKN, 2007 ; Commission on Intellectual Property Rights, 2002

ENCADRE 12.9: SAUVEGARDE DE LA SANTE ET DE L'EQUITE EN SANTE DANS LES ACCORDS

« L'OMC a mis en place une 'sauvegarde' conçue pour protéger les pays d'une poussée soudaine des importations. L'Accord sur les sauvegardes permet une augmentation (temporaire) des restrictions d'après un ensemble très étroit de conditions, principalement la preuve de menace d'une industrie domestique ... Une interprétation plus étendue des sauvegardes admettrait que les pays puissent légitimement souhaiter limiter le commerce ou suspendre certaines obligations existantes de l'OMC – exerçant des 'opt-out'—pour des raisons qui vont au-delà des menaces compétitives

de leurs industries ... Les priorités en termes de développement figurent parmi ces raisons, comme le sont les soucis ou les conflits de distribution avec les normes domestiques ou les modalités sociales ... L'accord actuel pourrait être remanié pour devenir un 'Accord sur les sauvegardes développementales et sociales'. Ce qui permettrait l'application de l'opt-out dans un plus large éventail de circonstances. »

Reproduit avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Rodrik (2001)

tout le domaine des processus de négociations commerciales, la santé publique a très souvent été absente ou muette. Avec le concours de l'OMS, les Etats membres peuvent renforcer leur capacité de représenter les intérêts sanitaires eu égard au commerce (Encadré 12.10).

La Commission recommande que :

12.3 Les autorités nationales, en collaboration avec les organismes multilatéraux concernés, renforcent le rôle de direction du secteur public dans la fourniture des biens/ services de base indispensables à une bonne santé et le contrôle des marchandises ayant des effets indésirables sur la santé (cf. Rec. 6.3 ; 7.3).

Les domaines repris ci-dessous représentent des exemples illustratifs et non pas une liste exhaustive.

L'eau

Il est essentiel de garantir, à travers la réglementation (au niveau national) et l'aide au développement (au niveau international), que l'égalité de l'accès demeure au cœur de toute politique de l'eau. Il doit être reconnu qu'une approche 'établissant le prix à partir du coût complet' pour assurer les services de base aux pauvres est indifférente aux soucis d'équité. Dans la mesure où le recouvrement des coûts est requis dans de tels services, il est nécessaire d'avoir des interfinancements systématiques afin de garantir que tous les ménages aient un accès suffisant pour assurer les nécessités de base, indépendamment de leur solvabilité (Encadré 12.11, Fig. 12.2).

ENCADRE 12.10: PARTICIPATION DES AUTORITES DE LA SANTE AUX NEGOCIATIONS COMMERCIALES – GOUVERNEMENT, SOCIETE CIVILE ET REGIONS

En Malaisie, le ministre de la Santé a fait preuve d'initiative en décidant d'importer des médicaments antirétroviraux génériques en vertu des dispositions des ADPIC portant sur 'l'utilisation par les pouvoirs publics', et ceci malgré la forte opposition à l'intérieur du Conseil des ministres. Au Sri Lanka, en 2003, des militants et des défenseurs ont mis en cause devant la Cour suprême un projet de loi en lien avec les ADPIC, qui aurait augmenté en toute connaissance de cause les inégalités, refusant à la population l'accès équitable aux services de soins sanitaires. Au cours des négociations nationales de l'AGCS, le ministre pakistanais de la Santé a émis une proposition concernant les services professionnels dans le secteur de la santé, qui ne comprendrait pas les services de soins sanitaires assurés par les institutions publiques. L'objectif de cette exclusion était d'assurer une flexibilité réglementaire

future en vue d'améliorer l'accès aux services de santé à travers les subventions, les obligations de service universel ou d'autres mesures.

Le secrétariat du Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe coordonne des évaluations globales de l'état du commerce des services dans cette région, tels les services de santé, et ce en préparation aux accords de partenariat économique avec l'UE et les négociations de l'AGCS. Les pays à faible revenu peuvent ne pas avoir les ressources nécessaires pour créer une unité distincte ou un comité en vue de traiter des questions de commerce et de santé et la collaboration régionale pourrait être le meilleur moyen pour assurer une cohérence intérieure.

Modifié avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Blouin (2007)

ENCADRE 12.11: CONCEPTION DES TARIFS D'EAU EN FAVEUR DE L'EQUITE

Au cœur de la régulation du marché en termes d'accès à l'eau et aux services d'assainissement, figure l'enjeu de la conception d'un tarif subventionné. La pente et la forme de la courbe des tarifs déterminent si l'impact général est progressif. Les subventions qui couvrent un petit montant de base ne garantissent pas un accès équitable au cas où le prix s'élève brusquement, une

fois ce montant consommé. Cela a été l'effet non intentionnel de la politique de l'eau gratuite (Free Basic Water) à Johannesburg et Durban en Afrique du Sud, où l'utilisation tout juste suffisante de l'eau dépassait les moyens financiers de nombreux ménages.

Source: GKN, 2007

ROLE DU MARCHÉ : CHAMP D'ACTION 12.2

Renforcer le rôle de l'Etat dans la fourniture des services de base indispensables à une bonne santé (eau et assainissement par exemple) et dans la réglementation des biens et des services ayant des effets importants sur la santé (comme le tabac, l'alcool et les denrées alimentaires).

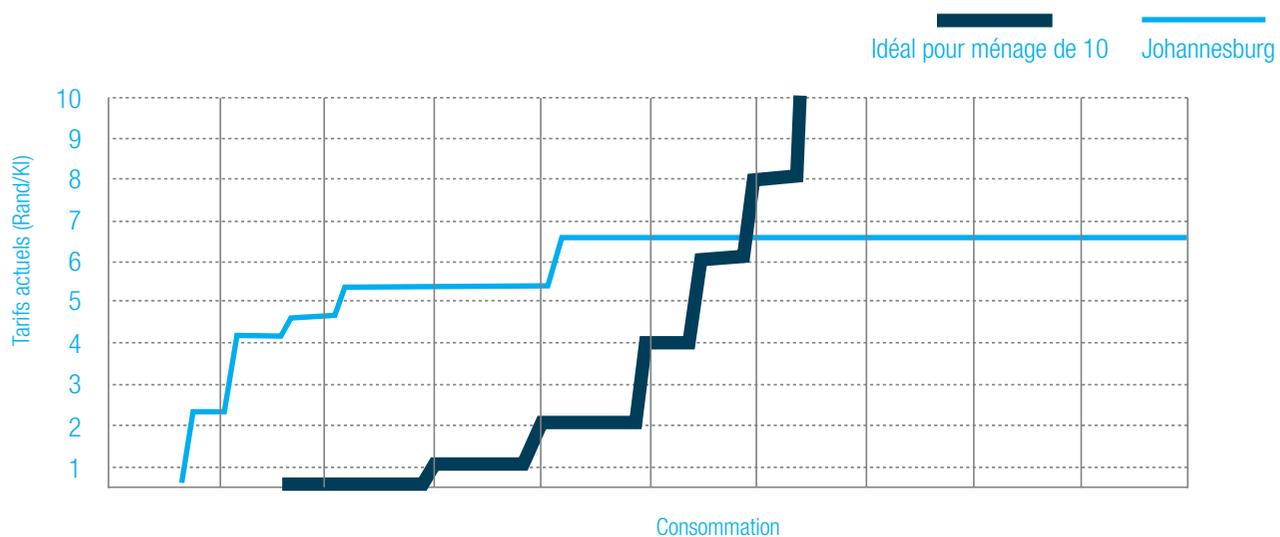
Les soins de santé

Toute la politique des systèmes sanitaires doit avoir pour objectif principal de garantir à tous l'accès à des soins de santé de qualité, sans considération de solvabilité (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Théoriquement, les réglementations du marché peuvent déterminer le rôle et le comportement du secteur privé dans le système sanitaire. En pratique, les éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé sont manquants. De là à ce que les gouvernements prouvent leur capacité à réglementer efficacement l'investissement privé et les prestations des services sanitaires, de façon à renforcer l'équité en santé, ils doivent éviter de s'engager en matière de services de soins sanitaires dans des traités commerciaux ayant force obligatoire, qui influent sur leurs capacités d'exercer un contrôle réglementaire domestique. Il n'est pas clair que tout gouvernement dans le monde répondrait aux exigences de ce test (HSKN, 2007 ; GKN, 2007). L'exemple de l'assurance maladie est révélateur. Il est évident que l'assurance maladie peut soutenir le financement des soins de santé, mais, ce faisant, elle ne doit pas amoindrir l'équité en santé (Encadré 12.12).

Le travail

Les autorités nationales, en collaboration avec les organisations d'employeurs et de salariés, doivent adopter et mettre en œuvre efficacement les quatre normes fondamentales du travail établies par l'OIT (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Cependant, il faut user de prudence dans les processus d'application de l'internationalisation des normes du travail, par exemple au moyen de 'clauses sociales' incluses dans les accords commerciaux. Ces clauses pourraient être utilisées par des pays ayant des ressources importantes, afin de protéger les industries domestiques en imposant des sanctions sur la non-conformité aux normes, ce qui arrive souvent dans les pays à revenu faible et moyen. Au lieu que l'OMC impose des sanctions aux pays qui manquent à leurs obligations, il serait préférable d'augmenter le pouvoir des organisations telles que le Programme de l'ONU pour l'environnement, l'OIT, la FAO, l'OMS, etc. par une connaissance spécialisée afin de prendre des décisions correctes. Le rôle des travailleurs dans la promotion et la protection des conditions de travail décent (Encadré 12.13) pourrait être fondamental.

Figure 12.2 L'eau de Johannesburg – courbe convexe des tarifs et courbe concave de système idéal de tarification.



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de GKN (2007).

ENCADRE 12.12: REGLEMENTATION DE L'ASSURANCE MALADIE EN FAVEUR DE L'EQUITE

L'assurance maladie, non seulement met les usagers à l'abri des paiements directs importants, mais permet également la mise en commun (c-à-d la répartition des risques financiers parmi les participants). Cependant, il est peu probable que l'expansion d'assurances étrangères privées ait une incidence positive à grande échelle sur l'amélioration de l'accès aux services. Vu les coûts et le signe manifeste d'échec du marché dans l'assurance maladie privée, on peut soutenir que ce n'est pas une option viable pour la mise en commun des risques au niveau national dans les pays à revenu faible et moyen. Les bases factuelles en Amérique latine montrent que les assureurs privés, qu'ils soient

étrangers ou domestiques, se montrent enclins à servir les groupes à revenu élevé et à risque faible, qui sont à même de payer des cotisations financières relativement élevées afin d'être couverts. Au Chili par exemple, les personnes âgées et les femmes en âge de procréer doivent payer des primes beaucoup plus élevées. Une façon de lutter contre cette discrimination serait d'introduire des réglementations qui limiteraient pareils comportements de la part des assureurs. Cependant, le fait qu'il y ait peu de données qui montrent que les pays le font constitue une mise en garde majeure.

Source: HSKN, 2007

Dans des pays où l'on table le plus sur l'agriculture pour que les ménages aient des conditions de vie normales, les pouvoirs publics doivent agir en vue de protéger les moyens de subsistance des collectivités agricoles exposées aux pressions des coûts et de la concurrence, par des accords commerciaux sur l'agriculture (Encadré 12.14) (cf. Chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*). Les dernières données probantes sur les réformes commerciales et la sécurité alimentaire indiquent qu'une leçon politique fondamentale pour les pays en développement est que «la réforme commerciale peut nuire à la sécurité alimentaire à court ou à moyen terme, si elle est présentée sans un ensemble de politiques conçues pour atténuer les effets négatifs de la libéralisation» (GKN, 2007). Là où la réforme et la libéralisation commerciales de l'agriculture sont poussées en avant, une subvention ciblée des facteurs de production agricole constitue une mesure principale aux fins de gérer l'impact négatif initial.

Les denrées alimentaires

Les gouvernements devront établir des stratégies réglementaires pour réduire les conséquences de la mondialisation de la production et du commerce alimentaires sur la qualité nutritionnelle des régimes alimentaires nationaux et locaux. Il est nécessaire que l'élaboration des politiques et des accords commerciaux en matière d'alimentation se concentre sur les trois aspects principaux de l'équité en matière de nutrition et de santé : disponibilité, accessibilité et acceptabilité. L'exemple des contrôles exercés sur la consommation de boissons non alcoolisées (Encadré 12.15) offre une idée plus développée des options pour agir.

ENCADRE 12.13: TRANSFORMATION DE L'EXPLOITATION DE L'INDUSTRIE TEXTILE – BANGLADESH

Dans le cadre de l'Arrangement multifibre (1974-2004, aboli aux termes de l'Accord Uruguay Round de l'OMC), le Bangladesh a assisté à la croissance de son industrie textile. Le prêt-à-porter est actuellement la principale source de l'exportation nationale, représentant à peu près les trois quarts des recettes d'exportation annuelles, ce qui correspond à la majorité massive des marchandises exportées. L'industrie textile emploie 2,5 millions de travailleurs. Les employeurs de confection de vêtements ont toujours recherché des employées femmes parce qu'elles fournissent un travail à bas prix, passent pour être dociles avec une faible mobilité de l'emploi. Auparavant, on accordait très peu d'attention aux droits des femmes et peu de moyens à leur disposition pour avoir une certaine autorité. Les femmes avaient peu de possibilités d'accéder au marché structuré du travail et les filles faisaient l'objet d'une grande discrimination en termes d'investissement dans l'éducation et la santé par rapport aux garçons. Mais l'industrie textile a commencé à modifier la situation. Environ 80 % des employés dans l'industrie textile sont des femmes et l'emploi des femmes dans les industries non exportatrices est estimé à 7 %. L'augmentation de l'emploi des femmes est en train de mener à : une plus grande attention accordée aux droits des femmes qui travaillent ; davantage d'activités visant à organiser les femmes et former des leaders parmi elles ; plus d'options de travail pour les femmes avec des salaires relativement plus élevés et plus réguliers ; un appui plus prononcé à l'éducation des filles au sein des ménages en raison de l'incitation des revenus futurs ; une plus grande aptitude chez les femmes à négocier les espaces publics lors des déplacements et du travail ; une plus grande émancipation des femmes puisque leur rôle économique dans les ménages aide à leur donner plus de pouvoir ; une préférence de plus en plus notée pour ajourner le mariage et les grossesses.

Cependant, dans l'industrie textile, les salaires sont bas, il y a beaucoup de tensions et les conditions de travail sont mauvaises et dangereuses. Des recherches menées à Dhaka en 2006 ont révélé que les femmes travaillaient régulièrement 80 heures par semaine pour 5 deniers de l'heure. Les usines comprises dans les recherches fournissaient les magasins au Royaume-Uni : Primark, Tesco et Asda, qui s'étaient tous engagés à payer un salaire minimal de 22£ par mois, calculé en tant que salaire minimum vital au Bangladesh. Les travailleurs dans l'industrie se sont mis en grève sous la houlette de la Fédération nationale du textile du Bangladesh et ont décroché une augmentation de 50 % du salaire minimal et atteint les 12£ par mois – augmentation considérée comme un progrès même si le salaire reste bien en deçà du minimum vital. L'étude du cas de l'industrie textile du Bangladesh illustre fortement la possibilité d'augmenter les avantages lorsque les grandes sociétés s'installent dans les pays à revenu faible, mais elle indique également les changements sociaux potentiels et profonds que cela peut déclencher même si les conditions sont bien loin d'une bonne pratique de travail. La contribution pourrait être beaucoup plus importante si les sociétés du secteur privé assumaient la 'responsabilité sociale des entreprises' d'une manière plus sérieuse. Comme partout ailleurs, l'idée maîtresse ici est que la mondialisation peut apporter des bienfaits considérables, mais, non réglementée, elle ne profitera pas à tous et causera du tort à beaucoup. Il ne s'agit pas de résister aux processus de mondialisation de l'intégration du marché, mais de les rendre meilleurs et plus équitables.

Source: SEKN, 2007

ENCADRE 12.14: PROTECTION DES MOYENS DE SUBSISTANCE DANS LE SECTEUR DE L'AGRICULTURE

Le développement agricole efficace – développement qui génère des emplois et produit une croissance en revenus largement partagée – est tributaire des modèles de distribution des terres, de l'accès aux facteurs de production tels que le capital et la main-d'œuvre, des conditions environnementales et de l'accès aux marchés. Le bon développement agricole et la distribution des terres de manière équitable fournissent ensemble une base solide pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté. La prospérité des agriculteurs dépend de leur base de ressource et de leur pouvoir sur le marché. S'agissant des pays à revenu faible dont l'économie est encore fortement dépendante de l'agriculture, il est indispensable de jalonner des réformes. L'augmentation de la productivité agricole et la création d'emplois non agricoles doivent précéder les réformes commerciales telles que la réduction tarifaire sur les produits agricoles cultivés par des ménages à faible revenu.

L'Accord sur l'agriculture de l'OMC (Uruguay Round) dissuade ou interdit les politiques nationales qui cherchent à gérer le cours ou la production agricoles. Pour la majorité des pays en développement, les demandes de sécurité alimentaire donnent de l'importance à la capacité de fournir des incitations à la production telles que les prix intérieurs stables (presque irréalisables dans un marché mondial libre). Admettant la possibilité que les nouvelles négociations puissent restreindre l'espace supplémentaire de politique nationale pour promouvoir la sécurité alimentaire, la

FAO recommande un traitement spécial et différentiel au sein de l'OMC, où les pays en développement bénéficieraient d'une plus grande flexibilité dans l'application des règles de l'OMC :

Agriculteurs de subsistance et agriculteurs pauvres en ressources. Là où les gouvernements consacrent tout leur soutien ou presque à ces agriculteurs, ceux-ci doivent être exemptés de réductions additionnelles au soutien interne qu'on leur fournit.

Vulnérabilité économique. Là où les pays comptent essentiellement sur l'exportation d'un ou de deux types de produits de production agricole, la FAO recommande de permettre des niveaux élevés de dépenses gouvernementales afin d'accroître la productivité, d'améliorer la qualité et d'établir des programmes par étapes en vue de racheter la part des producteurs peu efficaces.

Vulnérabilité physique. Un traitement spécial et différentiel transitoire pourrait être nécessaire pour les pays dont les producteurs sont victimes de catastrophes, par exemple un tremblement de terre, des inondations ou une guerre. Dans ces cas, les gouvernements pourraient avoir besoin d'une période d'investissement illimité en attendant que les troupeaux soient mis en place et les systèmes de culture vivace restaurés.

Source: GKN, 2007

ENCADRE 12.15: REGLEMENTATION DU MARCHÉ ET NUTRITION – BOISSONS NON ALCOOLISÉES

Il existe un certain nombre d'exemples d'approches à la réglementation du marché dans le domaine de l'alimentation. Limiter l'accessibilité pourrait constituer un moyen efficace pour limiter la consommation ... Dans une première étape, il faut étudier le fait de réduire la disponibilité de ces produits dans des lieux qui ciblent plus spécifiquement les enfants, les écoles étant l'exemple le plus notoire. Récemment, le Brésil a promulgué des lois dans trois municipalités, prohibant la vente de certains produits alimentaires dans les cafétérias des écoles, y compris les boissons non alcoolisées. À Oman, en Arabie Saoudite et aux Emirats arabes unis, les boissons non alcoolisées carbonisées sont interdites dans les écoles. Les États-Unis commencent à appliquer cette politique. Le prix exerce un véritable effet sur la consommation, bien que la hausse du prix pose des problèmes d'équité ... Les normes d'emballage représentent une autre option. Le Mexique a posé des limites sur l'emballage jusqu'en 1991. Il en a résulté que plus de 75 % des ventes de coca se faisaient dans une bouteille d'une portion en verre, limitant ainsi la consommation.

Options pour agir:

Initier un dialogue pour évaluer si la réglementation ou l'élaboration de normes sur la commercialisation d'aliments transformés, qu'ils soient gras, sucrés ou salés serait appropriée, et si c'est le cas, à quel échelon : local, national ou international. Ce dialogue devrait englober l'industrie alimentaire à côté des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales.

Mener une analyse économétrique pour avoir une meilleure compréhension des effets des marques mondiales en matière d'aliments transformés sur les modèles de consommation (comparativement aux marques locales ou régionales) et des répercussions de la commercialisation de ces produits en fonction d'autres facteurs qui influent sur le choix des aliments.

Modifié avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Hawkes (2002)

Tabac et alcool

L'élaboration de la CCLAT de l'OMS est un excellent exemple (quoique rare) d'action cohérente, mondiale visant à réduire la disponibilité sur le marché de produits létaux (Encadré 12.16). La Commission appelle les 12 pays d'Afrique, 13 des Amériques, 12 d'Europe et 5 du Moyen-Orient qui ne font pas partie de la CCLAT à ratifier cette dernière et à l'appliquer. Parmi ceux-ci figurent les pays suivants du G8 – l'Italie, la Fédération de Russie et les Etats-Unis, ainsi que le pays d'accueil de l'OMS, la Suisse.

Les stratégies aux niveaux mondial et national doivent être complétées par des actions sur le plan politique local et par des interventions de modification du comportement. Un exemple d'une telle stratégie engloberait une politique fiscale locale – même si la possibilité d'exacerber les inégalités à travers l'imposition qui influe régressivement sur les plus pauvres doit être prise en considération – et un ensemble plus large de mesures d'offre et de demande (Encadré 12.17).

En apprenant de l'expérience de la CCLAT, la Commission insiste auprès de l'OMS pour initier une discussion avec les Etats Membres sur une mesure réglementaire pour contrôler l'usage de l'alcool (Encadrés 12.18 et 12.19). La Région européenne de l'OMS présente les taux les plus élevés de maladies et d'actes de violence liés à l'alcool, avec de très grandes disparités entre les pays pour ce qui est de la mortalité liée à l'alcool. Le débat politique européen s'est caractérisé par une divergence de points de vue : l'alcool est-il une marchandise comme les autres ou doit-il être considéré une préoccupation de santé publique, dont le commerce doit être réglementé afin de protéger la santé des personnes ? La Commission appelle les gouvernements dans

la Région européenne de l'OMS et dans le monde à œuvrer conjointement en vue de limiter le danger lié à l'alcool.

Un secteur privé responsable

Les acteurs du secteur privé peuvent se comporter de façon à nuire à l'intérêt public, mais ils peuvent également contribuer fortement au bien commun. Il existe certaines preuves de petits pas en direction d'une plus grande contribution sociale, cependant, elles sont peu crédibles. La responsabilité sociale des entreprises a été promue en tant que véhicule pour améliorer les effets sociaux positifs des acteurs du secteur privé. Elle reste jusqu'à présent assez superficielle. Une de ses lacunes principales est qu'étant volontaire, elle n'est pas toujours appliquée (Encadré 12.20) et elle est rarement évaluée. Une exception à ce problème est l'Ethical Trading Initiative (Initiative du commerce éthique). Une évaluation indépendante de l'impact du code de conduite 'Ethical Trading Initiative', par exemple, a révélé un certain nombre de domaines d'améliorations (Barrientos & Smith, 2007). Cependant, les initiatives volontaires sont inévitablement limitées dans leur impact. L'obligation des entreprises à rendre compte pourrait constituer une approche plus efficace.

L'action de la société civile, particulièrement des syndicats, y

ENCADRE 12.16: LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC (CCLAT)

Il est évident que la libéralisation des échanges, lorsqu'elle est appliquée au tabac, mène à des conséquences nocives pour la santé. La recherche de la Banque Mondiale a montré que des tarifs réduits dans certaines parties d'Asie ont engendré une augmentation de 10 % des taux de fumeurs en plus de ceux qui auraient été notés sans la libéralisation des échanges. Les augmentations relevées dans certains groupes de population tels que les adolescents (18,4 % à 29,8 % en 1 an) et les adolescentes (1,6 % à 8,7 %

en République de Corée ont même été plus sévères. Afin d'empêcher la politique commerciale de l'emporter sur la protection sanitaire, les organisations sanitaires et l'OMS ont appelé à exclure le tabac des traités commerciaux. La CCLAT reconnaît la corrélation entre le commerce et le tabac mais elle ne prévoit pas de dispositions pour y remédier.

Sources: GKN, 2007; Gostin, 2007

ENCADRE 12.17: STRATEGIES DE LUTTE ANTI-TABAC – THAÏLANDE

Dans son rapport «Thaïlande – restrictions à l'importation et taxes intérieures touchant les cigarettes», la commission de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (AGTDC ou GATT) de 1990 a décidé que «des mesures conformes à l'AGTDC pouvaient être envisagées pour contrôler l'offre et la demande de cigarettes, tant qu'elles sont appliquées à la fois aux cigarettes domestiques et importées, et ce, sur une base de traitement national». Par conséquent, il a été conclu que la restriction des importations de cigarettes de l'étranger n'était pas nécessaire si l'on pouvait prendre d'autres mesures. L'harmonisation future des politiques de lutte antitabac, y compris la hausse des prix, les impôts sur la valeur

et les interdictions de publicité, pourrait être adoptée aussi longtemps que les politiques n'ont pas établi de différence entre les produits étrangers et domestiques. Ainsi, la commission a fourni un dispositif général pour renforcer la réglementation en matière de tabac sans enfreindre les règles de l'OMC.

Suite à la décision de la commission de l'AGTDC, la Thaïlande a maintenu l'interdiction de publicité et a confirmé d'autres mesures strictes pour lutter contre la consommation de tabac. La forte législation de la Thaïlande représente un modèle de l'action que peuvent entreprendre les pays lorsqu'ils sont confrontés à des sociétés de tabac multinationales et à leur publicité.

Source: Bettcher et al., 2000

ENCADRE 12.18: DONNEES A L'APPUI DE LA REGLEMENTATION SUR L'ALCOOL

De nombreuses preuves scientifiques démontrent qu'une majoration du prix des boissons alcoolisées en réduit la consommation et les problèmes qui en découlent. Dans la plupart des pays, et en particulier dans les pays pratiquant une fiscalité plus légère sur les alcools, l'accroissement de cette fiscalité a permis, non seulement d'augmenter les recettes de l'Etat, mais aussi de diminuer les dépenses publiques liées aux effets néfastes de l'alcool. L'impact de ces hausses de prix, tout comme les effets des autres mesures visant à lutter contre l'usage de l'alcool, varie d'un pays à l'autre et dépend de divers facteurs tels que les habitudes locales concernant la consommation d'alcool et l'appui du public quant à l'application plus stricte de mesures antialcooliques. Néanmoins, comme cette démarche

a un impact certain sur les effets de l'alcoolisme et est également peu onéreuse, on peut en déduire qu'elle est à la fois efficace et rentable. En outre, l'application plus stricte de la législation relative à la disponibilité des boissons alcoolisées, s'agissant notamment de la limite d'âge légale pour leur achat, du monopole d'Etat de la vente d'alcool, des restrictions imposées sur les heures d'ouverture des points de vente et de la réglementation relative au nombre de points de distribution, constitue une intervention efficace. Etant donné la portée importante de ces mesures et le coût relativement modeste de leur application, leur rentabilité est par conséquent élevée.

Source: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

ENCADRE 12.19: STRATEGIES DE REGLEMENTATION SUR L'ALCOOL

Partout dans le monde, la taxe sur l'alcool – sous forme de droits d'accise, de taxes sur la valeur ajoutée et de taxes sur les ventes – a fait ses preuves parmi les interventions les plus populaires et efficaces au niveau sociétal, pour réduire le volume général de consommation d'alcool, ce qui à son tour est susceptible de réduire les problèmes de santé chroniques attribués à l'alcool. Les politiques fiscales dépendent des lois économiques sur l'offre et la demande : ajouter une taxe augmente le prix de l'alcool. Ainsi, le prix plus élevé signifie que les consommateurs arrivent à acheter une moindre quantité de leur boisson alcoolique préférée. Les politiques fiscales peuvent être soutenues par le fait que l'emprise sur le marché est

concentrée dans les monopoles contrôlés par l'Etat, qui fixent les prix, la production, les importations et les ventes. Cette approche a été courante en Amérique du Nord et dans certaines parties d'Amérique du Sud, d'Europe de l'Est et des pays nordiques. Dans ces derniers, un rafistolage délicat avec la réglementation sur l'alcool a donné un succès remarquable avec aussi des modèles changeants de consommation, en réduisant par exemple la disponibilité de formes d'alcool qui tendent à être consommées excessivement de manière occasionnelle, et en favorisant la consommation de boissons moins fortes, telles que la bière peu alcoolisée.

Source: PPHCKN, 2007b

ENCADRE 12.20: RENFORCER LA RESPONSABILITE SOCIALE DES ENTREPRISES – APPROCHE EN AMONT

S'il est juste de dire que la responsabilité sociale des entreprises contribue positivement aux droits humains de ceux qui travaillent dans des sociétés multinationales, il est également correct de prétendre que cela change quelque chose uniquement pour quelques sociétés ciblées par les consommateurs ou qui pensent déjà éthiquement et de façon responsable. Les autres industries n'ont pas cette disposition.

De telles anomalies et cette approche plutôt fragmentée du mouvement de responsabilité sociale des entreprises, doivent sensibiliser les citoyens du monde à la nécessité d'une approche plus méthodique.

Source: Kemp, 2001

compris l'action des parties prenantes et des consommateurs, peut augmenter la pression en faveur d'une plus grande reddition de compte des organisations du secteur privé et exiger davantage de mesures réglementaires officielles (Encadré 12.21).

Le marché et les acteurs du secteur privé exercent sans doute une influence considérable sur les conditions sociales, comprenant un grand nombre sinon la totalité des déterminants sociaux de la santé. Mais cette influence aux niveaux mondial, régional, national et local devra être inoffensive. A partir de la participation équitable dans les institutions mondiales, par lesquelles les politiques de marché sont établies, en passant par les accords liés au commerce et à l'investissement, jusqu'à la réglementation des activités et des produits commerciaux, le rôle du secteur public qui est à la fois de fournir et de réglementer, reste capital.

ENCADRE 12.21: SOCIÉTÉ CIVILE – INFLUENCER LES PARTIES PRENANTES

Tenant compte des limites des initiatives volontaires, un certain nombre d'organisations internationales de la société civile ont formé un mouvement social axé sur l'obligation des sociétés à rendre compte et sur les questions de commerce équitable et d'accès au marché pour les pays pauvres de manière plus générale (War on want, Christian Aid, Mouvement de développement du monde, Trade Justice Movement coalition, Third World Network, Oxfam, International Gender and Trade Network). Une des approches a été de cibler les parties prenantes dans une tentative de rallier l'appui pour des résolutions qui doivent être adoptées aux assemblées

générales annuelles. Ces résolutions exigent que les sociétés désignent des auditeurs indépendants et s'assurent que les travailleurs dans les usines et les exploitations agricoles qui fournissent les produits ont une garantie de conditions de travail décentes, un salaire vital, une sécurité de l'emploi et le droit de rejoindre un syndicat de leur choix. Etant donné l'accent mis sur la valeur des parties prenantes et l'effet de levier financier des parties prenantes institutionnelles, il devrait être noté que l'efficacité de ce genre d'action de la société civile n'a pas été prouvée.

Source: SEKN, 2007

CHAPITRE 13

Équité entre les sexes

“Il est nécessaire d’aborder les problèmes des femmes de manière globale et de les considérer comme faisant partie intégrante des préoccupations générales au niveau de la société et du développement. Il ne sera possible d’atteindre un développement durable que si le partenariat entre les femmes et les hommes est consolidé dans tous les aspects de la vie.”

Gertrude Mongella (1995)

L’ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET LA SANTÉ

Les inégalités entre les sexes sont omniprésentes dans toutes les sociétés. Le sexisme dans la répartition du pouvoir et des ressources, le droit à la prestation, les normes, les valeurs et l’organisation des services, est injuste et inefficace. Les inégalités entre les sexes nuisent à la santé de millions de femmes, de jeunes filles et de filles (WGEKN, 2007). Elles influent sur la santé de plusieurs façons dont les modes d’alimentation discriminatoires, la violence à l’encontre des femmes, l’absence d’accès aux ressources et aux possibilités de mener une vie meilleure et le manque de pouvoir décisionnel vis-à-vis de leur propre santé. De plus, la survie et le développement de tous les enfants, garçons et filles, sont étroitement liés à la position des femmes dans la société (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988). Il a été estimé, par exemple, que l’état diminué des femmes en Asie méridionale contribue plus que tout autre facteur à la dénutrition des enfants dans cette région (Smith & Haddad, 2000).

Les rapports de force entre les sexes s’expriment par des normes et des valeurs et sont interiorisés à travers la socialisation. Ils se manifestent dans la mesure où les lois promeuvent l’équité entre les sexes, les femmes gagnent le même revenu que les hommes pour un travail équivalent et les contributions économiques des femmes sont comprises dans les comptes nationaux. En outre, les partis pris sexistes tendent à se reproduire dans la manière dont les organisations sont structurées et les programmes administrés.

Actuellement, on estime à 495 millions le nombre de femmes analphabètes dans le monde (64% du total des adultes analphabètes) (UNESCO, 2007a).

Dans la vie quotidienne, les rapports de force entre les sexes sont à la base de l’inégalité dans l’accès aux ressources matérielles et intellectuelles et leur contrôle, dans les divisions injustes du travail, des loisirs et des chances d’améliorer sa propre vie. Les filles dans certains pays reçoivent une alimentation inférieure aux garçons et sont physiquement restreintes (WGEKN, 2007). Les inégalités entre les sexes dans le domaine de l’éducation et, plus particulièrement, au niveau de l’enseignement secondaire, demeurent marquées. Les femmes ont moins de terres, de biens et de propriétés dans presque toutes les sociétés, et ce, bien qu’elles aient des charges de travail supérieures dans ‘l’économie des soins’, assurant la survie, la procréation et la sécurité des personnes, y compris les jeunes et les moins jeunes. Pour beaucoup de femmes, les responsabilités liées à la garde d’enfants représentent l’obstacle principal à la participation au marché du travail rémunéré (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004). Pourtant, là où les femmes pénètrent petit à petit le marché du travail, elles continuent à supporter des charges inégales au niveau de la garde d’enfants et de travail domestique non rémunéré (WGEKN, 2007). L’intensification de cette double charge se répercute sur la santé des femmes : sur leur santé au travail et sur le temps de repos et de loisirs insuffisant (WGEKN, 2007). De plus, la féminisation de la population active est allée de pair avec

l’augmentation du travail occasionnel (WGENKN, 2007). Aussi, les femmes sont-elles généralement employées dans des postes moins rémunérés, moins sécurisés et non officiels (WGEKN, 2007). Les femmes sont payées 20 à 30 % moins que les hommes, même à travail équivalent (Fig. 13.1) (UNICEF, 2006).

Une des manifestations les plus extrêmes mais fréquentes de l’inéquité des sexes est la violence exercée par un proche. Quoiqu’ils soient répandus et qu’ils entraînent des conséquences graves pour la santé et le bien-être, les actes de violence perpétrés par des proches demeurent largement ignorés dans les politiques et les services (WHO, 2005a).

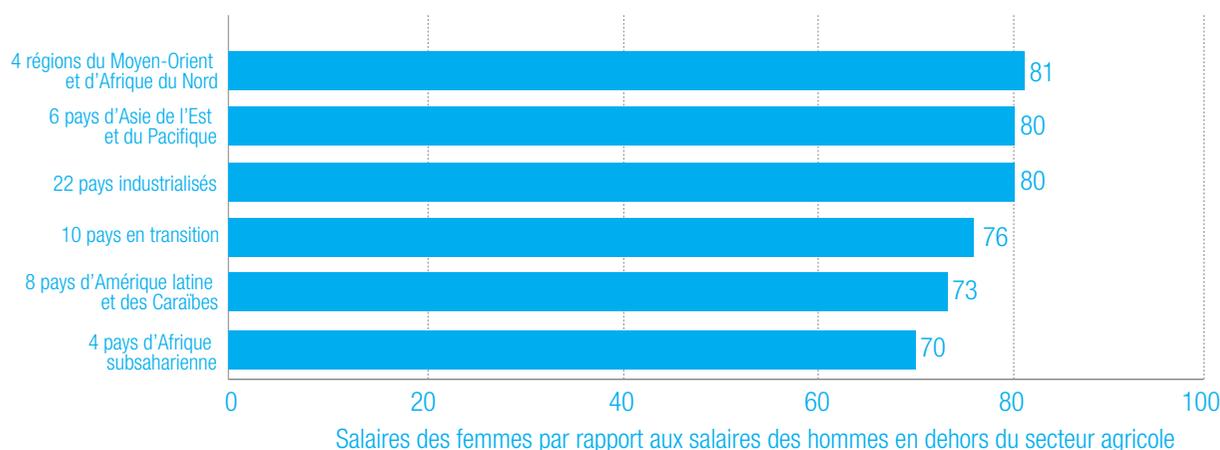
Les rapports de force entre les sexes au sein du secteur sanitaire se traduisent par un accès et un contrôle différentiels des ressources sanitaires, à l’intérieur des familles comme à l’extérieur ; par une répartition inéquitable du travail et des avantages sociaux dans les parties formelle, informelle et domiciliaire du système de santé (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*) ; et par le sexisme au niveau du contenu et du processus des recherches en matière de santé (cf. Chapitre 16 : *Déterminants de la santé: observation, recherche et formation*). En outre, l’attention et les ressources visant la santé et les droits sexuels et génésiques se sont affaiblis ces dernières années, les pouvoirs politiques ayant fortement influencé l’octroi des aides (Glazier et al., 2006). Au sein du secteur de la santé, comme en dehors de ce secteur, l’inéquité entre les sexes signifie une réduction de la possibilité de s’exprimer, du pouvoir décisionnel, de l’autorité et de la reconnaissance des femmes par rapport aux hommes. La Fig. 13.2 montre que la proportion des femmes qui prennent des décisions concernant leurs propres soins de santé, varie énormément à travers les pays à revenu faible et moyen ; elle va de moins de 20% au Burkina Faso aux alentours de 88 % en Jordanie.

Même dans les endroits où les inégalités entre les sexes sont moins visibles, les femmes ont toujours, de manière générale, un accès au pouvoir politique inférieur à celui des hommes, une participation plus réduite aux institutions politiques, en partant du conseil municipal local, en passant par le Parlement et jusque sur la scène internationale (UN, 2006b ; WGEKN, 2007).

On peut réduire les inégalités entre les sexes. En fait, la situation des femmes s’est beaucoup améliorée au cours du siècle dernier dans de nombreux pays, mais les progrès sont inégaux. Les changements législatifs, technologiques et structurels ont contribué à donner plus de pouvoir aux femmes dans de nombreux pays. L’utilisation de moyens contraceptifs modernes leur a accordé, dans un grand nombre de cas, plus de contrôle sur leur corps et leur vie génésique. La baisse des taux de fertilité a réduit considérablement le temps que la femme passe à porter des enfants et à les élever. L’alphabétisation et le niveau d’instruction chez les filles, les jeunes filles et les femmes ont augmenté, et on a également noté une croissance soutenue du taux des femmes actives (UNICEF, 2006b). Cependant, il reste beaucoup à faire.

L’éducation, la formation et le développement des compétences sont primordiaux pour l’émancipation des femmes. Il faut réduire les disparités entre les sexes dans le marché du travail, y compris l’inégalité de rémunération. Il est également important que l’engagement politique et financier en matière de droits et de santé sexuelle et génésique soit renforcé. Les effets intergénérationnels des inégalités entre les sexes font qu’il est plus impératif encore d’agir. Il faut agir maintenant pour instaurer une plus grande équité entre les sexes et donner plus de pouvoir aux femmes si l’on veut réduire les inégalités sanitaires en l’espace d’une génération.

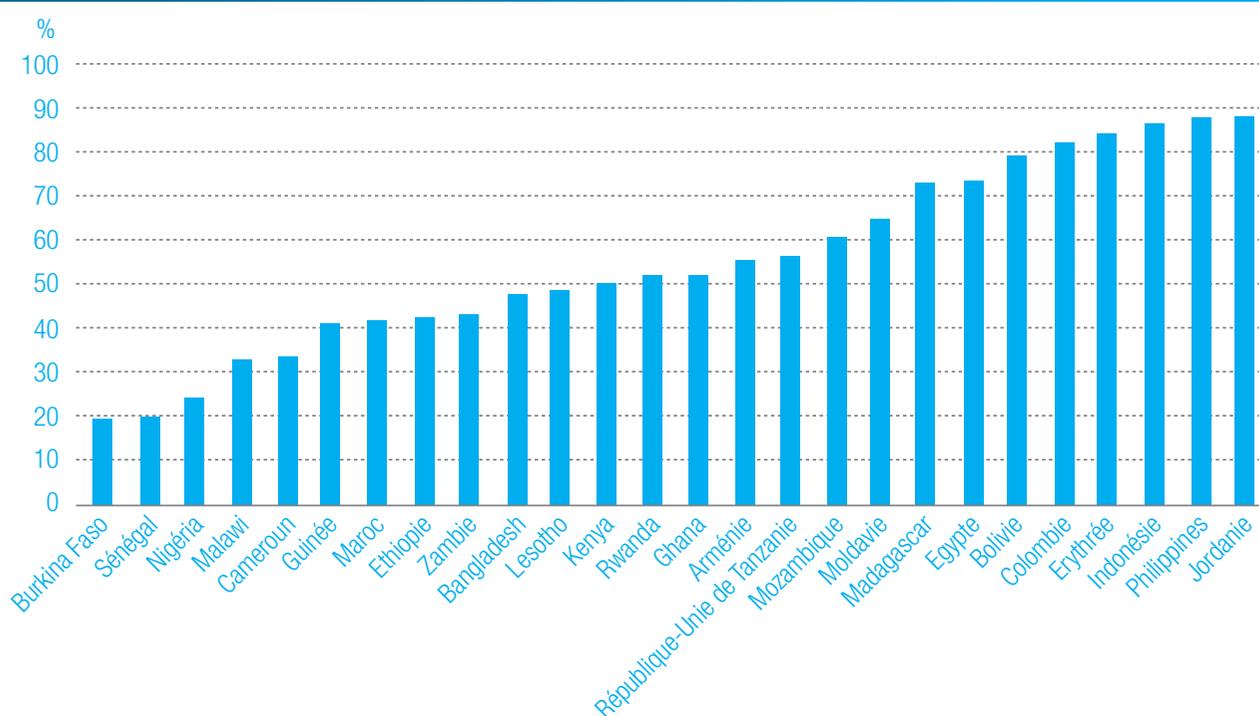
Figure 13.1: Niveau des salaires des femmes comparé à celui des hommes dans certaines régions sélectionnées.



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2006).

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Bahreïn, Egypte, Jordanie, Cisjordanie et Gaza. Asie de l'Est et Pacifique : Malaisie, Birmanie, Philippines, Corée, Singapour, Thaïlande. Pays industrialisés : Australie, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Japon, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Suède, Suisse, Royaume-Uni. Pays en transition : Bulgarie, Croatie, République tchèque, Géorgie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Roumanie, Turquie, Ukraine. Amérique latine et Caraïbes : Brésil, Colombie, Costa Rica, Salvador, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou. Afrique subsaharienne : Botswana, Erythrée, Kenya, Swaziland.

Figure 13.2: Proportion des femmes qui prennent les décisions concernant leurs propres soins de santé, années 2001-2005.



ACTION VISANT L'AMÉLIORATION DE L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Législation

La Commission recommande que :

13.1 Les gouvernements élaborent et appliquent une législation qui favorise l'équité entre les sexes et interdise la discrimination sexuelle (cf. Rec. 14.1).

Le succès des interventions qui œuvrent en faveur de l'équité entre les sexes – que ce soit pour augmenter l'accès à l'éducation, réduire tous types de violence à l'encontre des femmes ou pour protéger les femmes, les jeunes filles et les filles de la discrimination et de l'exploitation dans les marchés du travail – dépend d'un cadre législatif qui protège et promeut l'équité entre les sexes. Une réforme législative sera probablement requise : abroger les lois discriminatoires, élaborer et mettre en œuvre des lois et des règlements en faveur de la protection et la promotion de l'équité entre les sexes et harmoniser les législations avec les traités sur les droits de l'homme (WHO, 2005a) (Encadré 13.1). Les pouvoirs publics doivent, entre autres, garantir aux femmes et aux filles des droits égaux de propriété et de succession (Grown, Gupta & Panda, 2005). En Afrique subsaharienne, par exemple, ces droits sont importants puisqu'ils permettent aux femmes et aux jeunes filles de gérer les tensions ressenties en étant chefs du ménage et soignantes principales des malades atteints du VIH/SIDA (WGEKN, 2007).

La mise en application efficace requiert une capacité juridique

orientée vers l'interprétation et l'utilisation de ces lois, et vers la sensibilisation des systèmes judiciaires (services policiers, enquêteurs, avocats, juges), des chefs communautaires et des travailleurs dans le secteur de la santé aux besoins particuliers des femmes (WHO, 2005a ; WHO, 2007b). Ces derniers signifient, par exemple dans le cas de la violence, de garantir que les femmes qui portent plainte soient traitées de manière professionnelle et respectueuse, tout en protégeant leur sécurité en tant que témoins et en adoptant des mesures qui empêchent des actes de violence supplémentaires à leur encontre (WHO, 2005a).

Le renforcement et l'instauration de lois qui soutiennent l'équité entre les sexes de manière efficace exigent l'établissement d'un budget convenable. Le budget doit être suffisant pour atteindre toute la population cible et réduire l'ampleur du problème (Encadré 13.2). L'affectation des ressources, intégrée dans la ligne budgétaire du gouvernement, plutôt que dépendante de fonds discrétionnaires, est essentielle pour une mise en application réussie.

L'application efficace des lois en faveur de l'équité entre les sexes requiert également que les femmes soient au courant de leurs droits, qu'elles aient le pouvoir de les réclamer et de contester les inégalités, et ce, en développant leurs capacités, notamment par l'enseignement et l'emploi rémunéré (WGEKN, 2007). Les organisations de la société civile et les autorités nationales peuvent endosser un rôle important dans la sensibilisation des femmes à leurs droits légaux (WGEKN, 2007) (Encadré 13.3).

ENCADRE 13.1: CORRECTION DES MESURES SEXISTES DANS LE DROIT DE LA FAMILLE AU KENYA

La Commission internationale des juristes au Kenya, suite à l'enquête révélant l'étendue du sexisme contre les femmes jusqu'au droit familial, a réussi à faire pression et à établir une chambre de la famille au sein du tribunal de grande instance du Kenya. Le but était de viser l'arbitrage du divorce, l'entretien, la propriété familiale ainsi que la mise en place d'une formation qui corrigerait les partis pris sexistes à l'intérieur du

système judiciaire. Des efforts ultérieurs se sont axés sur le recours à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes comme instrument de base dans la pratique judiciaire, en vue d'aligner la politique nationale aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.2: ÉTABLISSEMENT DE BUDGET POUR L'APPLICATION DE LOIS SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE EN AMÉRIQUE LATINE

Une étude effectuée par l'International Center for Research on Women (Centre international de recherches sur les femmes) en 2002 a comparé les allocations et les dépenses budgétaires sur l'application de lois sur la violence domestique dans un échantillon de pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elle a démontré que le financement des programmes de

lutte contre la violence domestique est généralement insuffisant pour atteindre toute la population cible et réduire l'ampleur du problème. De plus, une grande partie des fonds est discrétionnaire, des budgets ministériels aux donateurs internationaux (Luciano et al., 2005).

Source: WGEKN, 2007

ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.1

Combattre le sexisme dans les structures de la société, les lois et leur application, dans la manière dont les organisations sont dirigées, les interventions sont conçues et la performance économique d'un pays est mesurée.

Les changements qui visent la promotion de l'équité entre les sexes pourraient faire face à une opposition organisée et puissante. D'habitude, les réformes prennent une longue période de préparation, surtout si elles rencontrent une opposition organisée qui risque d'utiliser la menace du changement pour mobiliser les craintes sur un fond culturel ou religieux. Les groupes locaux de défenseurs, notamment les organisations féminines et les groupes des droits de l'homme, peuvent jouer un rôle très important dans ce combat. Au Pakistan, par exemple, les organisations de la société civile ont réussi à effectuer des modifications législatives, facilitant aux femmes la preuve des allégations de viol (Encadré 13.4). Ainsi, il est nécessaire d'appuyer à long terme les organisations féminines locales (WGEKN, 2007).

Certaines pratiques, telles que la mutilation génitale des femmes, peuvent changer d'emblée suite aux interventions communautaires plutôt qu'à travers les lois et les politiques (Encadré 13.5). La législation contre la mutilation génitale des femmes, à elle seule, ne suffit pas. En effet, lorsqu'elles ne sont pas bien conçues et appliquées en collaboration avec les chefs de la communauté et les organisations de la société civile, les lois et les sanctions peuvent engendrer des conséquences négatives, comme l'augmentation des pratiques clandestines (WHO, 2008b).

Le changement des normes sociétales concernant les inégalités entre les sexes et les pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles exige de travailler avec les hommes et les garçons, comme l'illustre l'exemple portant sur la mutilation génitale des femmes. Les leçons à tirer des programmes visant à contester les stéréotypes sexistes et les systèmes normatifs inéquitables consistent à : offrir aux jeunes hommes des possibilités d'interaction avec des modèles de rôles équitables entre les sexes dans les structures de leur communauté et promouvoir des attitudes plus respectueuses de l'équité entre les sexes en petits groupes et dans la grande communauté (Encadré 13.6) (cf. Chapitre 5 : *L'équité dès le départ*).

Démarche soucieuse d'équité entre les sexes

La Commission recommande que :

13.2 Les instances gouvernementales et les institutions internationales établissent au sein de l'administration centrale une unité chargée de l'équité entre les sexes et lui assurent un financement adéquat et de longue durée. Cette unité devra analyser et agir sur les conséquences sur l'équité entre les sexes des politiques, des programmes et des modalités institutionnelles (cf. Rec. 10.2 ; 15.2).

Il ne s'agit pas seulement de combattre les partis pris dans la conception et l'instauration des systèmes légaux. Il faut également considérer le sexisme et la discrimination des femmes dans la façon dont les structures des gouvernements et des institutions sont organisées, et les mécanismes par lesquels les stratégies et les politiques sont conçus et appliqués (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Cela requiert, plutôt qu'une activité supplémentaire, une intégration systématique du souci de parité des sexes à tous les niveaux, dans la manière dont les organisations sont structurées et fonctionnent et dans la manière dont les politiques, programmes et services sont conçus et appliqués ; ce qui signifie, adopter une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Il s'agit donc du processus d'évaluation des conséquences chez la femme et l'homme de toute action planifiée, de sorte que tous deux puissent profiter équitablement (ECOSOC, 1997 ; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

Puisque la démarche soucieuse de l'équité entre les sexes est de plus en plus appréciée, son application requiert un renforcement considérable. Elle doit faire l'objet d'une bonne compréhension, d'une appropriation institutionnelle, d'un financement adéquat et d'une application efficace. Elle a besoin d'être soutenue par une unité chargée de l'équité entre les sexes qui agit comme un catalyseur, ayant une position, une autorité et un budget institutionnels puissants (WGEKN, 2007). La Commission recommande que les autorités nationales et les institutions

ENCADRE 13.3: SENSIBILISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE SUR LE DROIT À LA PROPRIÉTÉ EN RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Le Women's Legal Aid Centre (centre d'aide juridique des femmes) en Tanzanie a fait une campagne de sensibilisation auprès des femmes sur la manière d'acquérir, d'aliéner et d'hypothéquer des terrains, de posséder des titres de propriété et de participer à la

prise de décision relative aux terres, tout en offrant des services d'aide juridique. De plus, le centre assure une formation aux agents de police, magistrats et juges sur les droits des femmes à la propriété.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.4: MODIFICATION LEGISLATIVE CONCERNANT LES CAS DE VIOL AU PAKISTAN

Selon la Human Rights Commission of Pakistan (Commission des droits de l'homme du Pakistan), un viol se produit toutes les 2 heures dans le pays et un viol en bande toutes les 8 heures. Le mouvement féministe, encore réduit, mais bien articulé, de concert avec le mouvement des droits de l'homme au Pakistan, a combattu pour faire bouger les choses, dans une situation politique devenue de plus en plus compliquée suite aux guerres en Afghanistan et en Irak. Récemment, leurs efforts ont porté leurs fruits avec l'adoption, en 2006, par l'Assemblée nationale

et le Sénat, du projet de loi relatif à la protection des femmes, qui a fait un transfert de compétences des cas de viol de la sharia vers les tribunaux civils. Ainsi, la femme a plus de facilité à prouver qu'il s'agit d'un viol, sans être accusée d'adultère. Malgré le fait que l'étude du projet de loi avait dû être ajournée auparavant en raison de l'opposition islamiste, le projet de loi est devenu loi. Néanmoins, il faudra encore davantage pour le faire appliquer et appuyer partout.

Source: WGEKN, 2007

internationales, assistées, entre autres, par l'OMS, créent une unité chargée de la question. Cette dernière devra aider à mieux prendre en compte les conséquences sur l'équité entre les sexes des politiques, des programmes et des modalités institutionnelles dans toute l'organisation. En Suède, par exemple, la Division de l'égalité des genres au sein de l'administration centrale est responsable de la coordination des activités soucieuses de l'équité entre les sexes (Encadré 13.7).

Il existe différentes autres stratégies qui intègrent une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes au sein des organisations, des processus d'élaboration des politiques et de la conception de programmes et d'interventions (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Encadré 13.8). L'intégration efficace au sein des organisations est facilitée si la responsabilité concernant l'intégration des considérations de l'équité entre les sexes est

confiée à la direction générale et si un financement adéquat et des ressources humaines sont assurés à une unité centrale comptant des experts de l'équité entre les sexes parmi ses membres

Lorsqu'on élabore des plans qui intègrent une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes, il est utile d'examiner si les conditions qui la favorisent sont présentes. Sinon, il faut accomplir un travail de préparation pour créer ces conditions, même lorsque les travaux en faveur de l'intégration de cette démarche ont déjà débuté (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Favoriser ces conditions implique la présence d'une volonté politique, l'établissement de cadres législatif et constitutionnel en faveur de l'équité entre les sexes et l'existence d'un mouvement féministe puissant (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Encadré 13.9).

ENCADRE 13.5: CHANGEMENT DES NORMES RELATIVES A LA MUTILATION GENITALE FEMININE

Les approches de l'éducation sur multiples fronts ont réussi à changer les attitudes et les normes relatives à la mutilation génitale féminine dans certains cas. Parmi les exemples réussis, le projet sénégalais qui représente actuellement un modèle régional appuyé par l'UNICEF. Son succès réside dans la déclaration publique de l'intention d'abandonner cette pratique et le programme d'éducation aux droits de l'homme avançant à pas lents mais sûrs, qui encourage les villageois à se décider quant à cette pratique. Plus généralement, les programmes efficaces se caractérisent par : (i) l'implication des

hommes dans les interventions qui visent à changer les attitudes ; (ii) la sélection prudente du bon groupe de chefs/animateurs pour le projet et l'accord des participants sur les critères de sélection ; (iii) des cours d'éducation à la santé et aux droits qui enlèvent le tabou au sujet des problèmes de santé associés à la mutilation génitale féminine; (iv) la collaboration avec la communauté pour concevoir un autre 'rite de passage' ; (v) une éducation qui va au-delà de la mutilation génitale féminine pour inclure droits, santé et développement.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.6: 'STEPPING STONES' EN AFRIQUE DU SUD

Le Stepping Stones (Tremplin) est un programme de thérapie comportementale qui cherche à réduire la transmission du VIH par l'établissement de relations plus solides et plus équitables entre les sexes. En utilisant des groupes d'hommes et des groupes de femmes, le programme applique des principes participatifs d'apprentissage et de développement des

aptitudes, y compris une réflexion critique et des jeux de rôle. Des évaluations rigoureuses du programme en Afrique du Sud ont montré une réduction des IST chez les femmes, des changements dans les comportements sexuels à risque des hommes et une diminution des actes de violence à l'égard des femmes.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.7: MAINSTREAMING – UNE STRATEGIE EN FAVEUR DE LA PARITE DES SEXES EN SUEDE

Le but principal de l'intégration d'une démarche soucieuse de la parité des sexes en Suède est de lutter contre les facteurs structurels des inégalités entre les sexes enracinées dans la société. Avoir un but pareil est loin de faire la norme même au sein de l'UE. En Suède, ceci implique que les organisations publiques, privées et bénévoles tiennent compte de l'équité entre les sexes dans toutes leurs activités, et ce, à travers une analyse systématique de l'équité entre les sexes dans la conception et la mise en œuvre de tous les services et politiques. Il a été possible de la mettre en œuvre grâce au rôle clé qu'ont joué les experts techniques pour

définir objectifs et méthodes. Cependant, l'implication de l'intervention en Suède a été la coordination efficace entre les secteurs et avec les différents organismes. La coordination a été assurée par la Division de l'égalité des genres à l'intérieur de l'administration centrale. En outre, le plus important a été de forger un consensus social élargi dans tout l'éventail politique, qui protège dans une certaine mesure l'intégration de la démarche soucieuse de l'équité entre les sexes des caprices des politiques démocratiques.

Source: WGEKN, 2007

Inclure la contribution économique des femmes dans les comptes nationaux

La Commission recommande que :

13.3 Les gouvernements tiennent compte du travail domestique, de la garde d'autres personnes et du bénévolat dans les comptes nationaux et veillent à y inclure le travail dans le secteur non structuré (cf. Rec. 8.3).

Les comptes nationaux fournissent des données sur les activités économiques au sein d'un pays et mesurent la production, le revenu et l'état de richesse de la nation. Le système des Nations Unies des comptes nationaux (UNSNA), instauré pour guider les pays dans le développement de leurs systèmes de comptes nationaux et faciliter les comparaisons entre pays, définit l'économie en termes de transactions sur le marché (Waring, 2003).

Le travail non rémunéré, accompli le plus souvent par les femmes, qu'il soit domestique ou de garde d'autres personnes, demeure exclu des comptes nationaux, et de ce fait n'apparaît pas dans les statistiques nationales. Au Canada, le travail non rémunéré a une valeur estimée à 33 % du PNB, avec environ les deux tiers effectués par des femmes (données de l'année 1998) (Hamdad, 2003). « Le manque de visibilité de la contribution économique des femmes à l'économie engendre des politiques caractérisées par des inégalités économiques, sociales et politiques perpétuelles entre femmes et hommes. Si vous êtes un producteur invisible dans l'économie d'une nation, vous êtes également invisible dans la distribution des prestations »,

telles que les facilités de crédit et la formation (Waring, 2003). Il est fondamental que les femmes et les jeunes filles qui œuvrent en tant 'qu'amortisseurs de chocs' pour les familles, l'économie et les sociétés, de par leurs responsabilités dans la garde d'autres personnes, soient soutenues grâce à des ressources, une infrastructure, des politiques et des programmes efficaces (WGEKN, 2007). En les rendant visibles dans les comptes nationaux, on aurait accompli une première étape importante (Waring, 1988 ; Waring, 1999).

Les contributions des femmes à l'économie mondiale, nationale et locale doivent être reconnues et rendues visibles dans de nouveaux systèmes de comptabilité (Waring, 2003). Quoiqu'en 1993 les règles de l'UNSNA aient été révisées, elles n'ont pas pris en compte les activités à la fois produites et consommées dans le même ménage (Waring, 2003). Différentes techniques de mesure et d'évaluation du travail non rémunéré ont été proposées et certains pays, tel le Canada (Encadré 13.10), utilisent ces techniques afin d'estimer la valeur du travail non rémunéré. Les méthodes variées disponibles ont leurs avantages et leurs inconvénients. Un travail supplémentaire sur le développement et l'usage de ces techniques est nécessaire.

Mis à part le travail domestique, la garde d'autres personnes et le bénévolat, un grand nombre de femmes ont un travail rémunéré dans le secteur non structuré. L'inclusion de ce travail dans les comptes nationaux doit être renforcée puisqu'il demeure insuffisamment couvert. Il y a des méthodologies pour englober ce genre de travail dans les systèmes de comptes existants (Delhi Group on Informal Sector Statistics, nd).

ENCADRE 13.8: INTEGRATION D'UNE DEMARCHE SOUCIEUSE DE L'EQUITE ENTRE LES SEXES DANS LE GOUVERNEMENT CHILIEN – PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA GESTION

Le Programme d'amélioration de la gestion au Chili œuvre au niveau de l'incitation collective liée à l'efficacité institutionnelle : tous les membres du personnel travaillant dans une institution publique reçoivent une prime d'au plus 4 % de leurs salaires, au cas où l'institution atteint les objectifs de gestion du programme qui ont été approuvés par le ministère de l'Economie. Le Programme d'amélioration de la gestion de chaque institution se prépare tout en tenant compte d'un ensemble de domaines communs à toutes les institutions du secteur public, dont la planification en matière d'égalité entre les sexes. La proposition est présentée annuellement au ministère de l'Economie, ainsi que le budget proposé. L'intégration d'un composant de planification en matière d'équité entre les sexes implique l'introduction de l'approche de la parité des sexes dans le cycle budgétaire ;

ce qui permet l'intégration des considérations de l'équité entre les sexes dans les procédures de routine de l'administration publique, en introduisant en permanence des modifications dans les dynamiques quotidiennes des institutions et de leurs procédures normalisées. Par conséquent, les institutions publiques doivent incorporer cette dimension dans tous leurs produits stratégiques, permettant l'allocation du budget public de manière à mieux répondre aux besoins des hommes et des femmes et contribuer à la réduction des inégalités entre les sexes. La mise en application de ce dispositif constitue une innovation importante : c'est la première fois qu'un concept d'égalité entre les sexes est intégralement associé à la gestion budgétaire au Chili.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.9: PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'EQUITE ENTRE LES SEXES

Les efforts des mouvements féministes organisés sur toute la planète dans les années 1970 ont réclamé des modifications aux niveaux des législations, des politiques et des services en rapport avec la santé des femmes. Des centres sanitaires féminins ont été établis dans de nombreux pays du Nord et dans certains pays du Sud. L'activisme populaire pour promouvoir le contrôle des femmes de leurs propres fertilité et sexualité, démystifier la connaissance médicale et plaider en faveur des politiques et des programmes

centrés sur les femmes, s'est répandu dans un grand nombre de pays en voie de développement. Tout ceci a contribué à l'émergence d'un mouvement international pour la santé des femmes au début des années 1980, qui a fourni davantage d'impulsion à la défense de la santé des femmes. Il en a résulté l'élaboration de politiques en matière de santé des femmes dans certains pays.

Source: Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007

Enseignement et formation

La Commission recommande que :

13.4 Les gouvernements et les donateurs aident au développement des capacités des femmes, des jeunes filles et des filles en investissant dans la formation et l'enseignement réguliers et professionnels (cf. Rec. 5.4).

Promouvoir l'équité entre les sexes et donner plus de pouvoir aux femmes reflètent une stratégie clé du développement et sont inscrits dans le cadre des OMD (OMD 3). Le développement des capacités des filles et des femmes à travers l'éducation donne plus de pouvoir aux femmes. Un certain nombre d'initiatives pourrait améliorer chez les filles le taux de scolarisation et de rétention dans le système scolaire, et réduire les obstacles à l'éducation des filles, comme il a été évoqué dans le Chapitre 5 (*L'équité dès le départ*). De même, il est urgent d'étendre les possibilités de formation et d'enseignement réguliers chez les millions de femmes adultes qui ont reçu peu d'instruction ou un enseignement inadéquat.

Des initiatives existantes ont été considérées insuffisantes pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous de réduire de moitié l'analphabétisme des adultes avant 2015 (UNESCO, 2007b). En guise de réponse, l'UNESCO a lancé l'Initiative pour l'alphabétisation, un cadre pour le développement de l'alphabétisation qui doit être instauré dans 35 pays aux taux d'alphabétisation inférieurs à 50 % ou ayant plus de 10 millions de personnes analphabètes (UNESCO, 2007b). Cette initiative met l'accent sur le respect des apprenants et de leurs besoins, et sur l'importance d'engager les apprenants en tant que partenaires dans l'apprentissage. Il s'agit d'un partenariat entre gouvernements, société civile, organismes de développement, organisations internationales, secteur privé, universités, médias et les apprenants eux-mêmes.

Impliquer les individus dans l'évaluation de leurs propres besoins fait partie des déterminants sociaux de l'approche à la santé. Le modèle innovateur qui adopte une approche fondée sur l'alphabétisation pour réduire la pauvreté au Bangladesh, notamment auprès des femmes rurales, est souligné dans l'Encadré 13.11.

ENCADRE 13.10: ESTIMATION DU TRAVAIL NON REMUNERE A STATISTIQUE CANADA

Statistique Canada est l'un des principaux organismes nationaux dans le domaine de l'élaboration et de l'application de techniques pour mesurer et évaluer le travail non rémunéré. L'Enquête sociale générale englobe des enquêtes sur l'emploi du temps effectuées tous les six ans. Elle recueille des informations sur le temps passé dans le travail domestique sans rémunération. Ces informations sur l'emploi du temps sont combinées avec le coût théorique par heure, afin d'estimer la valeur du travail non rémunéré. Il existe

différentes méthodes pour attribuer le coût par heure, à savoir le coût d'option (c-à-d le revenu d'emploi cédé) et le coût de remplacement (c-à-d ce que le même travail aurait coûté s'il avait dû être accompli sur le marché libre). La valeur estimée du travail non rémunéré peut largement varier selon la méthode utilisée. Au Canada, elle a varié de 33 % à 52 % du PIB (en 1998) suivant la méthode utilisée.

Source: Hamdad, 2003

EQUITE ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.2

Elaborer et financer des politiques et des programmes qui combler les disparités d'éducation et de compétences et qui favorisent la participation économique des femmes.

ENCADRE 13.11: LES GANOKENDRAS – CENTRES D'APPRENTISSAGE POPULAIRES AU BANGLADESH

Malgré les progrès accomplis ces dernières années au Bangladesh après le lancement de tout un éventail d'initiatives pour étendre l'éducation, le taux d'alphabétisation des femmes reste faible dans l'ensemble (UNESCO, 2007a). Le programme des Ganokendras (centres du peuple) a été élaboré en 1992 par l'ONG bangladaise Dhaka Ahsania Mission, et se pratique actuellement dans 800 communautés environ, permettant à 400 000 personnes d'en bénéficier. Il adopte une approche fondée sur l'alphabétisation en vue de réduire la pauvreté et donner du pouvoir aux femmes. Les Ganokendras sont organisés et mis en place par la communauté locale, avec une forte participation des femmes. Ils développent leurs activités en réponse aux nécessités identifiées localement.

Hommes, femmes et enfants prennent part à ces activités, mais la majorité des membres sont des femmes. En plus de développer les compétences d'alphabétisation des femmes et de fournir une éducation de base aux analphabètes, les Ganokendras sont des centres communautaires de formation et où l'on discute de sujets importants. Ils proposent des activités liées aux programmes sociaux et axées sur l'environnement et peuvent fournir des services de microcrédits. Ils agissent également pour rassembler les membres de la communauté, leur offrir des possibilités de tisser un réseau de relations entre eux et avec les ONG et les organismes publics, leur permettant une meilleure accessibilité aux services.

Source: Alam, 2006; UNESCO, 2001

Les initiatives qui rendent la formation professionnelle à la portée des femmes, leur offrent également des possibilités de développer leurs aptitudes génératrices de revenus. De nombreuses initiatives ont déjà été lancées de par le monde. Au Royaume-Uni, à titre d'exemple, un programme d'enseignement a été mis en place au cours des dernières années en réponse au rapport de la Commission des femmes et du travail (2006) (Encadré 13.12).

Participation économique

La Commission recommande que :

13.5 Les gouvernements et les employeurs soutiennent les femmes dans leurs rôles économiques en garantissant par la loi l'égalité de rémunération, en offrant les mêmes possibilités d'emploi à tous les niveaux et en mettant en place des politiques soucieuses de la famille, qui garantissent pour les femmes et les hommes des responsabilités égales en matière de soins (cf. Rec. 7.2).

L'amélioration des taux de fréquentation et de rétention scolaires à tous les niveaux d'éducation est souvent insuffisante pour remédier au niveau de contraintes suivant, à savoir la participation économique. Là où des normes sexistes persistent, même les filles qui fréquentent l'école risquent d'endosser des rôles stéréotypés en fonction du sexe (WGEKN, 2007). Pour casser ces barrières, il faut agir et éliminer les partis pris et les obstacles dans le marché du travail (WGEKN, 2007).

Garantir par la loi l'égalité de rémunération

Les femmes à travers le monde gagnent de 30 % à 60 % moins que les hommes, à cause d'une combinaison de ce qu'on appelle les métiers des femmes, les écarts de rémunération et les disparités dans la participation à la vie active (UNICEF, 2006). Les femmes gagnent généralement moins que les hommes, même à travail équivalent (Cohen, 2007 ; Hartmann, Allen &

Owens, 1999). Il en découle des conséquences importantes pour ceux qui sont en situation de pauvreté, par exemple parmi les enfants de mères célibataires (Hartmann et al., 1999). Les différences dans les bénéfices non répartis peuvent également entraîner de grandes disparités entre les sexes en matière de retraite (Cohen, 2007 ; US Social Security Administration, 2004). La pauvreté et les faibles prestations de retraite sont associées aux pires résultats pour la santé (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*), tandis que le revenu mis entre les mains des femmes peut particulièrement profiter à la santé de leurs enfants (UNICEF, 2006).

L'action est nécessaire à tous les niveaux pour mettre fin à cette situation injuste. Les lois qui obligent les employeurs à réaliser et maintenir l'égalité de rémunération constituent des instruments puissants capables de combler le fossé des rémunérations inéquitables. L'OIT a adopté la « Résolution concernant la promotion de l'égalité entre hommes et femmes, l'égalité de rémunération et la protection de la maternité », qui appelle tous les gouvernements et partenaires sociaux (syndicats, employeurs et organisations qui les représentent) à entreprendre des actions spécifiques pour réduire les disparités des salaires entre hommes et femmes (ILO, 2004a). La résolution propose plus spécifiquement que les partenaires sociaux négocient l'instauration de dispositifs neutres d'évaluation des emplois, d'indicateurs statistiques et de contrôle de la discrimination sexuelle et raciale sur le lieu de travail (Encadré 13.13).

Les syndicats sont des véhicules puissants pour faire pression et obtenir des lois sur l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale. Ils peuvent aussi recueillir des données afin de mesurer l'étendue du problème, par exemple à l'aide du code de pratiques relatives à la mise en œuvre de l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes pour un travail de valeur égale, émis par la Commission européenne (European Commission, 1996 ; Gender Promotion Programme ILO, 2001).

ENCADRE 13.12: AIDER LES FEMMES A RENFORCER LEURS COMPETENCES ET PLANIFIER LEUR CARRIERE AU ROYAUME-UNI

Le gouvernement du Royaume-Uni a entrepris, dans le cadre du plan d'action établi en réponse au rapport de la Commission des femmes et du travail, de tester les plans de développement des compétences visant à aider les femmes peu spécialisées à retourner au travail. De plus, il a établi un programme pour favoriser les liens entre employeurs et formateurs. Un Women's Enterprise Task Force (groupe de travail sur l'entrepreneuriat

féminin) a été mis en place afin d'œuvrer avec les organismes de développement régionaux et guider les différentes approches visant à soutenir les femmes dans leurs projets de monter des affaires.

Source: Department for Communities and Local Government, 2006

ENCADRE 13.13: LE DROIT A L'EGALITE DE REMUNERATION AU QUEBEC, CANADA

Au Québec, comme dans le reste du Canada, les femmes gagnent autour de 70 % du salaire des hommes pour un travail équivalent. Les syndicats au Québec se sont engagés dans la lutte pour l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale et se sont lancés dans une longue activité de couloir qui a abouti à l'adoption d'une loi relative à l'égalité de rémunération. Suite à la mobilisation des femmes et à la pression des syndicats, le gouvernement du Québec a introduit une loi qui oblige les employeurs à appliquer et maintenir l'égalité de rémunération au sein de leurs entreprises. Conformément à la législation, toutes les entreprises

comptant 50 employés ou plus doivent dresser un programme d'égalité de rémunération. Il doit inclure quatre étapes : (1) identifier les catégories d'emplois principalement féminins et principalement masculins dans l'entreprise ; (2) décrire la méthode et les outils d'évaluation (des catégories d'emplois) ; (3) évaluer les catégories d'emplois, les comparer, estimant les disparités dans les salaires et calculant les rajustements de salaires nécessaires ; et (4) déterminer le mode de paiement de ces rajustements de salaires.

Adapté avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Côté (2002/3).

Garantir l'égalité des chances dans la vie professionnelle à tous les niveaux

De plus, il faut adopter des mesures qui soutiennent les femmes pour leur avancement professionnel au même titre que les hommes. Les gouvernements et les employeurs doivent choisir une approche sur plusieurs fronts, qui comprend le renforcement de la législation anti-discrimination sur le lieu de travail et qui garantit que les femmes ne soient pas pénalisées financièrement pour la maternité (ILO, 2004b). Elle pourvoira également une formation des cadres, des conseillers et des modèles de rôles, aux plus hauts niveaux et une admission aux réseaux et canaux de communication formels et informels au travail (ILO, 2004b). Certains pays utilisent des quotas comme outil pour aider les femmes à percer le plafond de verre. En Norvège, par exemple, 40 % au moins des membres des conseils de sociétés publiques doivent être des femmes. Les politiques concernant l'égalité des possibilités d'emploi, y compris le recrutement, l'attribution des tâches, la planification de carrière, le classement, les salaires, le transfert et la promotion, doivent être étroitement surveillées. Quant aux procédures, il faut qu'elles soient transparentes, objectives et justes (ILO, 2004b).

La qualité et les conditions de travail sont aussi importantes que les inégalités entre les sexes en matière de possibilités d'emploi. Un élément principal de l'amélioration de la qualité du travail est la mise en place de politiques relatives au harcèlement sexuel et la prévision d'une sensibilisation autour de cette question afin de créer un climat de respect sur le lieu de travail (ILO, 2004b).

Politiques soucieuses de la famille

Les politiques soucieuses de la famille sont conséquentes pour assurer une égalité dans les possibilités d'emploi entre femmes et hommes (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les gouvernements et les employeurs doivent prendre des mesures qui permettent tant aux femmes qu'aux hommes d'assumer des tâches et des responsabilités de manière égale. Celles-ci englobent l'établissement de garde d'enfants

de qualité, des politiques concernant la flexibilité des heures de travail, le congé parental pour les hommes et les femmes et des programmes pour transformer les attitudes masculines et féminines concernant le travail de garde, de sorte que les hommes commencent à assumer une responsabilité égale dans ce genre de travail (WGEKN, 2007; ILO, 2004b). Les services de garde d'enfants de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires, non seulement, permettent aux femmes d'entrer dans le marché du travail, mais aussi empêchent que les jeunes enfants restent seuls à la maison ou à la charge de leurs frères ou sœurs plus âgés – ce qui peut avoir des conséquences graves sur leur santé (Heymann, 2006). Ils permettent aussi que les filles soient scolarisées au lieu de s'occuper des frères et des sœurs plus jeunes (UNICEF, 2006). Même dans les pays pauvres, il est possible d'avoir des services de garde d'enfants, comme illustré dans l'Encadré 13.14.

Santé et droits sexuels et génésiques

La Commission recommande que :

13.6 Les pouvoirs publics, les donateurs, les organisations internationales et la société civile augmentent leur engagement politique et investissent davantage dans les services et programmes de santé sexuelle et génésique, en visant la couverture universelle (cf. Rec. 9.1 ; 11.3).

Le renforcement de l'engagement politique et financier en faveur de la santé sexuelle et génésique universelle est primordial et comprend le financement de recherches pertinentes dans ce domaine.

Les premières décennies de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle ont été témoin d'une grande focalisation sur la régulation démographique. Des programmes de planification familiale ont été mis en place et poursuivis, la préoccupation étant centrée sur leurs finalités et leurs résultats macroéconomiques plutôt que sur l'aide sociale et les droits des femmes en tant qu'individus. La Conférence des Nations Unies sur la population

ENCADRE 13.14: PRESTATION DE SERVICES D'AIDE A L'ENFANCE EN INDE

SEWA est un syndicat de femmes pauvres et auto-employées. Ses membres ont exprimé le besoin que leurs enfants soient gardés pour qu'elles puissent travailler sans pour autant compromettre la sécurité et le développement de leurs enfants. Tout en travaillant de près avec le gouvernement, les 100 centres d'aide à l'enfance du SEWA sont gérés par des coopératives d'éducateurs de jeunes enfants qui ont été formés grâce à l'appui de SEWA. Chacun de ces services accueille 35 enfants, âgés entre 0 et 6 ans. Ils centrent leur action sur le développement général des enfants, y compris leur croissance physique et intellectuelle. Les éducateurs rencontrent régulièrement les mères, discutent ensemble et émettent des suggestions quant au développement de l'enfant. Les enfants sont régulièrement pesés et les fiches de croissance sont gardées soigneusement. Les centres d'aide à l'enfance font aussi office de centres de vaccination pour enfants et centres de soins prénatals et postnatals. Les études effectuées par SEWA reflètent les répercussions

importantes de la garde d'enfants : les femmes ont signalé des augmentations de revenus de plus de 50 %, avec, entre autres, des retombées sur l'alimentation des enfants. Elles ont ajouté qu'elles ont pu pour la première fois rapporter des légumes et des lentilles chez elles pour nourrir leurs enfants. Elles ont également signalé qu'elles sont tranquilles de savoir leurs enfants en de bonnes mains pendant qu'elles sont au travail. De plus, les frères et sœurs plus âgés, notamment les filles, ont rejoint l'école pour la première fois, puisqu'ils ont été déchargés des responsabilités de garde des plus petits. Aussi, la croissance physique des tout-petits a-t-elle été considérablement améliorée grâce à la nourriture pourvue dans les centres ; pareil pour leurs capacités intellectuelles. Tous les enfants se sont rendus à l'école élémentaire à l'âge de 6 ans et la majorité a continué jusqu'à l'école secondaire.

Adapté avec l'autorisation de l'auteur, tiré de SEWA Social Security (nd).

ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.3

Réaffirmer l'engagement en faveur de l'accès universel à la santé et aux droits en matières de sexualité et de procréation.

et le développement, tenue au Caire en 1994, a marqué un changement de paradigme, de la régulation démographique à la santé et aux droits génésiques. Au centre du concept de santé et droits génésiques figure la « reconnaissance que la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes et l'émancipation des femmes, l'élimination de tous genres de violence à l'encontre des femmes et la garantie des capacités des femmes à contrôler leur propre fertilité, sont les pierres angulaires des programmes de régulation démographique et des programmes liés au développement » (Glasier et al., 2006). A ce titre, la santé génésique est un concept qui aide les femmes à s'assumer, en mettant l'accent sur leurs droits sexuels et génésiques et en les aidant à devenir autonomes quant à leur vie génésique. Le paradigme de la santé génésique souligne l'importance de comprendre les expériences et contraintes individuelles subies par les femmes ainsi que les facteurs sociaux qui influent sur leur santé sexuelle et génésique tout au long de l'existence (Langer, 2006). Il s'agit là d'une partie intégrante des déterminants sociaux du programme de santé.

En 1994, des délégués de 179 pays et de 1200 ONG ont convenu de garantir l'accès universel à la santé génésique avant 2015 (Glasier et al., 2006) et, plus récemment, ceci a été consenti en tant que nouvelle cible au titre des OMD. Cependant, les progrès accomplis en direction de l'objectif de l'accès universel à la santé génésique ont été inégaux. Tandis qu'en Irlande le risque de mortalité maternelle pour toute la vie est uniquement de 1 pour 47 600, il est de 1 pour 8 en Afghanistan (UNICEF, 2007c). De même, au sein des pays, les inégalités sont énormes. En Indonésie, par exemple, la mortalité maternelle est trois à quatre fois supérieure chez les pauvres que chez les riches (Graham et al., 2004). Dans les pays à revenu faible et moyen, 65 % des naissances sans accoucheur qualifié ont lieu chez les pauvres en milieu rural (Houweling et al., 2007). Garantir l'accès aux services de santé génésique aux femmes déplacées à l'intérieur de leur pays et, plus généralement, aux femmes qui vivent dans des pays de conflits et de crises, constitue également un défi crucial à relever (Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007).

Au cours du 21^{ème} siècle, l'attention a été détournée par de nouvelles priorités mondiales (Fathalla, 2006). N'étant plus liée au VIH/SIDA, la santé sexuelle et génésique n'a pas réussi à attirer les ressources financières attendues de la communauté des donateurs, notamment dans les domaines de la planification familiale, l'avortement dans des conditions insalubres et les IST (Langer, 2006). Le succès des programmes de planification familiale, qui ont réduit les taux de fertilité, ont mené à une diminution des investissements dans les services de planification familiale, « avec des conséquences désastreuses pour les pays ayant des taux d'utilisation de contraceptifs faibles » (Glasier et al., 2006). De plus, il y a eu des tentatives de revenir aux accords conclus au Caire (Fathalla, 2006). La résistance idéologique au paradigme de santé et de droits sexuels et génésiques, plus particulièrement aux questions relatives à la sexualité, l'avortement et aux services pour les adolescents, a produit un impact nuisible sur l'accès aux services qui profitent surtout aux femmes (Langer, 2006; Fathalla, 2006).

Il est impératif que les gouvernements et les donateurs réaffirment leur engagement en faveur de la santé et des droits sexuels et génésiques et leur donnent la priorité dans le domaine de la santé et du développement (Glasier et al., 2006 ; Fathalla, 2006). Certains mouvements s'orientent positivement. En 2004, tous les Etats Membres de l'OMS (les Etats-Unis étaient les seuls à se dissocier de cette stratégie) ont approuvé la stratégie de santé génésique mondiale de l'OMS afin d'accélérer la progression vers les objectifs et cibles

internationaux liés à la santé génésique (Glasier et al., 2006). En 2007, lors de la révision du Sommet mondial des OMD aux Nations Unies, les dirigeants du monde ont réaffirmé leur engagement « de garantir l'accès universel à la santé génésique avant 2015 », comme il a été mentionné à la Conférence du Caire (Fathalla, 2006). Alors que la cible spécifique de la santé génésique (« garantir avant 2015 l'accès universel à la santé génésique ») avait été initialement omise du cadre des OMD, elle y a été introduite dans la révision de 2007. Le renforcement de l'engagement politique et financier est nécessaire pour établir la cible de la santé sexuelle et génésique au titre des OMD. Ceci comprend le financement des organisations de la société civile chargées de porter de l'avant la santé et les droits génésiques.

La connaissance et les techniques pour atteindre la cible de la santé sexuelle et génésique pour tous sont disponibles (Glasier et al., 2006). « Les cinq composants principaux en matière de soins de santé sexuelle et génésique sont : l'amélioration des soins prénatals, périnatals, post-partum et du nouveau-né ; la prestation de services de qualité supérieure pour la planification familiale, y compris les services de traitement de l'infertilité ; l'élimination des avortements dans des conditions insalubres ; la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, à savoir le VIH, les infections des voies génitales, le cancer du col de l'utérus et d'autres maladies gynécologiques ; et la promotion d'une sexualité saine » (Glasier et al., 2006). Puisque la disponibilité des services de santé sexuelle et génésique est d'une importance évidente (Glasier et al., 2006) (cf. Chapitre 9 : Soins de santé universels), ces services doivent être intégrés dans une approche qui lutte aussi contre les racines sociétales et culturelles à la base des inégalités entre les sexes.

Les inégalités entre les sexes sont déterminées socialement et peuvent être modifiées en vue d'améliorer la santé de millions de filles, de jeunes filles et de femmes de par le monde. L'action consiste à garantir que les lois protègent et promeuvent l'équité entre les sexes et combattent le sexisme dans les structures et les politiques organisationnelles. Dans certaines régions, l'enseignement et la formation des femmes constituent une priorité ; dans d'autres, la réduction des contraintes qui empêchent leur participation économique, sociale et politique à tous les niveaux est la priorité la plus urgente. Enfin, il est impératif que les gouvernements et les donateurs réaffirment leur engagement de travailler pour la santé et les droits sexuels et génésiques, vu que cet engagement est en train de s'affaiblir.

CHAPITRE 14

Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer

“ Partout dans le monde, les personnes ont le sentiment d’avoir perdu le contrôle de leur vie, de leur environnement, de leur métier et dernièrement du sort de la terre. Ainsi, selon une vieille loi sur l’évolution sociale, la résistance fait face à la domination, l’émancipation réagit contre l’impuissance et les projets alternatifs défient la logique ancrée dans le nouvel ordre mondial, de plus en plus perçu comme un désordre par les habitants de la planète ”

Castells 1997:69 (Oldfield & Stokke, 2004)

LA RELATION ENTRE LE POUVOIR ET LES INEGALITES EN SANTE

Etre intégré dans la société dans laquelle on vit est une condition essentielle pour l’émancipation matérielle, psychosociale et politique sur laquelle reposent le bien-être social et l’équité en santé. Dans ce chapitre, nous allons examiner le rôle du pouvoir en tant que facteur structurel important des inégalités en santé. Toute tentative sérieuse de réduire les inégalités en santé suppose de répartir autrement le pouvoir au sein de la société et entre les différentes régions du monde, particulièrement en faveur des groupes et des nations privés de leurs droits.

La manifestation du déséquilibre de pouvoir

Le droit de bénéficier des conditions indispensables pour atteindre le plus haut niveau de santé possible est universel (UN, 1948). Cependant, le risque que ce droit ne soit bafoué n’est pas universel et tient à des inégalités structurelles profondément

ancrées (Farmer, 1999). Les inégalités sociales, se manifestant dans les caractéristiques sociales qui s’interpénètrent comme la classe, le niveau d’instruction, le sexe, l’âge, l’appartenance ethnique, le handicap et la situation géographique, reflètent des inégalités profondes dans la richesse, le pouvoir et le prestige entre les individus et entre les communautés. Les personnes déjà privées de leurs droits sont aussi défavorisées sur le plan de la santé.

L’équité en santé repose essentiellement sur l’émancipation des individus et des groupes, de sorte qu’ils puissent exprimer haut et fort leurs besoins et qu’ils défendent fortement et efficacement leurs intérêts, et, ce faisant, qu’ils remettent en question et modifient la répartition injuste et très hiérarchisée des ressources sociales (conditions nécessaires pour une bonne santé) auxquelles tous les citoyens peuvent prétendre et ont droit (CS, 2007). A la base des facteurs structurels des inégalités dans les conditions de vie au quotidien abordées tout au long du présent rapport, se trouve la répartition du pouvoir de manière inéquitable. Les inégalités dans le pouvoir interagissent à travers quatre dimensions principales (politique, économique, sociale et culturelle) qui constituent ensemble un continuum selon lequel les groupes sont, à des degrés variables, exclus ou inclus. La dimension politique comprend à la fois les droits formels fixés dans les lois, constitutions, politiques et pratiques, et les conditions dans lesquelles les droits sont exercés, y compris l’accès à l’eau salubre, au système d’assainissement, à l’hébergement et au transport de qualité, à l’énergie et aux services tels que les soins de santé, l’éducation et la protection sociale. La dimension économique se fonde sur l’accès et la répartition des ressources matérielles indispensables pour la

Figure 14.1 Taux nets de fréquentation des écoles secondaires chez les garçons et les filles.

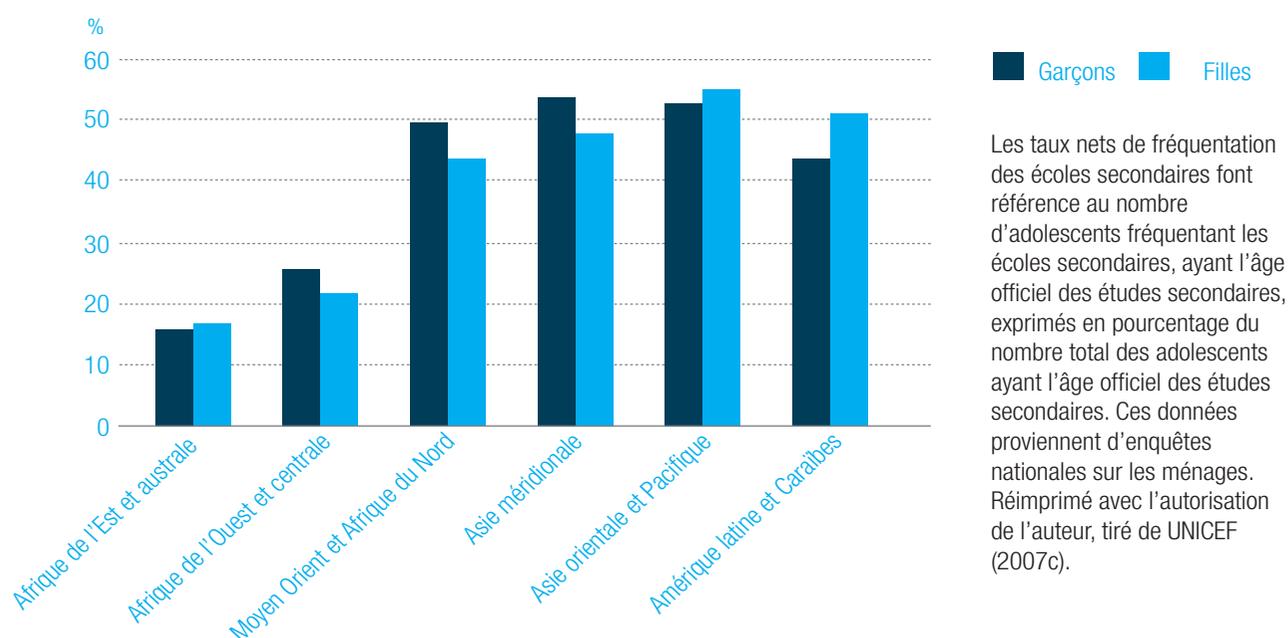
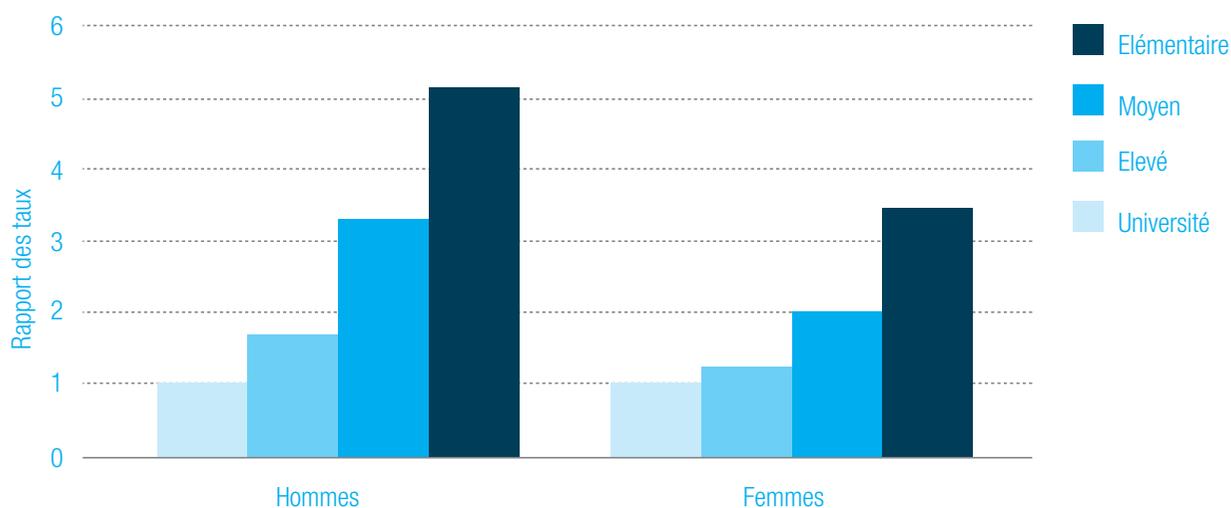
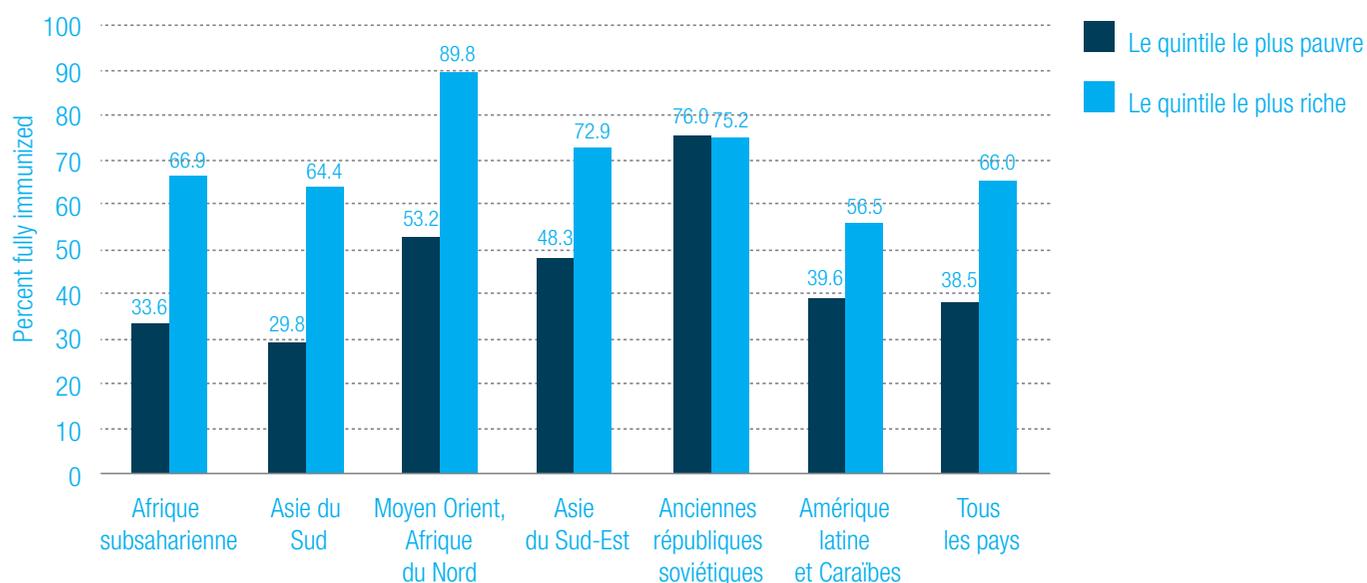


Figure 14.2 Mortalité ajustée sur l'âge chez les hommes et les femmes en République de Corée selon le niveau d'instruction, 1993-1997.



Source : Son et al., 2002

Figure 14.3 Taux de vaccination complète chez les quintiles de population, le plus pauvre et le plus riche (moyennes régionales).



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001).

vie (c-à-d le revenu, l'emploi, le logement, la terre, les bonnes conditions de travail, les moyens de subsistance). La dimension sociale est constituée par les relations de proximité qui apportent soutien et solidarité (c-à-d amitié, liens de parenté, famille, clan, voisinage, communauté, mouvements sociaux) et la dimension culturelle relate jusqu'à quel point la diversité des valeurs, des normes et des modes de vie contribue à la santé de tous et arrive à être acceptée et respectée (SEKN, 2007).

La liberté de participer aux relations économiques, sociales, politiques et culturelles a une valeur intrinsèque (Sen, 1999). Participation, représentation et maîtrise sont importantes pour le développement social et la santé (Marmot, 2004). Une participation restreinte limite les capacités humaines et crée des conditions propices aux inégalités dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, des soins sanitaires, etc. A titre d'exemple, l'accès inéquitable à l'éducation (Fig. 14.1) mène à des disparités dans la mortalité toutes causes confondues (Fig. 14.2).

Le sous-développement du potentiel aboutit à d'autres inégalités. Le manque d'accès à un enseignement de qualité peut conduire à une exclusion du marché du travail ou à une participation dans des conditions effroyables, et avoir pour conséquence un revenu faible et de mauvaises conditions de vie familiale (espace de vie, alimentation et autres facteurs qui ruinent la santé). L'augmentation de par le monde de l'emploi précaire, du travail des enfants et de la servitude pour dettes reflète et renforce la tenue à l'écart du pouvoir des travailleurs et de leurs représentants industriels et politiques. Les décisions politiques, économiques, financières et commerciales d'une poignée d'institutions et d'entreprises ont une incidence profonde sur la vie quotidienne de millions de personnes (EMCONET, 2007) dont les voix et les aspirations ne sont pas entendues ou sont rejetées d'emblée par d'autres intérêts plus puissants.

Il existe également des inégalités sociales majeures dans l'accès aux innovations techniques et médicales. L'analyse des EDS dans 42 pays (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) illustre les disparités socio-économiques profondes en matière de vaccination complète, avec des taux plus élevés chez les riches que chez les pauvres, à peu près partout (Fig. 14.3).

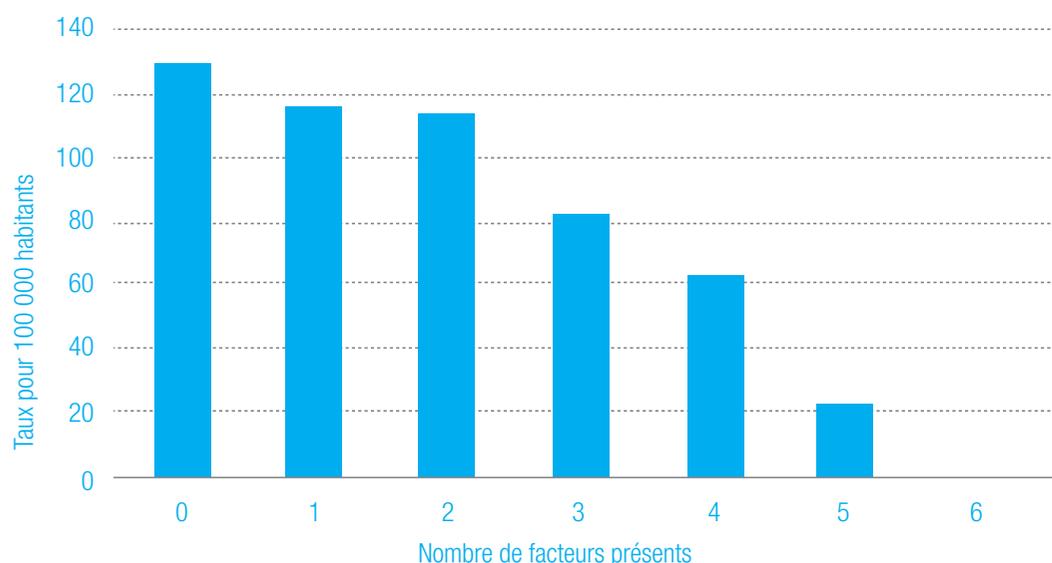
Identité et représentation

Le statut différentiel dont jouissent certains groupes et les possibilités de participation réservées à des populations spécifiques se manifestent clairement dans la manière de traiter avec les cultures autochtones – leur vision du monde, leurs valeurs et aspirations – de la part des gouvernements et des dispensateurs de services de première ligne (Indigenous Health Group, 2007). Les inégalités persistantes dans les conditions de santé des populations autochtones se situent au cœur de la relation entre la santé et le pouvoir, la participation sociale et l'émancipation (Indigenous Health Group, 2007). La conquête de la continuité personnelle et culturelle se répercute énormément sur la santé et le bien-être de ces communautés, comme le démontrent les taux de suicide chez les jeunes des Premières nations au Canada (Fig. 14.4).

L'interdiction injuste de participation et d'émancipation peut également mener au conflit. Lors des conflits, les individus font face à des problèmes de privation physique et sociale, dont le manque de sécurité, le déplacement et ainsi la perte des réseaux sociaux et de la structure familiale, la perte des moyens de subsistance, l'insécurité alimentaire et les mauvaises conditions physiques et sociales (Watts et al., 2007). La tenue à l'écart du pouvoir des individus, des communautés, voire des pays, associée au conflit, suscite une multitude de préoccupations en matière de santé. Comme pour les autres dimensions de l'équité, les besoins des populations qui se trouvent au sein des conflits doivent être représentés dans l'élaboration et le renforcement des politiques et des systèmes économiques et sociaux.

Les questions de déséquilibre du pouvoir ne concernent pas uniquement les individus et les communautés. Certains pays restent profondément tenus à l'écart du pouvoir, et ce, par un manque de ressources par rapport à d'autres. La pauvreté nationale se combine avec l'inégalité des capacités dans le domaine des négociations multilatérales et l'exacerbe. Ainsi, des traités et des accords sont conclus, qui ne sont pas systématiquement dans l'intérêt de ces pays (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*), mais qui ont des conséquences importantes sur la manière dont les nations créent les conditions en faveur de la santé et l'équité en santé.

Figure 14.4 Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, selon les facteurs de continuité culturelle.



Variable substitutive des facteurs de continuité culturelle : la revendication territoriale, l'autonomie, les services d'enseignement, les services de police et de pompiers, les services de santé, l'équipement culturel. Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Chandler & Lalonde (1998).

ACTION EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ DE L'EXPRESSION ET DE LA PARTICIPATION

Donner le pouvoir politique pour agir en faveur de la santé et de l'équité en santé exige de renforcer la justice pour inclure tous les groupes sociaux et les représenter dans la prise de décisions relatives au fonctionnement de la société et surtout à ses effets sur la santé et l'équité en santé. Une telle équité d'expression et de participation est tributaire des structures sociales, soutenue par les pouvoirs publics qui mandatent et qui garantissent les droits des groupes à être entendus et représentés, par exemple par la capacité de législation ou institutionnelle. Elle s'appuie également sur des programmes spécifiques soutenus par ces structures, qui favorisent la participation active. Plus loin encore, l'équité se fonde sur la croissance des organisations, des réseaux et des mouvements de la société civile ainsi que sur leur capacité progressive de réduire les inégalités et d'exercer une pression afin que l'équité (en général et l'équité en santé) soit au centre de tous les débats politiques existants et émergents.

Législation et émancipation politique – droits et représentation

Le droit de bénéficier des conditions indispensables pour atteindre le plus haut niveau de santé possible – Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – concerne principalement les groupes défavorisés, la participation et la responsabilité, et réside au cœur du mouvement des droits de l'homme (Hunt, 2007). L'Observation

générale n°14 (2000) est un document essentiel qui confirme que le droit en matière de santé ne se limite pas à l'accès aux soins de santé, mais englobe aussi les déterminants de la santé sous-jacents, tels que l'eau salubre, le système d'assainissement adéquat, le milieu sain, les informations concernant la santé et la liberté provenant de la non-discrimination (UN, 2000a). Fondamentaux pour l'instauration progressive de ce droit sont la ratification, l'opérationnalisation et le contrôle de l'Observation générale n°14 et des actions qui lui sont associées. L'OMS, de concert avec d'autres organismes internationaux et avec le Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit de jouir du meilleur niveau de santé possible (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*), soutient les Etats dans l'adoption et l'application de l'Observation générale n°14.

Le droit à une identité civique légale se trouve au centre de l'égalité de participation. Les personnes ne peuvent revendiquer leurs droits (l'accès à l'enseignement et à l'aide sociale, aux soins de santé ou à la participation civique et à la sécurité humaine) sans une identité légalisée (Encadré 14.1) (Acosta, 2006). C'est pourquoi, il est important que les pays, aidés par les organismes et les donateurs internationaux, renforcent le cadre légal et institutionnel et garantissent le droit à l'identité civique légale (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

A la base de l'obtention des droits, de la participation équitable, de la participation à la prise de décisions et à la base de l'action qui influe sur la santé et l'équité en santé, il faut des systèmes

EMANCIPATION POLITIQUE : CHAMP D'ACTION 14.1

Donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décisions sur le fonctionnement de la société, concernant notamment la façon dont il influe sur l'équité en santé, et instaurer durablement un cadre de participation sociale à l'élaboration des politiques.

politiques et juridiques transparents, responsables et participatifs, qui se soucient de la participation authentique et la renforcent.

La Commission recommande que :

14.1 Les autorités nationales renforcent les systèmes politiques et juridiques afin qu'ils œuvrent en faveur de la participation équitable de tous (cf. Rec. 13.1 ; 16.1).

Sexospécificité

Une des réformes politiques les plus équitables et inclusives est celle qui lutte contre les inégalités mondiales profondément marquées entre les sexes. Elle requiert la participation des femmes dans les processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions et augmente la probabilité de planification et de prestation de services, en tenant compte de l'équité entre les sexes. À titre d'exemple, la réforme législative au niveau national en Inde, qui a réservé aux femmes un nombre minimal de sièges dans les conseils municipaux, s'est révélée importante pour l'émancipation politique des femmes et par la suite pour l'action au niveau local qui a pu répondre aux nécessités du lieu (Encadré 14.2).

Autonomie

La vie des populations autochtones continue d'être régie par des lois, des règles et des conditions spécifiques et particulières qui ne s'appliquent pas aux autres membres des États civils. Les peuples autochtones vivent toujours sur des territoires délimités ou séparés et sont souvent au cœur des divisions de compétence entre les niveaux d'administration, notamment en ce qui concerne l'accès aux affectations financières, programmes et services. Les peuples autochtones en tant que tels ont un statut distinct et des besoins spécifiques par rapport aux autres.

La Commission recommande que :

14.2 Les autorités nationales reconnaissent, légitiment et soutiennent les groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones, au niveau de la politique, de la législation et des programmes qui leur donnent plus de pouvoir afin de faire valoir leurs besoins, revendications et droits.

Comme le dénote l'ONU, les peuples autochtones ont droit à des « mesures spéciales pour assurer une amélioration immédiate et continue de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale ». De plus, la Déclaration sur les peuples autochtones, récemment émise par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, statue que « les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions ». Ces réalités impliquent le droit des peuples autochtones à l'autonomie et à l'autodétermination. Il est important que l'ONU complète la Déclaration sur les droits des peuples autochtones, obtienne sa ratification et encourage sa mise en œuvre par tous les États Membres.

La manière dont la Déclaration sur les droits des peuples autochtones est opérationnelle en faveur de la santé et de l'équité en santé au sein de divers contextes sociopolitiques devra faire l'objet d'une étude attentive, dirigée par les peuples autochtones. L'exemple du Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique – comprenant des éléments de législation, de gouvernance participative et de services de santé efficaces – offre un cadre participatif pour aller de l'avant (Encadré 14.3).

ENCADRE 14.1: IDENTITE ET DROITS EN BOLIVIE

55% de la population de Bolivie est d'origine quechua ou aymara. On estime qu'environ 9 personnes sur 10 des communautés autochtones et rurales de Bolivie ne possèdent pas de carte d'identité, alors que plus de la moitié n'ont pas de certificats de naissance indispensables pour en obtenir une. Sans certificat de naissance, les enfants ne peuvent pas être scolarisés; ce qui barre la route à la possibilité d'échapper à la pauvreté. Sans carte d'identité, les personnes ne peuvent pas voter, ont des garanties juridiques limitées et sont réellement empêchées d'accéder aux services sociaux et sanitaires. Ces services englobent le régime d'assurance maladie bolivienne en faveur des mères

et des femmes enceintes, qui a été introduit pour combattre les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans le pays et qui est pourtant fermé aux femmes qui ne sont pas à même de produire leurs cartes d'identité.

À travers le projet Droit à l'identité, le DFID (Département du développement international) du Royaume-Uni œuvre avec la Cour électorale de Bolivie, les organisations non gouvernementales et les communautés pour faciliter aux personnes de s'inscrire et de recevoir leur carte d'identité, et pour les rendre conscientes de leurs droits de citoyens.

Source: DFID, 2008

ENCADRE 14.2: LEGISLATION INDIENNE EN FAVEUR DES FEMMES

Le 73^{ème} amendement de la Constitution indienne, adopté au Parlement national en 1993, a réservé aux femmes le tiers des sièges dans les conseils municipaux. Il est considéré comme l'une des plus grandes mesures de réforme qui ont changé les normes préexistantes par lesquelles les femmes étaient très peu représentées dans les instances

politiques. Les organisations féminines ont œuvré pour former les femmes élues. Actuellement, plus d'un million de représentantes élues dans les conseils municipaux exercent leur autorité sur les budgets et définissent les priorités de la politique locale.

Source: Indian Government, 1992

Les excuses présentées par le gouvernement australien travailliste en février 2008 aux peuples autochtones de l'Australie qui, lorsqu'ils étaient encore enfants, ont été arrachés à leurs familles et forcés à vivre dans des familles d'accueil ou dans des foyers collectifs, ont été un exemple de reconnaissance de la part d'un gouvernement, de l'histoire exceptionnelle de la colonisation des peuples autochtones et de la nécessité d'adopter des mesures particulières (The Age, 2008). Les excuses ont été accompagnées par la promesse de réduire l'écart dans l'espérance de vie entre les Aborigènes et les autres Australiens en l'espace d'une génération (25 ans).

Participation équitable dans l'élaboration des politiques

La bonne gouvernance est le fondement de toute action réussie et elle requiert qu'une attention particulière soit accordée aux dispositifs de confiance, de réciprocité et de responsabilisation sociale (KNUS, 2007). Pour aboutir à cela, une participation équitable au niveau de la gouvernance est essentielle. En effet, la participation active et renseignée des individus et des communautés dans la prise des décisions les concernant en matière de santé, est une caractéristique intrinsèque du droit à la santé.

“La différence entre le tokénisme et la bonne participation réside dans le suivi et dans le fait d'être engagé du début jusqu'à la fin.” (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007)

La Commission recommande que :

14.3 Les autorités nationales et locales fassent en sorte qu'au titre du droit à la santé, les groupes et les communautés soient associés à la prise de décisions concernant la santé, aux programmes ultérieurs, à la prestation de services et à leur évaluation, et y participent de façon équitable (cf. Rec. 6.1 ; 7.1 ; 9.1 ; 11.6).

Tous les membres de la société, y compris les plus défavorisés et marginalisés, ont le droit de participer à l'établissement des priorités et des objectifs qui orientent les délibérations techniques sous-jacentes à l'élaboration politique. En outre, la participation ne doit pas se limiter à la conception de l'application des programmes, mais plutôt être considérée comme le processus contextuel par lequel la politique est élaborée, convertie en programmes et services, appliquée, expérimentée et évaluée.

Les recommandations pour l'AIS dans le Chapitre 10 (*L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*) présentent des processus et des dispositifs par lesquels diverses communautés et groupes sociaux peuvent participer à l'élaboration des politiques, leur mise en application et leur évaluation. On pourrait apprendre beaucoup des pratiques existantes. L'établissement d'un réseau de soutien à la gouvernance, peut-être à travers le Conseil économique et social, qui fonctionne sur les plans national, régional et mondial, faciliterait l'identification et le partage des pratiques réussies (par ex. Alliance pour les Villes-santé, Réseau européen des Villes-santé, Municipalities Network (réseau de municipalités) et Organisation panaméricaine de la santé [OPS]).

La représentation obligatoire de la société civile dans tout le dispositif gouvernemental, comme en Ouganda par exemple, est un élément important de toute politique cohérente et orientée vers les besoins en matière de santé et d'équité en santé (Encadré 14.4).

La Social Inclusion Initiative (initiative d'inclusion sociale) en Australie-Méridionale (Encadré 14.5) illustre la valeur de la reconnaissance politique et de l'engagement sérieux en faveur de la participation et de l'équité en santé. Elle montre l'avantage d'avoir une unité indépendante qui facilite les processus

ENCADRE 14.3: CANADA : PLAN TRIPARTITE POUR LA SANTE DES PREMIERES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique est un accord sans précédent signé le 11 juin 2007 par le gouvernement du Canada, la province de Colombie-Britannique et le First Nations Leadership Council of British Columbia. Ce plan engage les parties à collaborer ensemble pour développer des solutions pratiques et innovatrices qui apporteraient des améliorations fondamentales à la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique. Il reflète une vision partagée de partenariat pour établir, tester et mettre en œuvre de nouvelles voies de planification de

programmes et de prestation de services en matière de santé. Au cœur de ce plan réside l'engagement de créer une nouvelle structure de gouvernance qui renforcerait le contrôle des Premières nations sur les services de santé et favoriserait une meilleure intégration et coordination des services afin de garantir l'accès des Premières nations vivant en Colombie-Britannique à des soins sanitaires de qualité

Source : Gouvernement du Canada, 2007

ENCADRE 14.4: CONSTITUTION OUGANDAISE ET PARTICIPATION DES CITOYENS

L'Ouganda encourage actuellement la participation à la prise de décisions en matière de santé. La Constitution souligne l'importance de « la participation active de tous les citoyens à tous les niveaux ». Les organisations de la société civile se sont impliquées dans la préparation du Plan d'action de l'Ouganda pour l'éradication de la pauvreté.

L'Ouganda possède une nouvelle politique de décentralisation dans le secteur de la santé. Il existe au

sein des systèmes de santé régionaux quatre niveaux d'organisation et de gestion, le niveau inférieur étant les comités sanitaires de village. Du point de vue du droit à la santé, ces comités jouent un rôle central dans la garantie d'une participation de la base communautaire au secteur de la santé.

Source: Hunt, 2006

d'engagement requis en faveur de l'inclusion sociale plutôt que de les gérer, de posséder un plan stratégique et de définir des objectifs en vue du changement.

La justice au sein de la société ne trouve pas uniquement ses racines dans le fait de viser l'équité au niveau de l'élaboration des politiques nationales globales. L'équité est stimulée par les conditions locales de participation et de représentation équitable et c'est aussi elle qui les introduit. Pour avancer dans ce sens, il faut faire de sorte que l'objectif d'une communauté en bonne

santé et égalitaire soit une exigence statutaire locale. Ceci peut avoir lieu grâce à l'établissement d'un plan de développement local démocratiquement sanctionné, statutaire et stratégique qui soit régulièrement contrôlé et révisé (Encadré 14.6). La dotation de fonds statutaires pour soutenir l'engagement et la participation de la communauté dans le processus est primordiale. Le suivi et la soumission de rapports annuels aideront à mesurer le progrès effectué face à un ensemble d'objectifs dont l'impact sur l'équité en santé (LHC, 2000).

ENCADRE 14.5: 'SOCIAL INCLUSION INITIATIVE' EN AUSTRALIE-MERIDIONALE

La Social Inclusion Initiative (initiative de participation sociale) est la réponse du gouvernement d'Australie-Méridionale pour lutter contre l'exclusion sociale. Elle consiste à : faciliter la mise en œuvre conjointe de programmes dans les différents départements ministériels, secteurs et communautés ; sponsoriser/adopter des approches innovatrices ; développer des partenariats et des relations avec les parties prenantes ; et se concentrer sur les issues.

La Social Inclusion Initiative œuvre dans les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux selon un modèle qui reflète la préoccupation du gouvernement d'Australie-Méridionale et la préoccupation publique pour une question particulière ou un groupe particulier dont les circonstances de vie actuelles ou potentielles l'empêchent de mener une vie saine et épanouie.

Le Social Inclusion Board est composé du président et de 9 à 10 membres qui sont généralement des membres notoires de la communauté ou des experts de haut niveau dans leur domaine. Le président et les membres du conseil sont indépendants du gouvernement, mais ils sont fortement inscrits dans un processus appuyé par le gouvernement et strictement lié à lui. Une étroite relation de travail lie le président du Social Inclusion Board avec le premier ministre (chef d'état), et le président avec le directeur administratif de la Social Inclusion Unit (SIU). Le Social Inclusion Board a un cadre de référence bien établi et se charge de :

fournir un leadership pour le travail de la SIU afin

de garantir que le gouvernement reçoive un conseil d'orientation stratégique par un expert sur les problèmes de politique sociale identifiés et une approche coordonnée et intégrée de l'établissement, de l'application et de la révision des directions que prend le gouvernement pour réduire l'exclusion sociale ;

donner des recommandations, des informations et des conseils au premier ministre et au gouvernement, y compris les conseils concernant les priorités potentielles dans le cadre du financement public ;

guider, soutenir et conseiller la SIU dans la solution des problèmes recensés par le premier ministre et le gouvernement ;

concevoir des stratégies qui traitent les causes de l'exclusion sociale et qui assurent un leadership pour influencer et donner forme à la politique de justice sociale ;

assister la SIU afin qu'elle développe et maintienne des dispositifs d'engagement appropriés à travers le gouvernement, la communauté et les parties prenantes ;

procurer conseils et informations à la SIU afin qu'elle aide dans les activités de recherche ;

soumettre des rapports au premier ministre trimestriellement.

Source: Newman et al., 2007

ENCADRE 14.6: PLAN DE PARTICIPATION STATUTAIRE AU ROYAUME-UNI

A Londres, le Greater London Authority Act 1999 a établi l'Autorité du Grand Londres (Greater London Authority – GLA). Cet acte confère la responsabilité d'établir et d'exécuter un plan général de développement spatial (London Plan), en plus de stratégies associées pour résoudre les problèmes de la qualité de l'air, de la biodiversité, du bruit ambiant, des déchets municipaux, de la culture, du transport et du développement économique. Cet acte donne également une responsabilité statutaire au maire et à la GLA pour promouvoir la santé, réduire l'inéquité et assurer un développement durable.

La GLA sert de plate-forme pour le travail de partenariat au niveau de la ville, du fait qu'elle réunit le maire, une

assemblée élue séparément, la London Development Agency (Agence pour le développement de Londres), la London Fire and Emergency Planning Authority (Autorité pour les pompiers et les plans de secours), la Metropolitan Police (Police Métropolitaine) et le Transport for London (Transport pour Londres). Londres dispose aussi d'une instance partenariale spécifique qui a pour objectif d'améliorer la santé et de réduire les inégalités. Il s'agit de la London Health Commission (Commission londonienne pour la santé), qui rassemble tous les organismes statutaires, publics, privés, académiques et bénévoles qui peuvent influencer sur les déterminants sociaux de la santé.

Source: LHC, 2000

Soutien financier pour une participation équitable

Pour avoir une structure de gouvernance favorable et participative en vue de l'équité en santé, le soutien financier aux communautés et aux autorités locales est essentiel afin qu'elles s'associent et édifient des sociétés plus saines et plus équitables. L'exemple de Porto Alegre au Brésil illustre les effets considérables d'un programme de budget participatif sur la santé de la population. Ce programme a été institué par l'administration municipale, dans une tentative d'utiliser la connaissance et la perspective singulière des citoyens pour résoudre les nombreux problèmes que rencontre la ville (Encadré 14.7).

Dans le même ordre d'idées, l'exemple qui nous vient du Venezuela (Encadré 14.8) illustre un modèle de gouvernance participative étayée par des principes de budget participatif et un soutien législatif à la participation communautaire.

Approches ascendantes de l'équité en santé

S'il est crucial de donner aux groupes sociaux une certaine émancipation à travers leur représentation dans l'élaboration de l'agenda politique et dans la prise de décisions, il est également important de leur donner le moyen d'agir selon des approches ascendantes et descendantes (Sibal, 2006). Les luttes contre les injustices rencontrées par les populations les plus défavorisées dans la société et le processus d'organisation de ces populations, constituent le leadership local. Plus autonomes, les gens ont le sentiment de mieux maîtriser leur vie et leur avenir. Cette habilitation imprègne tous les aspects de leur vie. S'ils ont un enfant malade, par exemple, ils cherchent à le soigner au lieu de l'abandonner 'à son sort'. Mieux encore, ils peuvent prendre des mesures en avance telles que vacciner l'enfant, de sorte que la maladie soit prévenue dès le départ.

Les faits probants recueillis à partir des interventions en faveur de l'émancipation des jeunes, la prévention du VIH/SIDA et l'émancipation des femmes suggèrent que « les stratégies d'émancipation les plus efficaces sont celles qui se fondent sur la participation authentique et qui la renforcent, tout en garantissant une autonomie au niveau de la prise de décisions, un sens des liens communautaires et locaux et un renforcement psychologique des membres de la communauté eux-mêmes » (WGEKN, 2007).

La Commission recommande que :

14.4. Le renforcement des moyens d'agir sur l'équité en santé selon des approches ascendantes et descendantes exige le soutien de la société civile, afin d'élaborer, de renforcer et de mettre en application des initiatives orientées vers l'équité en santé.

L'édiction de réformes législatives, qui reconnaissent et appuient les initiatives de renforcement communautaire, garantira la participation globale des groupes défavorisés, concernés par l'amélioration de la santé et l'équité en santé, dans l'action menée aux niveaux mondial, national et local. Le soutien aux efforts déployés par les femmes pour coordonner des organisations féminines en leur assurant des ressources (par des donateurs ou par les gouvernements) est également important pour l'équité entre les sexes (Encadré 14.9) .

Comme le montre l'exemple de SEWA, en fondant leurs propres organisations, les femmes ont choisi une des voies qui leur permettent de promouvoir la solidarité, de fournir un soutien et de travailler collectivement en vue du changement. Ces organisations varient de par leur taille, des groupes au sein des villages ou des quartiers jusqu'aux grands mouvements. Il est impératif de soutenir et d'encourager pareils mouvements

ENCADRE 14.7: BUDGET PARTICIPATIF A PORTO ALEGRE AU BRESIL

Porto Alegre a institué le budget participatif et a permis à tous ses citoyens de voter sur le budget municipal. La ville a assuré des sessions permettant aux membres de la communauté de comprendre les discussions budgétaires et de s'y engager. Cette formation s'est révélée d'une très grande valeur pour les membres de la société qui représentaient directement les communautés plus grandes dans les assemblées plénières régionales. Des représentants du gouvernement et de la communauté ont conjointement dirigé ces assemblées qui se tenaient deux fois l'an. La coopération entre les fonctionnaires et les civils a abouti à une proposition de budget, qui a été soumise au vote dans la grande communauté. Si les fonctionnaires de la ville ont assuré la guidance et ont aidé à résoudre les questions budgétaires difficiles, les budgets proposés et finalisés quant à eux ont été créés par les citoyens de Porto Alegre.

Le programme de budget participatif a encouragé davantage les activités de la part de la société civile, les apports de la communauté et les améliorations tangibles

dans la vie de la ville. Parmi la population totale de la ville, 8 % (100 000 personnes) ont participé directement à l'établissement du budget ; 57,2 % des citoyens ont affirmé que la population toujours ou presque toujours "décide réellement" des travaux publics. Le nouveau budget a permis au ministère du Logement d'aider 28 862 familles, contre 1714 durant la même période des années 1986-1988. Le mode de collecte des déchets atteint à présent pratiquement tous les ménages et adopte une collecte distincte de produits recyclables depuis 1990. Presque tous les habitants de Porto Alegre disposent de canalisations d'eau dans leurs maisons et d'un système d'assainissement et d'évacuation de bonne qualité. Le budget participatif a délégué le pouvoir du conseil municipal et a offert aux citoyens les outils du changement. Aujourd'hui, Porto Alegre jouit du meilleur niveau de vie et des taux les plus élevés d'espérance de vie à la naissance parmi tous les centres métropolitains brésiliens.

Source: KNUS, 2007

EMANCIPATION POLITIQUE : CHAMP D'ACTION 14.2

Permettre à la société civile de s'organiser et d'agir de façon à promouvoir et faire respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l'équité en santé

et organisations d'une manière qui respecte et protège leur autonomie, et qui favorise leur durabilité, et ceci peut être réalisé de différentes façons :

- en assurant des ressources aux organisations féminines, telles que les capitaux de lancement, les fonds renouvelables et les fonds de contrepartie, l'association de ceux-ci étant possible ;
- en fournissant une plate-forme pour la couverture médiatique et les contacts ;

- en assurant un support pour la création de capacités par des cours de formation, des fonds pour le leadership et par un perfectionnement en gestion.

Un exemple du Japon montre comment un partenariat entre des personnes qui s'organisent elles-mêmes pour résoudre leurs propres problèmes de santé publique ainsi que d'autres préoccupations, avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, peut très bien fonctionner, à condition que la communauté fixe l'ordre du jour et dispose de ressources

ENCADRE 14.8: BARRIO ADENTRO – LE DROIT A LA SANTE ET A LA PARTICIPATION SOCIALE EN REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA

La constitution vénézuélienne a fermement établi le droit à la santé et le devoir du citoyen à prendre une part active dans la gestion de la santé. Le projet de loi de la nouvelle General Health Law (loi générale sur la santé) statue que la participation et le contrôle social dans le domaine de la santé sont un droit constitutionnel pour tous les citoyens. Ces derniers ont le droit de prendre des décisions, d'intervenir et d'exercer un contrôle direct, avec autonomie et indépendance, dans toutes les affaires concernant l'élaboration, la planification et la régulation de politiques, de plans et de projets dans le secteur de la santé, ainsi que l'évaluation, le contrôle et la surveillance de la gestion du secteur de la santé et du financement.

La mission Barrio Adentro est un élément clé de la proposition de participation sociale prévue dans la constitution de la République bolivarienne du Venezuela de 1999. La mission, mise en place en 2003, est devenue un programme de santé publique visant à combler les lacunes du système de santé national. La mission Barrio Adentro promeut des actions spécifiques pour faire intervenir et participer les chefs communautaires dans la conception et le contrôle de la gestion sanitaire. Depuis janvier 2004, le but principal de la mission Barrio Adentro a été de

garantir à la population une couverture complète des soins de santé primaires.

Dans la structure administrative de la mission Barrio Adentro, les individus se chargent de coordonner les brigades de médecins selon les paroisses, municipalités et régions, en collaboration avec les comités de santé des quartiers qui participent intégralement à l'élaboration de politiques, de plans, de projets et de programmes en matière de santé, ainsi qu'à l'exécution et l'évaluation de la gestion de la mission. En 2006, il y avait 150 comités enregistrés associés à Barrio Adentro et aux autres missions sociales. Le rôle des comités de la santé est d'identifier les problèmes sanitaires prioritaires de la communauté, de les classer par ordre de priorité et de déterminer les actions principales que la communauté doit entreprendre pour y remédier. Le fonctionnement des comités de la santé est régulé par la loi sur les conseils communautaires en date du 6 avril 2006, qui prévoit que les comités de la santé œuvrent de concert avec d'autres organisations communautaires affiliées au conseil communautaire. Une des charges de ce conseil est d'administrer les budgets affectés à chaque communauté, y compris les budgets des comités de la santé.

Source: PAHO, 2006

ENCADRE 14.9: SOUTIEN JURIDIQUE POUR UN RENFORCEMENT COMMUNAUTAIRE – SEWA, INDE

Comme toutes les autres femmes pauvres auto-employées, les marchandes de légumes d'Ahmedabad en Inde vivent dans des conditions défavorables. SEWA, un syndicat comptant à peu près 1 million de femmes qui travaillent, est un exemple d'action collective entreprise par ces femmes pour relever le défi et modifier leurs conditions.

Fréquemment harcelées par les autorités locales, les marchandes de légumes ont fait campagne avec SEWA afin de renforcer leur statut par une reconnaissance officielle, sous forme de licences et de cartes d'identité, et de représentation dans les conseils urbains qui gouvernent les activités du marché et le développement urbain. Cette campagne a débuté à Gujarat, et a continué par la suite jusqu'à la Cour suprême de l'Inde.

Pour avoir plus de contrôle sur leurs moyens de subsistance, toutes les femmes membres du SEWA se sont liées pour établir leur propre magasin de vente de légumes

en gros, se passant ainsi des intermédiaires exploités. SEWA organise également la garde d'enfants, à travers des centres pour nourrissons et jeunes enfants ainsi que des campagnes sur les plans gouvernemental et national pour que la garde d'enfants devienne un droit pour toutes les femmes actives. De plus, les membres du SEWA cherchent à améliorer leurs conditions de vie grâce à des programmes d'assainissement des taudis pour que l'infrastructure de base soit assurée. Tout ce travail a lieu en partenariat avec le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur des entreprises. Afin de résoudre le problème de l'accès au crédit, la banque SEWA accorde de petits prêts et des services bancaires aux femmes auto-employées pauvres. La banque appartient à ses membres et ses politiques sont élaborées par un conseil élu composé de femmes actives.

Source: SEWA Bank, nd

adéquates (Encadré 14.10).

Ceci exige la mise en place de dispositifs pour réunir les secteurs public, privé et de la société civile ainsi que la définition des rôles et des mécanismes selon lesquels les acteurs internationaux et nationaux doivent soutenir l'action populaire.

S'il est essentiel que les membres des communautés puissent prendre part au contrôle des processus qui influent sur leur vie, de telles initiatives, sans engagement politique, leadership et affectation de ressources, seraient de courte durée, comme l'illustre l'exemple du Bangladesh (Encadré 14.11).

Il existe des exemples remarquables où un programme de droits explicite a été appliqué avec succès sur la gouvernance mondiale. Dans le cas des ADPIC et des médicaments contre le SIDA, l'action entreprise par la société civile de l'Afrique du Sud, avec la participation du monde entier, a créé une cascade de normes qui a entraîné des changements immédiats et structurels, non seulement dans l'accessibilité au marché des médicaments d'importance vitale, mais aussi dans la compréhension mondiale des questions de propriété intellectuelle et de l'application de normes appropriées en faveur de l'équité en santé (Encadré 14.12).

ENCADRE 14.10: JAPON – LE POUVOIR DE LA COMMUNAUTE

La population du quartier de Kamagasaki est estimée à 30 000 personnes, dont à peu près 20 000 sont des travailleurs journaliers et les autres sont des personnes au foyer ou des travailleurs à leur compte. Le problème le plus significatif pour les travailleurs est que les conditions préalables à la santé ne leur sont pas assurées, telles que l'alimentation, le logement, l'emploi et la participation sociale.

Un mouvement de régénération a débuté en 1999 avec des groupes de soutien d'organisations non gouvernementales parallèlement aux initiatives de longue durée de l'Eglise et des activités croissantes des syndicats. Simultanément, le Kamagasaki Community Regeneration Forum (le premier groupe populaire pour le développement communautaire dans la région) a été établi. Ce groupe a commencé par créer et tisser des liens communautaires et encourager les nouveaux projets d'affaires. Il a œuvré pour la reconstruction du quartier de Kamagasaki, autrefois considéré comme une communauté socialement exclue, et ce, par « la redécouverte des actifs locaux et des ressources (humaines), par le renforcement des actifs et des ressources en les reliant ensemble et par le développement de la capacité de vivre ».

Le Forum a franchi un certain nombre d'étapes. Depuis qu'il a tenu son premier débat politique et les élections à kamagasaki en 2003, le quartier a été le seul à enregistrer une augmentation dans la participation électorale à Nishara et Osaka en tant qu'entité dans les élections générales de cette année-là. Les politiciens ont commencé à faire campagne en cherchant le support de ce quartier. Les inscriptions augmentées ont partiellement été le résultat d'initiatives privées cherchant à augmenter la fourniture de logements permanents pour les travailleurs qui habitaient dans des loges. En 2000, le Forum a créé l'opportunité pour les ouvriers sans qualifications/sans-abri d'obtenir une aide publique à la subsistance, après que certains propriétaires d'hôtels bon marché les ont convertis en 'logements de soutien' (petits studios ajustés aux personnes ayant des besoins spéciaux et dispensant des services de soutien pour aider les résidents à rester autonomes). Cette possibilité a permis aux travailleurs journaliers et aux personnes sans abri de solliciter l'assistance publique. La loi nationale relative aux sans-abri, érigée il y a 10 ans, qui explicite le rôle des autorités de la ville et de l'Etat concernant ce problème devrait également porter les choses de l'avant. Source: KNUS, 2007

ENCADRE 14.11: PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU BANGLADESH

Les initiatives du gouvernement ont cherché à promouvoir la participation communautaire à la prestation de services fondamentaux. A titre d'exemple, le Health and Population Sector Programme (Programme du secteur de la population et de la santé) s'étalant sur 5 ans (1998-2003) a inclus un composant pour motiver les utilisateurs des services à surveiller la performance des fournisseurs publics sur le plan local. Une sélection d'organisations non gouvernementales a formé des comités locaux de parties prenantes et fourni aux utilisateurs des services une formation/un développement de capacités dans la participation et les délibérations. Femmes, hommes, élite et personnes sans terre ont été recrutés de manière transparente afin de prendre part aux comités. Il a été noté : une participation forte, variée et diversifiée au niveau des membres ; une meilleure prise de conscience à propos des équipements sanitaires collectifs ; une demande communautaire en matière de santé publique ; et les médecins ont été forcés d'assurer une présence durant les heures de travail et de ne pas percevoir

des frais illégaux. Cependant, la sensibilisation de la communauté concernant les comités et les possibilités qu'ils offrent pour assurer une rétroaction pour le système de soins de santé a été faible. Les comités ont manqué d'autorité et de capacité politique pour prendre des décisions. Avec la mise en œuvre du nouveau programme sur le secteur de la santé en 2003, qui n'a pas maintenu ces comités de parties prenantes, la plupart de ces derniers se sont dissous. Le plan des 5 ans pour 1998-2003 a également été essayé avec l'appropriation de la communauté des équipements sanitaires. La communauté devait donner le terrain et les frais de construction devaient être partagés entre la communauté locale et le gouvernement central. Mais la candidature des groupes communautaires a été biaisée en faveur de l'élite locale et des proches du président. Le leadership a été faible et l'absence de structures définies, les relations inéquitables entre riches et pauvres, hommes et femmes ont resurgi et l'on a accordé peu de valeur à ceux qui ont un statut faible. Source: SEKN, 2007

Mouvements sociaux

Pour effectuer des changements au niveau du pouvoir, il faut laisser de la place au défi et à la contestation des mouvements sociaux. Quoique les mouvements sociaux et les organisations communautaires tendent à se mobiliser autour de questions concrètes relatives à la vie de tous les jours, leurs actions sont clairement enracinées dans des structures et des processus qui vont au-delà du domaine local. Ces mouvements prennent l'une des trois formes suivantes : les sociétés politiques (par ex. partis politiques, groupes de pression) qui veulent exercer une influence sur la scène politique ; les sociétés civiles telles que les syndicats, les organisations des paysans et les mouvements religieux ; et les sociétés civiles politiques qui combinent ou lient les activités des sociétés politiques et civiles (par ex. mouvements ouvriers, mouvement féministe, mouvement anti-apartheid).

Le Mouvement populaire pour la santé (<http://phmovement.org/>) est un grand réseau de société civile mondiale formé d'activistes de la santé qui soutiennent la politique de l'OMS 'Santé pour tous'. Il vise à lutter contre les causes d'ordre économique et politique à l'origine du fossé des disparités en santé partout dans le monde et appelle au retour aux principes de Alma Ata. En appuyant le Mouvement populaire pour la santé et d'autres organisations similaires de la société civile telles que le mouvement mondial contre la pauvreté et le mouvement ouvrier, on garantit que l'action sur les déterminants sociaux de la santé sera développée, exécutée et évaluée.

Une société soucieuse d'une répartition plus équitable de la santé est une société qui conteste l'inégalité des rapports de force dans la participation, tout en garantissant que toutes les voix soient entendues et respectées lors de la prise des décisions qui contribuent à l'équité en santé. Pour plus de participation il faut des politiques sociales, des lois, des institutions et des programmes qui protègent les droits de l'homme. La participation d'individus et de groupes est nécessaire pour exposer réellement leurs besoins et intérêts dans l'élaboration des politiques. Une société civile active et des mouvements sociaux sont également nécessaires. Il est clair que l'action menée par la communauté et la société civile contre les inégalités en santé est indissociable du devoir qui incombe à l'Etat de garantir un ensemble complet de droits et une répartition équitable de biens matériels et sociaux essentiels entre les différents groupes de population (Solar & Irwin, 2007). Les approches descendantes et ascendantes sont aussi essentielles les unes que les autres.

ENCADRE 14.12: AGIR SUR LES DROITS ET LE COMMERCE : CAS DES MEDICAMENTS ANTI SIDA

« Le droit humain à la santé requiert la fourniture de médicaments essentiels en tant qu'obligation fondamentale qui ne peut être troquée contre des intérêts de biens propres ou une croissance économique domestique. Ce droit peut fournir un moyen pour effectuer une formulation, une mise en œuvre et une interprétation de règles commerciales orientées davantage vers la santé publique, et ce tant à travers les tribunaux nationaux et les gouvernements que l'OMS. Le pouvoir grandissant de ce droit se reflète de manière similaire dans la jurisprudence émergente où les médicaments ont été réclamés avec succès dans le cadre de la protection des droits de l'homme ».

Il y a une dizaine d'années, le prix élevé des médicaments contre le SIDA a poussé l'OMS et ONUSIDA à déclarer que le traitement ne constituait pas une utilisation sage des ressources dans les pays pauvres. La prévention du VIH/SIDA a été préférée au traitement. Il n'y avait pas de financement international pour les pays en voie de développement afin qu'ils achètent les médicaments, et les compagnies ont donné des concessions de prix très limitées. Il en a résulté un combat dramatique pour obtenir des médicaments contre le SIDA qui a atteint son plus haut degré en 2001 dans le cas de l'Association de l'industrie du médicament en Afrique du Sud. Entre 1997 et 2001, les Etats-Unis et 40 compagnies pharmaceutiques ont exercé des pressions et des litiges commerciaux pour empêcher le gouvernement d'Afrique du Sud d'adopter une loi permettant l'accès à des médicaments d'un coût abordable. La branche industrielle a déclaré que la loi (et parallèlement l'importation qu'elle autorisait) contrevenait aux ADPIC et à

la Constitution de l'Afrique du Sud et menaçait la motivation industrielle à créer de nouveaux médicaments. Les compagnies pharmaceutiques se sont pourvues en justice en Afrique du Sud. Un niveau exceptionnel d'action publique a accompagné le cas, attirant une censure mondiale contre les sociétés commerciales. En avril 2001, les compagnies pharmaceutiques se sont retirées de l'affaire.

Une cascade de normes a suivi, avec une recrudescence rapide à l'ONU des déclarations internationales sur le traitement en tant que droit humain et de l'articulation des obligations de l'Etat sur la thérapie antirétrovirale. Durant la même année, l'OMS a formulé sa déclaration sur les APDIC et la santé publique. Ces engagements de pure forme ont été atteints grâce à des changements politiques et de prix. Les prix des thérapies antirétrovirales sont tombés dans de nombreux pays à revenu faible de 15 000 \$US à 148-549 \$US par an. De nouveaux dispositifs de financement mondial ont été créés, tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des Etats-Unis (PEPFAR) et le programme VIH/SIDA multi-pays de la Banque mondiale pour la région Afrique. En 2002, l'OMS a adopté le but activiste de placer 3 millions de personnes en thérapie antirétrovirale et vers la fin de 2005, a visé l'accès universel au traitement avant 2010, un but également adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies et par le G8. En 5 ans, l'accès à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne a augmenté de moins de 1 % aux taux actuels de 28 %.

Source: Forman, 2007

CHAPITRE 15

Bonne gouvernance mondiale

“Nous sommes réellement témoins et nous vivons dans une nouvelle ère très importante de l’histoire du monde.”

Kemal Dervis (2005)

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE ET ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les énormes différences actuelles dans l’état de santé et l’espérance de vie entre les peuples du monde reflètent un déséquilibre profond, de longue durée et grandissant au niveau du pouvoir et de la prospérité des nations. En 2000, le membre moyen du décile supérieur riche du monde possédait à peu près 3000 fois la richesse moyenne du décile inférieur (Davies et al., 2006). Entre les nations les plus pauvres et celles les plus riches, la différence en espérance de vie à la naissance dépasse les 40 ans – quatre décennies de vie niées. Les coûts des technologies de l’information et de la communication (aspects essentiels de la croissance économique) sont 170 fois plus élevés dans certains pays à revenu faible par rapport à d’autres à revenu élevé. Si les risques associés à la mondialisation – liés à la santé, au commerce et aux finances, ou à la sécurité humaine – sont de plus en plus transnationaux et vécus disproportionnellement dans les pays à revenu faible et moyen, les bienfaits de la mondialisation demeurent répartis de façon extrêmement inégale, en faveur des régions à revenu élevé. Il est impératif que la communauté internationale s’engage à mettre en place un système multilatéral auquel tous les pays, qu’ils soient riches ou pauvres, participent de façon équitable. Ce n’est que grâce à un tel système de gouvernance mondiale, qui place l’équité en santé au cœur du développement et qui permette à tous d’influencer les décisions sur un pied d’égalité qu’on peut œuvrer en faveur de l’équité en santé dans le monde et reconnaître les droits des personnes à bénéficier de conditions favorables pour leur santé.

Possibilités et menaces

La mondialisation a apporté de nouvelles possibilités pour réaliser l’équité en santé. Mais elle s’est également chargée de menaces et de risques. « Les marchés mondiaux se sont accrus rapidement sans qu’il y ait en parallèle un développement des institutions économiques et sociales, pourtant nécessaire pour leur bon fonctionnement, de façon équitable. En même temps, on craint l’injustice dans les règles mondiales principales ... et leurs effets asymétriques tant sur les pays riches que sur les pays pauvres » (World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004). L’image actuelle de la mondialisation comprend des ‘gagnants’ et des ‘perdants’ parmi les pays du monde. Si l’on veut réduire les risques d’inégalités dans la mondialisation et gérer le potentiel de la mondialisation en vue d’une santé meilleure et plus juste, il est nécessaire de créer dès à présent de nouvelles formes de gouvernance mondiale. La mondialisation offre des occasions sans précédent pour la réalisation de l’équité en santé par le moyen d’une gouvernance efficace. Cependant, ce qu’elle offre comme possibilité peut constituer une menace, si elle n’est pas gérée convenablement (Encadré 15.1).

Les aspects de la mondialisation tels que la libéralisation des échanges et l’intégration du marché entre les pays ont apporté des changements significatifs dans les politiques nationales de production et de distribution. ‘L’ajustement structurel’, qui a exercé une influence importante sur les programmes et les politiques sur le plan mondial à partir des années 1970, a servi de cadre à l’émergence d’une orthodoxie dominante (quelquefois appelée ‘néolibérale’) dans les institutions mondiales. Les politiques d’ajustement, conçues pour réduire l’inflation dans les pays en voie de développement endettés, diminuer les dépenses publiques et promouvoir la croissance – le tout fortement orienté vers un plan de remboursement de la dette – ont opté

ENCADRE 15.1: MONDIALISATION - REPERCUSSIONS POLITIQUES QUI MENACENT L’ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les répercussions politiques qui menacent l’équité en santé englobent :

les progrès technologiques, aboutissant à une diminution rapide des coûts des transports, des communications et du traitement des informations, qui, à côté des changements institutionnels comme la libéralisation des échanges, facilitent la réorganisation mondiale de l’activité productive par des moyens qui accentuent les inégalités ;

une augmentation de la valeur de l’investissement étranger direct relatif au commerce, reflétant l’interchangeabilité croissante de l’investissement direct et du commerce dans la production et la fourniture des biens et des services ;

un accroissement de l’importance de la production ‘extraterritoriale’ ou ‘externalisée’, souvent assumée

par des entrepreneurs indépendants plutôt que par les succursales ou filiales d’une entreprise parente, ce qui implique fréquemment de mauvaises conditions de travail ;

une forte augmentation des flux d’investissements de portefeuilles fortement mobiles (‘capitaux flottants’), élevant ainsi le risque de crises de change ;

une concurrence accrue autour de l’investissement et un glissement du rapport de forces des autorités locales vers les décideurs sur les marchés financiers internationaux, créant de cette manière une influence politique qui nuit à l’équité en santé.

Source: GKN, 2007

pour la libéralisation des échanges, la privatisation et pour un rôle réduit du secteur public. Ceci a eu une incidence nuisible sur les déterminants sociaux de la santé, y compris les soins de santé et l'éducation, dans la plupart des pays participants. De nombreux pays ont sans doute profité de la réduction de l'inflation galopante et de l'amélioration de la gestion des finances publiques. Pourtant, il n'est pas sûr que le niveau sévère et la camisole de force imposés par l'ajustement structurel ont produit les bienfaits espérés, moins encore que les coûts sanitaires et sociaux ont été garantis (Jolly, 1991).

Une pauvreté persistante

Alors que le débat sur le rapport entre la libéralisation des échanges et la croissance pourrait continuer, il est clair que l'augmentation du commerce selon des modalités améliorées est désirable – en supposant qu'elle entre dans le cadre des impératifs écologiques de l'utilisation soutenue des ressources. Cependant, les relations entre la mondialisation, la croissance et la réduction de la pauvreté sont profondément problématiques. Le nombre total de personnes vivant avec 1 \$US ou moins par jour a chuté de 414 millions entre 1981 et 2003. Mais cela provient surtout de la forte réduction de pauvreté en Chine (Chen & Ravallion, 2004). La vague montante de la mondialisation n'a pas soulevé tous les bateaux ou ne les a pas entraînés très loin. Elle n'a pas non plus suivi le rythme de la croissance démographique. Durant cette même période, en Afrique subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec 1 \$US ou moins par jour a doublé et le nombre de celles qui vivent avec 2 \$US/jour a presque doublé.

Les inégalités en santé dans le monde

La croissance en termes de richesses et de connaissances n'a pas non plus été traduite par une augmentation de l'équité en santé sur le plan mondial. Au lieu qu'il y ait une convergence, les pays pauvres rejoignant l'OCDE, il y a eu, au contraire, un écart dans l'espérance de vie, qui a varié d'un pays ou d'une région à l'autre, certains enregistrant une amélioration, d'autres une stagnation et d'autres encore une dégradation (Fig. 15.1).

Si l'espérance de vie à la naissance persiste à converger et à se stabiliser dans les pays à revenu élevé, et à converger rapidement

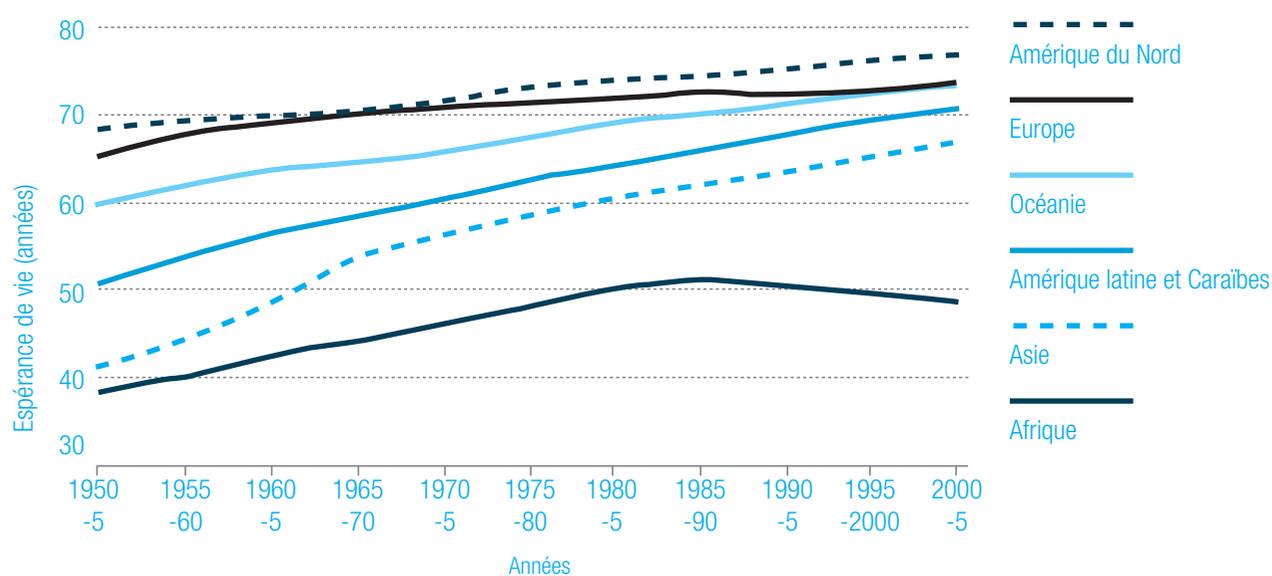
dans les pays à revenu moyen vers les niveaux des pays à revenu élevé, l'espérance de vie à la naissance dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et dans les pays en transition économique, en 2006, a été plus basse qu'en 1990. Ceci est dû en grande partie aux revirements considérables dans les économies en transition des anciennes républiques soviétiques et à la pandémie du VIH/SIDA (bien que récemment, depuis 2005, la mortalité due au VIH/SIDA ait diminué en Afrique subsaharienne).

Cependant, l'analyse de régression entreprise par le GKN laisse entendre que d'autres facteurs, tels que ceux qui dépendent des politiques économiques dominantes orientées vers le marché, ont contribué à provoquer l'écart entre les résultats régionaux en matière d'espérance de vie. Si les pays de l'OCDE ont connu une augmentation nette d'environ 3 ans en espérance de vie à la naissance, l'Afrique subsaharienne a vu de son côté diminuer son taux d'environ 6 ans.

Outre qu'augmenter les inégalités en santé entre les pays, la récente phase de mondialisation a aussi exacerbé l'inéquité en santé au sein des pays. La libéralisation des échanges et l'intégration au marché, qui ont contribué à l'émergence d'un marché du travail mondial, ont augmenté l'exigence de flexibilité du travail, avec pour résultat une augmentation de l'insécurité de l'emploi (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). L'offre d'emploi croissante, tout en fournissant de nouvelles possibilités de participation des femmes à la vie active, a également maintenu les disparités entre les sexes dans les conditions d'emploi, contribuant en même temps à une double charge de travail pour les femmes qui demeurent responsables de la famille et du ménage (cf. Chapitre 13 : *Équité entre les sexes*). Les gains en revenus par le biais des marchés étendus et la productivité croissante n'ont pas circulé de façon équitable entre les sociétés. La Banque Mondiale reconnaît que « les changements au niveau du marché du travail vont mener à une inégalité économique augmentée dans les pays, représentant 86 % de la population mondiale en voie de développement sur une période s'étendant jusqu'en 2030, les 'pauvres sans qualifications' étant laissés pour compte » (World Bank, 2007).

Les effets de la mondialisation sur l'inéquité en santé au sein des

Figure 15.1 Espérance de vie à la naissance (en années) par région, 1950-2005.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Dorling et al. (2006).

pays peuvent aussi être détectés dans les accords commerciaux qui restreignent l'utilisation des tarifs de douane, réduisant les revenus du trésor public dans les pays pauvres avec de faibles capacités d'impôts directs, et diminuant par conséquent les dépenses du secteur public sur les déterminants sociaux principaux, tels que la santé et l'éducation (cf. Chapitre 11: *Financement équitable*). La libéralisation des échanges a été associée à la commercialisation grandissante des soins de santé – accentuant les inégalités au niveau de l'accès aux soins et aux avantages sociaux chez les groupes les plus défavorisés – et au coût montant des médicaments d'importance vitale au titre des droits de propriété intellectuelle (cf. Chapitre 12 : *Rôle du marché*) (GKN, 2007).

Nouvelle nécessité de gouvernance mondiale

A côté de la libéralisation des échanges, des modèles de croissance économique et de la divergence dans les conditions de santé, la mondialisation a vu naître d'autres risques aigus pour l'équité en santé. La croissance massive de capitaux en

mouvement constant a accentué la volatilité des marchés financiers internationaux et mené à une tendance de plus en plus fréquente aux crises financières (Encadré 15.2). La pauvreté persistante et l'inégalité économique croissante, souvent associées à l'exploitation transnationale des ressources naturelles des pays, contribuent à augmenter les niveaux du conflit international, avec un impact de plus en plus fort sur les populations civiles (Encadré 15.3). Conflit, pauvreté et motivation économique ont tous contribué à l'augmentation significative du nombre total des personnes qui migrent à l'intérieur des pays ou au-delà des frontières (Encadré 15.4).

La nature des flux financiers contemporains, leurs bénéfices potentiels et leurs dangers évidents établissent le bien-fondé du renforcement de la gouvernance financière mondiale. Les conséquences de la gouvernance mondiale sur les conflits peuvent être renforcées de plusieurs manières : en rendant la répartition des profits de la production et du commerce nationaux et transnationaux plus équitable, notamment en ce qui concerne les ressources naturelles ; en créant des mesures

ENCADRE 15.2: FINANCEMENT MONDIAL

Dans le cadre de la mondialisation contemporaine, des volumes croissants de capital 'hypermobile' circulent vers l'intérieur des pays comme vers l'extérieur, un taux incontrôlable par les gouvernements et les trésors. A côté de cette augmentation du mouvement transnational des capitaux, le niveau mondial des crises financières s'est

élevé comme au Mexique en 1994, en Asie en 1997, en Fédération de Russie en 1998 et en Argentine en 2001. De telles crises se répercutent sur les déterminants principaux de la santé, notamment pour ce qui est de la capacité des gouvernements à investir dans le secteur public et de la stabilité des marchés du travail.

ENCADRE 15.3: CONFLIT MONDIAL

Associé à la pauvreté dans le monde et à l'inégalité économique, et les renforçant, le conflit demeure partout un fléau et l'indicateur d'échec au niveau de la gouvernance mondiale et nationale. L'année 1990 a connu 502 000 décès de guerre dans le monde, les conflits étant devenus mondialement la troisième cause principale de mort violente. Depuis le début des années 1990, les conflits ont directement tué 3,6 millions de personnes et déplacé 50 millions. Le conflit contemporain est souvent un phénomène de pauvreté dans le monde en voie de développement. Plus précisément, c'est une tragédie

qui atteint l'Afrique subsaharienne. Parmi les 49 conflits ayant eu lieu sur la planète depuis 1990, 90 % ont éclaté dans cette région. Les causes principales des conflits, en particulier des conflits intranationaux civils croissants, se rapportent, en plus du revenu national faible et de la pauvreté, à des questions de justice, de répartition quant à l'accès aux ressources, d'identité ethnique et d'exclusion sociale.

ENCADRE 15.4: MIGRATION MONDIALE

A cause des guerres qui ont éclaté, les gens se sont déplacés, à l'intérieur des pays et entre eux. Depuis les années 1970, le nombre de réfugiés externes et internes a constamment augmenté. Selon le World Refugee Survey (Enquête sur les réfugiés dans le monde) (1996), il y avait, en 1995, 5,2 millions de réfugiés dans toute l'Afrique subsaharienne, le groupe le plus grand étant celui de la république démocratique du Congo (précédemment appelée Zaïre) (1,3 million), suivi de la République-Unie de Tanzanie (0,7 million) et de la Guinée (0,6 million). Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur des pays était encore plus grand et estimé à plus de 8 millions de personnes en Afrique seulement. L'émigration, à la fois

forcée et volontaire, est un autre champ critique dans lequel l'action humaine et le bien-être dépendent d'un niveau de gouvernance supérieur au niveau national. En plus des déplacements forcés et de leurs effets énormes sur l'homme et sur sa santé, la mondialisation a également vu s'accroître l'émigration de l'emploi à partir des pays pauvres. D'une importance particulière dans ce cas, on cite le grand mouvement des travailleurs de la santé (médecins, infirmières et le reste du personnel qualifié de la santé) à l'extérieur des pays à revenu faible, avec des répercussions considérables sur la capacité des soins de santé au sein de ces pays qui connaissent une véritable fuite des cerveaux.

de sécurité internationale, y compris le contrôle du commerce mondial des armes ; et en renforçant le financement et l'action cohérents et au moment opportun pour une intervention humanitaire dans des Etats fragiles et déchirés par les conflits (Collier, 2006). Les répercussions de la gouvernance mondiale sur la migration des populations peuvent être accentuées par : des dispositifs politiques et financiers plus efficaces en faveur des réfugiés et des populations déplacées ; une coopération mondiale plus importante concernant l'établissement de 'droits transférables' dus à tous les migrants transfrontaliers, respectés par tous les pays d'accueil ; et des accords de réciprocité à l'égard des travailleurs de la santé entre les pays qui perdent des capacités et ceux qui en gagnent.

La mondialisation offre des possibilités réelles et tangibles pour une meilleure équité en santé. Cependant, même si la 'forte gouvernance' a développé sur le plan mondial des actions, des accords et des contrôles concernant les rapports économiques, commerciaux, financiers et d'investissement, la gouvernance mondiale relative à l'équité en santé et sociale reste 'faible'. La Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, 2004, et le Processus de Helsinki sur la mondialisation et la démocratie représentent deux initiatives multilatérales récentes pour préconiser une nouvelle forme de mondialisation qui reconnaît les obligations sociales et comprend de nouvelles institutions pour la gouvernance mondiale. Renforcer au niveau mondial la gestion de l'activité économique intégrée et du développement social offre pour les nations une voie plus cohérente afin d'assurer une répartition plus juste des bienfaits indubitables de la mondialisation et une protection plus équitable contre ses dangers potentiels.

C'est l'heure du changement

Le système multilatéral est complexe et il influe sur la santé mondiale de différentes façons : de l'Assemblée générale où les Etats Membres se réunissent (au moins en principe) en tant qu'entités égales, jusqu'au Conseil de sécurité avec les cinq sièges permanents de l'OCDE ; du Conseil économique et social mandaté pour coordonner l'action intergouvernementale et le travail des organismes spécialisés de l'ONU, tels que l'OMS, soutenu par l'Assemblée mondiale de la Santé, jusqu'aux établissements financiers internationaux (la Banque Mondiale et le FMI) et l'OMC, où les politiques économiques se sont heurtées aux impératifs du développement social ; des organismes régionaux ayant une grande puissance comme l'UE, jusqu'à ceux qui font leur possible pour arriver à une voix mondiale appropriée : le système multilatéral est le lieu le plus puissant où les pays, représentant les populations, peuvent s'engager pour atteindre ce qui est mondialement efficace et équitable.

Pourtant, l'infrastructure multilatérale des Nations Unies (créée dans la période qui a immédiatement suivi la deuxième guerre

mondiale), des organismes de l'ONU et des établissements financiers internationaux les plus importants, a désormais 60 ans. La nature des systèmes mondiaux et les exigences de la bonne gouvernance mondiale ont considérablement changé. Il y a à la fois une nécessité et une possibilité de repenser les mandats et l'organisation du système mondial (GKN, 2007) – reflétant notamment le processus de réforme en cours de l'ONU. Si la Commission reconnaît les limites de son mandat et de ses compétences, elle ne manque pas de noter la prédominance d'un fonctionnement démocratique faible et d'une influence non équilibrée. Presque toute réforme valable qui cherche à améliorer la gouvernance et le fonctionnement démocratique du système multilatéral dans son ensemble dépend significativement de la réforme du Conseil de sécurité (Encadré 15.5).

Une des approches de la réforme du Conseil de sécurité – notant la paralysie de la réforme par les intérêts nationaux individuellement établis de ceux qui sont ou ne sont pas membres – est l'option de renforcer la représentation régionale. Chaque région pourrait avoir son propre secrétariat à New York. Ceci pourrait consolider le soutien de ses membres élus et promouvoir des politiques régionales communes sans qu'il soit nécessaire de réviser la Charte. Ainsi les nations, qu'elles soient petites ou grandes, pourront élargir leurs possibilités de participer au Conseil de sécurité avec une position forte (Paul & Nahory, 2005).

Peu d'institutions mondiales ont eu autant d'influence sur l'élaboration de politiques et de programmes, internationalement et nationalement, que les établissements financiers internationaux (la Banque Mondiale et le FMI). Au cours des trente dernières années, ces deux institutions ont acquis une voix puissante dans le domaine de la gouvernance mondiale, non seulement dans leurs rapports de financement direct avec les pays, mais aussi indirectement, à travers leur influence sur le paradigme dominant de l'élaboration politique et de la pratique. Alors que leurs influence et expertise sont hors de doute, leurs processus institutionnels et qualifications démocratiques – pour permettre les différentes perspectives des priorités de développement des pays, y compris la priorité de l'équité en santé – sont, pour le moins qu'on puisse dire, discutables (Encadré 15.6).

ENCADRE 15.5: REFORME DU CONSEIL DE SECURITE

Le Conseil de sécurité reflète la structure du pouvoir mondial de 1945, lorsque la plupart des nations d'aujourd'hui étaient sous le régime colonial. En 1965, sous la pression du nombre croissant des membres, l'ONU a ajouté au Conseil de sécurité quatre nouveaux membres élus, portant le nombre total à 15. Mais les cinq alliés principaux de la deuxième guerre mondiale se sont agrippés à leur statut privilégié. Ils demeurent 'permanents' et ont le droit d'opposer leur veto à toute décision du Conseil de sécurité. Cet arrangement rend

ce dernier à la fois non démocratique et inefficace. Les cinq membres exerçant le droit de veto empêchent bon nombre de questions d'intégrer l'ordre du jour du Conseil de sécurité et souvent excluent de manière égoïste des initiatives nécessaires et approuvées largement. Malgré les dix membres élus, le Conseil de sécurité n'est ni équilibré du point de vue géographique ni sérieusement représentatif.

Source: <http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm>

La mondialisation indique l'interdépendance des nations et des peuples, et le bienfait proportionnel, pour ne pas dire la nécessité, de collaboration dans les domaines d'intérêt commun. Un concept de biens publics mondiaux a émergé (la gestion partagée des conditions et des ressources essentielles pour tous) et il réside en dehors de la capacité de contrôle des pays individuels. Ce concept a englobé jusqu'à présent des questions telles que la surveillance du changement climatique et de l'environnement, la paix et la sécurité, le contrôle des maladies et la connaissance. Au delà de celles-ci et on pourrait dire les soutenant toutes, se trouve le concept de la justice sociale, de l'équité et donc de l'équité en santé, non seulement au sein des pays mais aussi entre eux.

ACTIONS EN FAVEUR D'UNE BONNE GOUVERNANCE MONDIALE

La Commission recommande que :

15.1 D'ici 2010, le Conseil économique et social, avec le concours de l'OMS, prépare en vue de la soumettre à l'étude de l'ONU, l'adoption de l'équité en santé en tant qu'objectif fondamental du développement mondial et utilise des indicateurs appropriés pour mesurer les progrès accomplis, à la fois au sein des pays et entre eux (cf. Rec. 10.1 ; 10.3 ; 16.3).

L'équité en santé – un objectif mondial

La réduction des inégalités en santé entre les pays et en leur sein requiert une cohérence politique au niveau mondial, comme elle la requiert au niveau national (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*). En adoptant l'équité en santé entre les pays et en leur sein comme mesure principale du développement, le Conseil économique et social peut utiliser sa fonction coordinatrice afin d'améliorer la cohérence des actions sur les déterminants sociaux de la santé dans les différents organismes de l'ONU (Encadré 15.7).

Cohérence multilatérale

La 61^{ème} session de l'Assemblée générale de l'ONU intitulée «Renforcement du Conseil économique et social» (14 novembre 2006), a été une occasion pour le Conseil économique et social d'être à la tête de l'action cohérente en faveur du développement et de l'équité en santé sur le plan mondial. Premièrement, le Conseil peut orienter sa Commission permanente pour le développement social vers l'adoption de l'équité en santé comme thème pour l'examen biennal de 2009-2010 et cibler l'établissement d'un cadre multilatéral pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Deuxièmement, il peut rendre compte du progrès réalisé en équité en santé au processus de l'Examen ministériel annuel. Troisièmement, bien qu'il semble tabler à première vue sur l'amélioration de la réponse

ENCADRE 15.6: IL EST TEMPS DE REPENSER L'INFLUENCE ECONOMIQUE MONDIALE

La représentation au niveau des prises de décision dans les conseils d'administration du FMI et de la Banque Mondiale s'inspire de la contribution économique (et donc dans une large mesure, de l'état de richesse) des Etats Membres. Les pays développés, représentant 20 % des membres du FMI et 15 % de la population mondiale, détiennent la majorité des voix dans les deux institutions. Les pays en voie de développement, en revanche, sont sous-représentés. Le système de vote pondéré donne aux Etats-Unis à eux seuls et à n'importe quels autres quatre membres du G7 agissant ensemble sans les Etats-Unis, la possibilité de bloquer des décisions politiques dans les

18 domaines nécessitant une majorité qualifiée de 85 % des voix. Les présidents de la Banque Mondiale et du FMI sont en réalité nommés respectivement par les Etats-Unis et l'UE, et les discussions ainsi que les processus de prise de décisions dans les conseils d'administration restent secrets. Malgré les efforts entrepris pour engager un plus grand nombre de parties prenantes, améliorer les services d'information du public et fournir des rapports complets sur les activités, la transparence des processus de prise de décisions clés demeure inadéquate.

Source: GKN, 2007

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE : CHAMP D'ACTION 15.1

Faire de l'équité en santé un objectif de développement mondial et adopter un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé pour renforcer l'action multilatérale en faveur du développement.

ENCADRE 15.7: LE CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Le Conseil économique et social est le principal organe qui coordonne le travail économique, social et ceux qui y sont liés des 14 organismes spécialisés de l'ONU, des commissions fonctionnelles et des cinq commissions régionales. Il reçoit également des rapports de 11 fonds et programmes de l'ONU. Le Conseil fait fonction de forum central pour discuter des questions économiques et sociales internationales et pour émettre des recommandations politiques adressées aux Etats Membres et au système des Nations Unies. Son rôle

consiste à : promouvoir un meilleur niveau de vie, le plein emploi et le progrès économique et social ; identifier les solutions aux problèmes économiques, sociaux et de santé au niveau international ; faciliter la coopération culturelle et éducative à l'échelle internationale; et encourager le respect universel des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Source: ECOSOC, nd

multilatérale aux crises humanitaires, le Forum de coopération pour le développement, qui doit se réunir tous les deux ans depuis 2008, peut être très utile pour mettre en valeur les domaines clés émergents relatifs à la question de santé dans le monde, y compris les problèmes d'équité en santé.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

Les OMD représentent une déclaration profonde de la volonté concertée de la communauté internationale d'agir d'une manière décisive. Ils constituent une plate-forme solide sur laquelle la Commission élabore son programme. Ils reflètent un consensus grandissant sur le besoin d'acteurs mondiaux qui œuvrent ensemble en faveur d'un développement social et économique cohérent. Malheureusement, les OMD reflètent également un manque d'attention aux inégalités en santé au sein des pays. Il est clair que l'occasion se présente ici, à la fois pour le rôle de chef de file de l'OMS et la collaboration cohérente en faveur de l'équité à travers le système multilatéral, de revoir les OMD et de considérer l'équité en tant qu'indicateur principal de réalisation de ces objectifs (Encadré 15.8).

Les organismes multilatéraux jouent déjà un rôle essentiel dans l'élaboration de normes mondiales pour les politiques et les actions, à travers une panoplie de déterminants sociaux de la santé, par le biais d'accords mondiaux, internationaux et régionaux et des dispositifs de gouvernance, y compris la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous et le Programme de travail décent de l'OIT, les programmes de réduction de la pauvreté du PNUD, le Contrat de cohésion sociale de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'initiative de l'OPS pour lutter

contre l'exclusion en santé, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies et les rapports annuels conjoints de l'UE sur la protection sociale et l'inclusion sociale (SEKN, 2007). Mais il y a encore de grandes occasions à saisir de la planification de politiques et de programmes plus étroits entre les organismes multilatéraux pertinents, tout en renforçant leur propre gouvernance collective.

La Commission appelle les organismes mondiaux pertinents à faire un pas de plus. L'amélioration de la gouvernance mondiale en faveur de l'équité en santé relève d'un travail plus cohérent entre les organismes multilatéraux en vue d'un ensemble commun d'objectifs généraux, avec à la base une vision commune des problèmes à résoudre et d'indicateurs partagés selon lesquels mesurer les effets de leurs actions. C'est pourquoi les organismes bénéficieraient d'un partage plus systématique des ensembles de données (englobant les ensembles de données déjà utilisés et ajoutant les mesures de l'équité en santé) (cf. Chapitre 16: *Déterminants de la santé : observation, recherche et formation*).

La Commission propose que la communauté multilatérale revise les cadres de développement mondial existants pour y incorporer les indicateurs de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, de manière plus cohérente. Un tel cadre révisé exigerait une crédibilité mondiale ainsi que l'engagement des Etats membres, de la même manière dont l'indice du développement humain et le bilan commun de pays ont réalisé ou réalisent la reconnaissance et l'utilisation communes. Le cadre proposé par la Commission comprendrait des indicateurs du progrès accompli au niveau des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé.

ENCADRE 15.8: L'EQUITE EN SANTE AU COEUR DE LA GOUVERNANCE MONDIALE DE LA SANTE – LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Les OMD sont un ensemble de huit objectifs visant la réduction de la pauvreté, définis par l'ONU au Sommet du millénaire en 2000. Tous les OMD se rapportent à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Le consensus mondial représenté par les OMD constitue un nouveau point de départ pour la communauté de développement. Le Projet du millénaire des Nations Unies ainsi qu'un tas d'autres décideurs, d'activistes, d'organisations d'aide bilatérale et de communautés déploient déjà beaucoup d'efforts pour atteindre les

OMD. Pourtant cet effort mondial pourrait toujours bénéficier d'un engagement systématique à l'égard de l'équité, au niveau national. Des objectifs bien définis, soucieux de l'équité – liés à des sources de données pertinentes – sont nécessaire pour garantir que les groupes défavorisés, marginalisés et vulnérables disposent de possibilités pour une meilleure santé et un meilleur accès aux services de santé.

Source : Wirth et al., 2006

BOX 15.9: EXCLUSION SOCIALE – METHODE OUVERTE DE COORDINATION DE L'UNION EUROPEENNE

Au Conseil européen de Lisbonne tenu en l'an 2000, les chefs d'Etat ont élaboré une stratégie pour combattre l'exclusion sociale au sein de l'UE et avoir une répercussion sur l'éradication de la pauvreté avant l'an 2010. Cette stratégie a mis l'accent sur le besoin d'améliorer la compréhension de l'exclusion sociale et d'organiser une coopération politique entre les Etats Membres selon une 'Méthode ouverte de coordination'. Tous les Etats Membres se sont fixé des objectifs communs pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et susciter des plans d'action

nationale biannuels en faveur de l'inclusion sociale, fournissant des données sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans leurs pays. Les indicateurs communs en matière d'exclusion sociale – les indicateurs de Laeken – devaient être utilisés. Les nouveaux Etats Membres ont accepté d'émettre des mémorandums conjoints obligatoires sur l'inclusion sociale qui donnent un aperçu général de la situation de leur pays et de leurs priorités politiques aux niveaux de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et ce, avant leur adhésion complète.

Source : SEKN, 2007

Conjointement élaboré et rigoureusement testé, ce cadre de développement social et d'équité en santé pourrait être appuyé par un observatoire mondial de la santé (OMS) et constituer le fondement pour la soumission de rapports mondiaux réguliers et périodiques au Conseil économique et social. Vous trouverez ce sujet plus détaillé dans le Chapitre 16 (*Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). Un cadre adaptable similaire pourrait être également utilisé par les pays participants afin d'élaborer leurs propres plans, indicateurs et rapports sur les déterminants sociaux de la santé, tout en renforçant les objectifs de santé et d'équité en santé et donc la cohérence des allocations d'aide, dans le Processus de stratégie de réduction de la pauvreté (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*).

Il s'agit d'un processus progressif. En approuvant les objectifs fondamentaux, l'équité en santé étant placée en leur centre, les organismes mondiaux peuvent bâtir sur des indicateurs partagés. L'exemple régional des indicateurs d'exclusion sociale approuvés progressivement, sous des dispositifs d'opt-in, parmi les États Membres de l'UE, fournit un modèle possible de comment les organismes peuvent viser l'équité en santé en tant qu'objectif fondamental de développement et en tant qu'indicateur partagé du progrès (Encadré 15.9).

La Commission recommande que :

15.2 D'ici 2010, le Conseil économique et social, avec le concours de l'OMS, prépare en vue de la soumettre à l'étude de l'ONU, la création de groupes de travail chargés d'étudier les déterminants sociaux de la santé par thème, initialement le développement du jeune enfant, l'équité entre les sexes, les conditions d'emploi et de travail, les systèmes de soins de santé et la gouvernance participative, y compris tous les organismes multilatéraux pertinents et les parties prenantes de la société civile, ces groupes devant soumettre des rapports régulièrement (cf. Rec. 5.1; 6.2 ; 9.1 ; 13.2).

En considérant les déterminants sociaux de la santé comme cibles pour l'action de collaboration, les organismes multilatéraux pertinents peuvent former des groupes de travail qui soumettent des rapports réguliers sur le progrès dans le domaine de leur déterminant spécifique, sous l'égide des indicateurs des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé (comme ci-dessus). Citons comme exemple de ce type de groupes de travail entre les organismes, le Comité permanent de la

ENCADRE 15.10: L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET ONU-HABITAT

ONU-HABITAT et l'OMS ont déterminé trois interventions importantes pour relancer une réponse de la part du secteur de la santé en faveur d'une urbanisation saine : un outil d'évaluation et d'intervention en santé urbaine appelé Urban HEART qui permet aux ministres de la Santé de suivre les zones d'urbanisation rapide et de surveiller les inégalités en santé ; un rapport mondial sur la santé urbaine ; et une réunion mondiale conjointe ONU-HABITAT et OMS portant sur l'urbanisation saine qui coïncide avec

le Colloque mondial des villes de ONU-HABITAT, prévu pour 2010. Il existe également des outils pour réduire les inégalités en santé en milieu urbain. Il s'agit du réseau de technologie sociale et du module de formation (Healthy Urbanization Learning Circle – cercle d'apprentissage en vue d'une urbanisation saine) conçus pour lier la santé publique et les initiatives communautaires au niveau municipal.

KNUS, 2007

ENCADRE 15.11: L'ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE ET L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

L'OPS et l'OIT élaborent conjointement une stratégie en vue de « l'extension de la protection sociale en santé ». L'initiative conjointe visant l'extension de la protection sociale en santé a été définie par l'OPS et l'OIT comme étant des « interventions publiques afin de garantir l'accès des citoyens à des soins de santé efficaces et diminuer l'impact économique et social négatif (i) de risques d'événements individuels, comme des maladies ou le chômage, ou (ii) d'événements collectifs, comme les désastres naturels et la surpopulation et/ou (iii) de risques spécifiques encourus par les groupes sociaux les plus vulnérables. » A la différence des politiques dirigées vers la gestion sociale du risque, l'OPS conçoit la protection

sociale en santé en tant que droit humain, non seulement en tant que risque économique. D'après l'OPS, le droit à la protection sociale en santé est composé de trois éléments : (i) l'accès garanti aux services de soins de santé en éliminant tous les obstacles économiques, sociaux, géographiques et culturels, (ii) la sécurité financière garantie des ménages et (iii) les soins de santé de qualité qui respectent la dignité humaine.

Source: SEKN, 2007

nutrition du système des Nations Unies (cf. Chapitres 5, 6 et 7 : *L'équité dès le départ, Un environnement salubre pour une population en bonne santé, Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les groupes de travail peuvent également s'appuyer sur des collaborations interinstitutionnelles existantes. L'OMS, par exemple, travaille avec un éventail d'organismes principaux de l'ONU (tels que UNICEF, ONU-HABITAT, OIT et la Banque Mondiale) (Encadrés 15.10 et 15.11).

De tels groupes de travail peuvent renforcer la cohérence des programmes et de leur exécution au niveau national en complétant les cadres au sein des pays pour mener une action unifiée (Encadré 15.12).

Champions de la gouvernance mondiale en matière de santé

Si la justice sociale, économique et politique constitue une préoccupation centrale de l'appareil grandissant de la gouvernance mondiale, l'équité en santé doit être le marqueur principal du succès d'une telle gouvernance. Établir l'équité en santé en tant que préoccupation partagée et indicateur clé de l'action de la communauté des acteurs multilatéraux requiert un leadership mondial – des champions qui continuent à attirer l'attention du monde sur la progression vers l'équité en santé.

Un envoyé spécial pour l'équité en santé

La désignation d'envoyés spéciaux peut être interprétée comme le point de bascule auquel un problème est entièrement reconnu comme mondial, urgent et remédiable. Un des objectifs fondamentaux de la désignation d'envoyés spéciaux est de mener tous les acteurs pertinents vers une action multilatérale plus concertée (Encadré 15.13).

Un rapporteur spécial permanent sur le droit à la santé

Il existe des liens évidents entre l'approche des 'droits' à la santé et l'approche des déterminants sociaux de la santé à l'équité en santé. La Déclaration universelle des droits de l'homme indique l'interdépendance des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux – les dimensions de l'exclusion sociale soulignées au niveau des déterminants sociaux dans le cadre de la santé. Le droit à la santé, tel qu'il est défini par le rapporteur spécial actuel, Professeur Paul Hunt, présente un cas jugé probant pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 15.4).

ENCADRE 15.12: CADRE DE L'ACTION UNIFIEE DE L'ONU

Depuis le niveau mondial jusqu'au niveau national, le Cadre de l'action unifiée de l'ONU cherche à rassembler le travail d'organismes variés de l'ONU au niveau d'un pays, pour réduire le dédoublement des tâches et augmenter les synergies entre les organismes et les donateurs. Un travail pilote dans huit

pays teste actuellement un modèle selon lequel les organismes de l'ONU fonctionnent par l'intermédiaire d'un 'coordinateur-résident', qui fournit une aide pour l'élaboration et l'instauration de plans globaux de développement national visant la réalisation des OMD.

Source: SEKN, 2007

ENCADRE 15.13: ENVOYE SPECIAL POUR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE

L'ancien ambassadeur du Canada aux Nations Unies, Stephen Lewis, a été désigné à titre d'envoyé spécial du Secrétaire Général Kofi Annan pour le VIH/sida en Afrique en 2001. Dans cette fonction, Lewis a été décrit comme « l'une de nos armes les plus puissantes dans la lutte contre l'épidémie ». Son rôle d'envoyé spécial a été celui du défenseur, soulevant les questions de sexospécificités en tant que facteur clé dans la pandémie, de la condition des orphelins, de l'accès au traitement et du potentiel d'assistance apportée à l'action sur le VIH/SIDA.

Face à la crise du sida en Afrique, a-t-il dit, « le monde a terriblement failli » à son devoir, tout comme certains dirigeants africains. Même à la fin des années 90, « nombre d'entre eux ne se sentaient tout simplement pas concernés ... et leurs pays avaient manifestement de sérieux problèmes. A leur décharge, le reste du

monde ne se sentait pas non plus concerné... Tout le monde était ... en retard sur notre époque, alors que la pandémie faisait des ravages autour de nous. »

Ces progrès s'expliquent, a affirmé M. Lewis, par une compréhension bien meilleure de la portée et de la nature de la crise du sida en Afrique - surtout de la corrélation avec l'oppression des femmes. « Enfin, le monde semble comprendre qu'il s'agit [en Afrique] d'une pandémie fondée sur le sexe. Si l'on ne reconnaît pas que les femmes sont les plus vulnérables ... et si l'on ne fait rien en matière d'égalité sociale et culturelle des femmes, on ne pourra jamais venir à bout de la pandémie. »

Reproduit avec l'autorisation de l'imprimeur, tiré de ONU (2001).

La Commission recommande que :

15.3 L'OMS institutionnalise une approche des déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs en œuvre, en partant du Siège jusqu'au niveau des pays (cf. 10.5 ; 16.8).

La fragmentation et la rivalité sont évidentes entre les acteurs mondiaux principaux ayant des rôles significatifs dans les initiatives concernant les déterminants sociaux de la santé (depuis la Banque Mondiale, l'OMC et les organismes principaux de l'ONU, en passant par le G8, jusqu'à d'autres groupements de pays) et les initiatives de développement social national (Deacon et al., 2003). Les fonds internationaux consacrés à la santé mondiale se sont également diversifiés au cours des dernières décennies, des changements correspondants ayant suivi dans les processus et les structures de responsabilité comptable. Le budget de la Fondation Gates, par exemple, a parfois excédé le budget central de l'OMS (Kickbusch & Payne, 2004). La Commission appuie fortement le renouvellement du rôle de chef de file de l'OMS au niveau de la santé mondiale et de son rôle de tutelle dans le système multilatéral. Pourtant, au centre de ce renouvellement, l'OMS a besoin de se renouveler institutionnellement en adoptant l'approche des déterminants sociaux de la santé dans ses programmes et Départements.

Ce travail est déjà en cours, et un des Réseaux de connaissances de la Commission, qui œuvre sur les conditions de santé publique (PPHCKN), a été convoqué de l'intérieur de l'OMS, pour atteindre tous les bureaux centraux et les programmes qui traitent des conditions de santé, en faisant intervenir des chercheurs du monde universitaire et régionaux, des projets et des ONG œuvrant dans les pays. Le PPHCKN a adopté et utilisé un cadre analytique, l'a appliqué dans un certain nombre de conditions de santé publique sur lesquelles l'OMS se penche, en commençant au niveau conventionnel par les résultats de santé, mais en travaillant en amont pour analyser de manière plus profonde plus de facteurs structurels causaux et définir par la suite un domaine plus large de points d'entrée à chacun des cinq

niveaux du cadre (Fig. 15.2). L'OMS a aussi des foyers régionaux désignés pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, afin de collaborer étroitement avec les Etats Membres, soutenir le champ de travail de la Commission dans les pays et stimuler l'adoption de politiques et d'actions en faveur de l'équité en santé.

Les programmes consacrés aux conditions spécifiques ont un attrait particulier et par conséquent la capacité d'augmenter le financement. Deux tiers environ du budget de l'OMS sont consacrés à ces programmes ; les programmes consacrés à une maladie particulière ou à un nombre limité de maladies étant en pleine floraison, à l'échelle mondiale. Le PPHCKN développe des points d'intervention pour des programmes en vue d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Le travail déjà initié par le PPHCKN montre la possibilité de créer un support pour le changement à travers l'OMS (Encadré 15.15).

Institutionnaliser les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble de l'OMS requerra des investissements considérables pour renforcer les capacités organisationnelles (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

La mondialisation est un fait. Elle est susceptible de produire des bienfaits considérables, dont de grands progrès au niveau de la santé mondiale. A l'heure actuelle, ces bienfaits ne sont pas visibles. Au contraire, nous assistons à l'augmentation des inégalités à la fois entre les régions, les pays et en leur sein. L'intégration accrue entre les peuples dans le domaine économique n'a pas été équilibrée par une attention proportionnée aux impératifs plus larges du développement social équitable. Pour ce faire, l'architecture de la gouvernance mondiale a besoin d'être réformée et étendue – ouvrant équitablement ses colloques d'élaboration des politiques à tous et plaçant au cœur de ses préoccupations l'équité en santé et le bien-être de tous.

ENCADRE 15.14: LE DROIT A LA SANTE – LE DROIT AUX BONNES CONDITIONS DE SANTE

“Le droit à la santé englobe le droit aux soins de santé - il va même au-delà pour inclure l'assainissement adéquat, les conditions saines au travail et l'accès aux informations en matière de santé, y compris la santé sexuelle et génésique. Il englobe également les libertés, telles que le droit d'être libre d'une stérilisation forcée et de la discrimination, de même que le droit aux prestations, telles que le droit au système de protection sanitaire. Le droit à la santé est formé de plusieurs éléments, de droits subsidiaires, à savoir, la santé des mères, des enfants et la santé génésique. Comme les autres droits

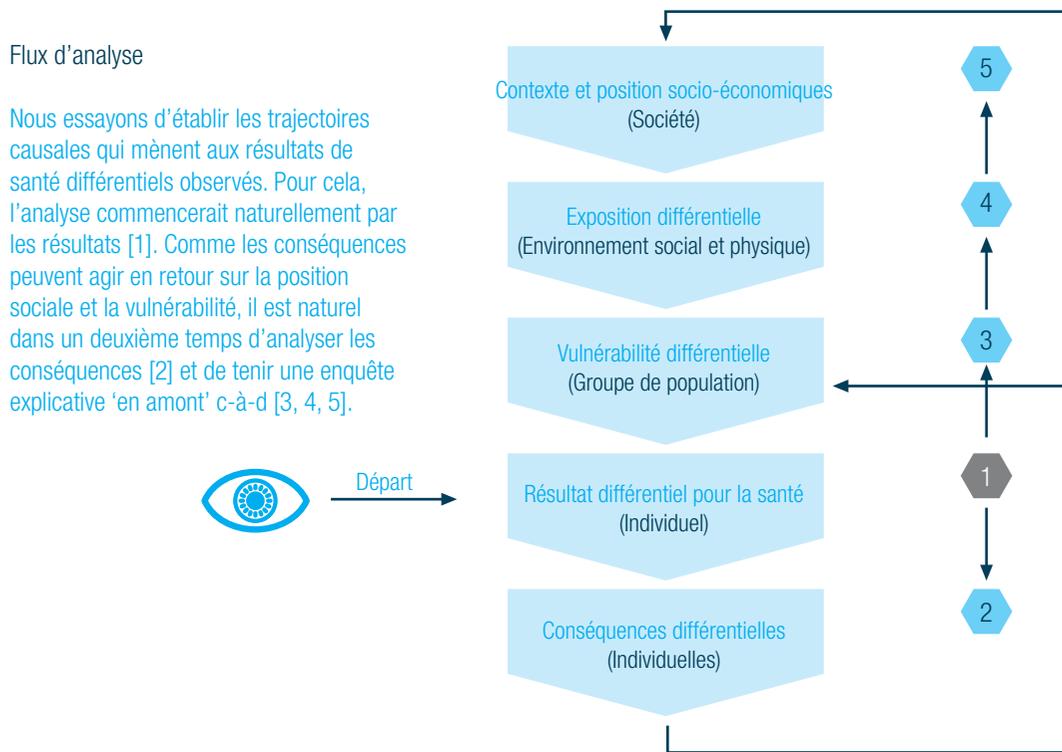
de l'homme, le droit à la santé concerne particulièrement les personnes démunies, vulnérables et qui vivent dans la pauvreté. Bien que sa réalisation s'opère d'une façon progressive, le droit impose certaines obligations devant produire un effet immédiat, citons les obligations de traitement égal et la non-discrimination. Il requiert des indicateurs et des points de référence pour surveiller la réalisation progressive du droit.”

Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Hunt (2003).

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE : CHAMP D'ACTION 15.2

Renforcer le rôle de chef de file de l'OMS dans l'action menée au niveau mondial pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant de ces déterminants un fil conducteur pour tous les Départements et tous les programmes de pays de l'organisation.

Figure 15.2 Conditions de santé publique prioritaires – Trajectoires causales pour l’action dans le domaine de la santé.



ENCADRE 15.15 : CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS AU NIVEAU DES DETERMINANTS SOCIAUX DANS L’ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L’action menée sur les déterminants sociaux de la santé est en train de progresser au sein de l’OMS, incarnée dans le PPHCKN. Elle englobe les éléments suivants :

effectuer un changement conceptuel dans l’Organisation par l’examen des indications techniques concernant les maladies et les déterminants et par la révision d’autres aspects des programmes nationaux prioritaires, montrant comment les activités de promotion et de prévention en matière de santé, associées à des programmes ciblant une maladie spécifique, ont réussi à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à instaurer une plus grande équité en santé ;

influencer les programmes consacrés à une condition spécifique pour qu’ils agissent mieux qu’ils ne le font actuellement (prévenir, détecter, traiter et soigner), mais aussi pour recommander que le changement social en vue d’atteindre une amélioration durable de la santé des populations figure plus souvent dans ce que réalise l’OMS ;

encourager l’OMS à renforcer son rôle politique de chef de file afin qu’elle considère la santé et l’équité en santé comme des valeurs mondiales intrinsèques et non pas seulement comme un moyen pour aboutir à une meilleure croissance économique ;

mesurer la durabilité et l’engagement institutionnel dans la collaboration à l’égard des déterminants sociaux de la santé dans l’ensemble de l’OMS et dans les programmes, par l’affectation de ressources et de personnel – mesurer l’engagement dans l’action sur les déterminants sociaux, dans un plus grand travail programmatique en corrélation avec les types sociaux des maladies et dans le changement du fonctionnement au niveau des pays, y compris l’adoption d’un cadre différent pour l’action sur les déterminants sociaux de la santé pour chaque pays.

Source: PPHCKN, 2007c