

Combattre la pauvreté en améliorant la santé

Un nouvel axe pour l'OMS

Considérer la santé comme essentielle pour combattre la pauvreté est la nouvelle approche adoptée par l'OMS. Pour cela elle compte inciter et veiller à l'équité d'accès aux soins et aux services de santé publique tout comme à une répartition équitable de la croissance économique.

D' Gro Harlem Brundtland
Directeur général, Organisation mondiale de la santé

Malgré les réalisations scientifiques remarquables de ces dernières décennies, plus d'un milliard d'êtres humains n'ont pas pu bénéficier du développement économique ni des progrès sanitaires du vingtième siècle. Si la santé est un droit fondamental de l'homme, plus d'un cinquième de l'humanité en est encore privé.

Les éléments fondamentaux sont de mieux en mieux connus. Environ 20 % de la population mondiale, soit 1,3 milliard de personnes et en majorité des femmes, vivent dans la pauvreté absolue avec des revenus de moins d'un dollar des États-Unis par jour. Près de la moitié des habitants de cette planète doivent survivre avec moins de 2 dollars par jour. Les chiffres qui décrivent la croissance économique travestissent le fait que le nombre de personnes vivant dans le dénuement absolu continue de croître.

Bien que le revenu ne suffise pas à définir la pauvreté, les inégalités qui en résultent dans le domaine de la santé sont marquées. Prenons quelques exemples : ceux qui vivent dans la pauvreté absolue risquent cinq fois plus de mourir avant l'âge de 5 ans et deux fois et demi plus de mourir entre 15 et 59 ans que ceux qui ont des revenus plus élevés. Dans le domaine de la mortalité maternelle, les différences sont encore plus spectaculaires : une femme sur 12 meurt des suites de la grossesse en Afrique subsaharienne, où près de 50 % de la population vit dans le dénuement absolu, contre une sur 4 000 en Europe.

Ce sont des faits comme ceux-là qui ont incité la communauté internationale œuvrant pour le développement à placer la diminution de la pauvreté en tête de ses priorités. Les

engagements — que résumant les buts du développement international — ont été pris à la suite d'une série de conférences importantes sur le développement au cours des années quatre-vingt-dix. L'objectif primordial consiste, d'ici 2015, à réduire de moitié le nombre d'êtres humains vivant dans la pauvreté absolue et l'amélioration de la santé est essentielle dans cette entreprise. Les buts comprennent donc une diminution de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans, une réduction de trois quarts de la mortalité maternelle, l'accès aux services de santé génésique pour tous d'ici 2015 — et la diminution d'un quart des taux d'infection par le VIH chez les 15-24 ans dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et dans le monde entier d'ici 2010.

Il existe donc pour l'OMS une impulsion très forte et une possibilité importante d'axer davantage le développement économique et humain sur la santé et de prendre la direction des opérations au sein de la communauté des organisations qui se sont engagées à améliorer la santé des pauvres.

La santé, un élément important dans les stratégies visant à diminuer la pauvreté

On sait bien que la maladie fait fondre les économies des ménages, réduit les possibilités d'apprentissage, abaisse la productivité et diminue la qualité de vie — créant ainsi ou perpétuant la pauvreté.

Le simple fait d'être pauvre implique une exposition plus grande aux risques, qu'ils soient personnels ou liés à l'environnement. Les personnes dans cette situation sont moins bien nourries, moins bien informées, ont



moins accès aux soins de santé et il en résulte un risque plus élevé de maladie. Pour de nombreuses familles, le cercle vicieux de l'appauvrissement, auquel il est de plus en plus difficile d'échapper, risque de s'amorcer dès que survient une maladie grave.

Pourtant, jusqu'à une époque relativement récente, de nombreux spécialistes du développement ont soutenu que la santé avait une importance assez mineure, qu'il s'agisse des buts à atteindre ou d'un moyen de diminuer la pauvreté. Toutefois, on commence désormais à s'écarter de l'idée selon laquelle elle est plus un bien de consommation qu'un investissement et à lui reconnaître une place plus essentielle dans la diminution de la pauvreté que celle que nos collègues macroéconomistes lui accordaient auparavant. En fait, c'est un moyen potentiellement puissant de sortir de la pauvreté.

Les données dont nous disposons désormais montrent que l'amélioration de la santé entraîne une répartition meilleure et plus équitable des richesses en développant le capital physique et social et en augmentant la productivité. En bonne santé, les enfants ont de meilleures possibilités d'apprentissage et les adultes peuvent mieux travailler et subvenir aux besoins de leurs familles. Même à plus grande échelle, les études commencent à indiquer un lien de cause à effet entre un meilleur état sanitaire des populations et la croissance économique. Par exemple, une différence de cinq ans dans l'espérance de vie entre deux pays semblables par ailleurs peut entraîner une croissance annuelle du revenu par habitant plus rapide de 0,5 % dans le pays ayant la population en meilleure santé. Inversement, il n'est guère besoin de rappeler les conséquences économiques potentiellement désastreuses de l'épidémie de VIH/sida, notamment en Afrique, si on n'arrive pas à la juguler.

Nouvelle approche de l'OMS sur la santé et la pauvreté

L'OMS consacre déjà une grande partie de son travail aux pauvres : la campagne d'éradication de l'onchocercose ou cécité des rivières, la stratégie Dots contre la tuberculose, l'application de la politique sur les médicaments essentiels, sont quelques-unes de ses actions. Que l'OMS se préoccupe de la pauvreté et de l'équité n'est pas non plus une nouveauté : depuis plus de vingt ans, la politique de la santé pour tous a reposé sur la promotion de l'équité. De plus, le combat contre les inégalités en matière de santé se re-

trouve au centre de l'action dans plusieurs régions de l'OMS et au premier plan des objectifs de la santé pour tous fixés par de nombreux États membres. Pourquoi introduire alors une nouvelle approche ?

Le fait de considérer la santé comme un moyen de combattre la pauvreté absolue replace l'action de l'OMS dans le cadre plus large du développement. Il recentre ainsi très clairement l'action dans le travail plus vaste sur l'équité que l'Organisation a entrepris. En outre, en redoublant d'efforts, l'OMS reconnaît que les progrès à ce jour ont été limités. Malgré les meilleures intentions, de nombreux programmes de santé publique n'atteignent pas les pauvres et nous savons que ce sont les groupes les mieux nantis qui accaparent dans des proportions abusives les prestations des systèmes de santé. Enfin, l'attention portée à la santé dans le cadre du développement imposera de nouvelles méthodes de travail et, pour l'OMS, une utilisation différente des ressources. Il sera indispensable de collaborer avec d'autres partenaires. En d'autres termes, il s'agit là d'un élément essentiel de la réforme générale de l'Organisation.

Face à l'ampleur de la tâche, nous devons rester réalistes : l'OMS ne peut pas tout faire. C'est ainsi que la notion d'avantage comparatif occupe une place centrale dans la stratégie institutionnelle. Avec son mandat et ses ressources humaines et financières, quelles sont les fonctions que l'Organisation est le mieux à même d'accomplir plus efficacement que les autres ?

L'OMS, une organisation scientifique avec un mandat planétaire

L'OMS est bien placée pour produire et diffuser des informations sur la relation entre la pauvreté et la santé ; pour documenter les meilleures pratiques en ce qui concerne l'amélioration et la protection de la santé du pauvre ; pour examiner les répercussions sanitaires de la mondialisation et des politiques en matière d'économie, de commerce et de développement ; pour élaborer les moyens de mieux mesurer les inégalités sanitaires. Si la surveillance des systèmes de santé nationaux révèle que les pauvres restent en dehors des progrès sanitaires, l'OMS a l'autorité pour dénoncer les responsables nationaux et leur demander des comptes.

S'appuyant sur des partenariats avec la communauté internationale

En favorisant l'adoption de politiques d'in-

térêt public en faveur de la santé des pauvres dans le cadre du programme général de diminution de la pauvreté ; en utilisant des dispositifs comme le Plan-cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF), le cadre de développement intégré (CDF) de la Banque mondiale et la révision de l'initiative pour l'allègement de la dette (PPTE) ; en faisant appel au réseau croissant de relations qu'elle entretient avec un grand nombre d'agences bilatérales de développement, la Banque mondiale, le FMI, les banques régionales de développement, la Commission européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Organisation mondiale du Commerce et d'autres institutions des Nations unies.

Et sur ses relations avec les États membres

En poussant les autorités nationales à donner la priorité à la santé des pauvres, en aidant les États membres à intégrer les stratégies sanitaires dans leur politique de diminution de la pauvreté, en promouvant les politiques d'intérêt public en faveur de la santé des pauvres.

Une approche pour diminuer la pauvreté en améliorant la santé

Le choix des stratégies sanitaires pour diminuer la pauvreté demande de bien appréhender pourquoi les pauvres souffrent d'une mortalité et d'une morbidité plus grandes. Ce n'est pas une tâche évidente. En commençant à mieux comprendre la nature de la pauvreté, nous nous apercevons qu'elle évolue d'une manière complexe et variée. Nous ne devrions pas rechercher un ensemble uniforme de prescriptions politiques. Il n'y a pas de « recettes miracles » dans le domaine de la santé des pauvres. Néanmoins, certains indices importants et l'expérience peuvent nous aider à établir un cadre d'action plus complet.

Les interventions simples, dont l'exécution dépend du système de santé, ne suffiront pas si les pauvres n'ont pas accès à des services organisés. Et même si l'accès universel aux services de santé était possible, il serait improbable qu'il pût, à lui tout seul, apporter la solution à tous les problèmes. En effet, bien des déterminants de la mauvaise santé, et donc également les moyens d'améliorer significativement la santé des pauvres, dépendent des progrès en dehors du secteur sanitaire. Il faut donc une approche associant plus largement les investissements dans la santé, tout en mettant davantage l'accent sur les systèmes

de santé. Il est probable qu'une stratégie sanitaire doive, pour avoir un effet maximal sur la pauvreté, comporter les éléments qui sont repris ci-dessous et qui tous reposent sur les quatre orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS.

Influencer les déterminants de la santé par une politique d'intérêt public

Les faits montrent de plus en plus que la répartition équitable de la croissance économique joue un rôle central dans la diminution de la pauvreté. De même, pour la santé, il faut tirer parti au maximum de tous les aspects de la politique de développement : travail, commerce, agriculture, micro-crédits et autres. À cet égard, le succès dépendra en partie du renforcement des pouvoirs des ministères de la santé pour prendre la tête d'initiatives intersectorielles. Plus fondamentalement, les dirigeants politiques devront veiller à ce que la santé occupe une place centrale dans le programme général de leurs gouvernements.

Réduire les risques par une approche plus globale de la santé publique

Les pauvres sont exposés à des risques sanitaires plus importants que le reste de la population. Le défi que les gouvernements doivent relever consiste à améliorer l'accès aux services fondamentaux de santé publique : sécurité et salubrité alimentaires, alimentation en eau de boisson saine et assainissement. Au-delà du domaine traditionnel de la santé publique cependant, les pauvres sont plus exposés à la violence et aux dangers venant de l'environnement ; il est probable qu'ils souffriront davantage en cas de conflits ou de catastrophes naturelles. À cet égard, il est très important de renforcer dans les pays les moyens de faire face aux situations d'urgence, de gérer les catastrophes et de promouvoir des milieux sains (villes, lieux de travail, écoles, domiciles par exemple).

Se concentrer sur les problèmes de santé des pauvres

Au cours des trente dernières années, l'amélioration des conditions de vie, les mesures de santé publique et les interventions comme la vaccination infantile ont permis de lutter contre les maladies et de diminuer les souffrances. Pourtant, nombre des problèmes de santé qui pèsent toujours le plus lourdement sur les ménages démunis, comme le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida et les pathologies associées à la grossesse et à la ma-

ternité, continuent de menacer leur possibilité de prendre en charge leur vie. Dans ce domaine, il nous reste beaucoup à faire avec la technologie et les services de soins dont nous disposons. Nous savons aussi que les cinq principales maladies de l'enfance, diarrhée, infections respiratoires aiguës, paludisme, rougeole et pathologies périnatales, sont responsables du quart des vies en bonne santé perdues à cause des décès prématurés et des incapacités. Le défi à relever par les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale consiste à concentrer les ressources sur des programmes donnant de meilleurs résultats sanitaires, notamment chez les plus démunis.

Veiller à ce que les systèmes de santé s'occupent plus efficacement des pauvres

Outre sa capacité à délivrer des services essentiels, un système de santé favorable aux pauvres doit présenter plusieurs autres caractéristiques. Au minimum, il doit garantir l'accès à ses services quels que soient les revenus des patients et les traiter avec dignité et respect. Il protège les pauvres des pratiques risquées et de l'exploitation financière à la fois dans les services publics et privés. Il doit également protéger les patients de l'appauvrissement résultant des dépenses élevées inhérentes aux maladies graves. Au-delà de ces objectifs fondamentaux, il existe plusieurs stratégies, comme le ciblage des services, l'amélioration des services périphériques, l'implication des pauvres dans la gestion des soins de santé, pour lesquelles l'analyse des expériences dans divers pays serait particulièrement utile.

Alors que ce cadre pour améliorer la santé des pauvres nous donne une orientation générale, il revient aux responsables nationaux de diriger la méthode qu'ils adoptent et qui doit aussi s'inscrire dans les efforts plus larges d'amélioration du secteur de la santé dans le pays concerné. Dans nombre de pays, l'accent portera sur l'amélioration des possibilités pour les pauvres d'accéder à une gamme d'interventions peu coûteuses mais dont l'efficacité est bien connue. Toutefois, les besoins et les intérêts des pauvres doivent se retrouver dans la manière dont ces interventions sont conçues et mises en œuvre. Il ne faut pas non plus oublier que la pauvreté affecte différemment les hommes et les femmes et cette différence devrait se répercuter dans l'approche adoptée. L'OMS continuera donc d'encourager les autorités nationales à écouter la voix des pauvres et à mettre en œuvre des

approches appelant à une plus grande participation dans la conception des politiques et des programmes.

Enjeux et possibilités

Pour conclure ce bref article, j'aimerais examiner certains des principaux enjeux et possibilités qui nous attendent :

Santé et développement économique : Alors que les faits établissent de mieux en mieux le lien causal entre la santé et la croissance économique, cette idée doit être défendue. À cette fin, l'OMS a créé la commission macroéconomie et santé pour passer en revue toutes les données disponibles. Cette commission a également dans ses attributions la tâche d'examiner les répercussions sanitaires des politiques commerciales et les motivations économiques qui influencent la production de biens publics dans le monde. Elle rédigera son rapport final en 2001.

De l'analyse à l'action : les gouvernements et les organismes de développement manifestent un intérêt croissant pour transcrire dans une action concertée les analyses toujours plus nombreuses sur la santé des pauvres. L'OMS a joué un rôle précurseur en lançant un certain nombre d'initiatives internationales qui ont pour objectif commun de permettre aux pauvres d'avoir un meilleur accès aux interventions disponibles. Citons : le Partenariat international contre le VIH/sida en Afrique, Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose, Pour une grossesse à moindre risque, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Le défi consiste désormais à rassembler ces initiatives d'une manière qui contribue réellement à renforcer les systèmes de santé et à veiller à ce que les pauvres en bénéficient effectivement.

Mobilisation des ressources : les investissements requis pour avoir un effet significatif sur la santé des pauvres dépassent largement les moyens actuellement disponibles. L'OMS estime qu'une augmentation importante, de l'ordre de 2 milliards de dollars US, est requise pour permettre aux pauvres d'accéder aux services dont ils ont besoin. Nous nous rendons également compte que les ressources et le matériel ne suffisent pas à eux seuls. Nous devons veiller à ce que des systèmes soient en place pour atteindre les lieux et les personnes qui en ont besoin.

Allègement de la dette et diminution de la pauvreté : l'attention, qui s'est tournée récemment sur l'allègement de la dette, a permis



d'attirer celle des gouvernements des pays pauvres très endettés sur les gains potentiels qu'ils pourraient réaliser en augmentant les dépenses consacrées à la santé et à l'éducation. Un groupe encore plus grand de pays va commencer à préparer des documents stratégiques sur la diminution de la pauvreté dans le cadre des dossiers demandés par la Banque mondiale et le FMI pour accorder des soutiens financiers. Les gouvernements comme les organismes de développement devraient veiller à ce que la santé ait une place prééminente dans la stratégie de diminution de la pauvreté et qu'elle soit un indicateur de progrès.

Accent sur les inégalités sanitaires : les buts internationaux de développement sont importants parce que la communauté internationale dans son ensemble les a acceptés et approuvés. Nous ne devons cependant pas oublier que leur réalisation n'est pas une fin en soi et que les inégalités en matière de santé doivent rester au centre de nos préoccupa-

tions. Des analyses récentes ont même démontré que certains objectifs pouvaient être atteints dans ce domaine sans améliorer l'état sanitaire des groupes les plus démunis. Il n'est donc utile de se fixer des buts que dans le cadre d'une approche réellement bénéfique pour les pauvres.

Biens publics internationaux : si cet article s'est principalement intéressé à la santé des pauvres dans les pays où ils vivent, il ne faut cependant pas négliger le rôle que peuvent jouer les biens publics internationaux pour changer leur vie. Par biens publics, on entend les services et les ressources dont les bénéfiques potentiels, dépassant les frontières, peuvent profiter à des régions entières et même au monde dans son ensemble. Dans leur forme la plus concrète, il peut s'agir de nouveaux vaccins contre le sida ou le paludisme. Mais il existe d'autres biens publics, comme la recherche mondiale dans le domaine de la santé, ou des accords qui influent sur l'accès aux médicaments, qui, s'ils ont bien

conçus, peuvent contribuer à changer radicalement la vie des pauvres.

En conclusion, la mauvaise santé est un facteur majeur de réduction de la productivité et d'éducation insuffisante pour le milliard d'êtres humains le plus pauvre. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles les pauvres restent pauvres. Nous disposons de nombre des technologies nécessaires. Nous avons des buts et des repères pour ce que nous voulons réaliser. Nous avons besoin de davantage de ressources. Et nous devons avoir le courage de relever le défi. Au début de ce nouveau siècle, l'OMS s'est engagée à jouer ce rôle, en partenariat avec d'autres membres de la communauté internationale, pour élaborer une réponse mondiale au défi que représente la diminution de la pauvreté par une amélioration de la santé. ■

Fournir une eau potable a des effets à long terme sur le développement



La question cruciale de l'accès à l'eau

Pour les organisations humanitaires comme Action contre la faim, apporter aux populations une eau abondante et de qualité est une priorité. Mais l'accès à l'eau est de plus en plus soumis à une logique économique au détriment des populations les plus vulnérables ou à des considérations géopolitiques. Il est donc urgent d'imposer, au niveau mondial, l'adoption d'une éthique de l'eau qui devrait être considérée comme un « bien commun de l'humanité ».

Sylvie Brunel

Géographe et économiste, conseillère stratégique à la direction générale d'Action contre la faim

Au Mozambique, submergé par les inondations en février 2000, les hydrauliciens d'Action contre la faim travaillent à la mise à disposition d'une eau potable de qualité correcte pour les milliers de réfugiés menacés par le choléra et les maladies diarrhéiques. Les programmes « eau et assainissement » de l'association ont ainsi pour vocation de répondre aux besoins en eau des populations en situation précaire, dans différents contextes d'intervention¹ :

- *lorsque le manque d'eau est affaire de survie*, dans des régions frappées par la sécheresse principalement — c'est tout le problème des zones arides ou semi-arides, dans la zone sahélienne notamment, où vivent des peuples éleveurs souvent en situation de minorité dans leur pays d'origine et victimes de discriminations. C'est aussi le problème des camps de réfugiés et de déplacés, où la disponibilité en eau n'existe pas toujours, loin s'en faut, en raison du caractère improvisé des lieux de concentration ;

- *lorsque l'éloignement du point d'eau entrave le développement socio-économique d'une communauté*. Cette situation se présente bien sûr fréquemment en milieu rural, où les femmes et les fillettes perdent de longues heures pour la corvée d'eau, au détriment d'activités plus productives, mais elle est aussi, de plus en plus, une caractéristique du milieu urbain, notamment à la périphérie des grandes villes, dans les quartiers d'habitat spontané ;

- *lorsque la qualité de l'eau consommée entraîne des risques d'épidémies et menace l'ensemble d'un groupe* ;

1. Drouart E., Vouillamoz J.-M. *Alimentation en eau des populations menacées*. Paris : Hermann, 1999.

- *lorsque l'environnement présente des risques sanitaires importants* : lieux insalubres ou malsains favorables à la transmission de maladies liées aux vecteurs (paludisme, dengue, typhus, onchocercose...) ou de maladies diarrhéiques comme le choléra ;

- *lorsqu'une communauté manifeste le souhait d'améliorer sa ressource en eau et est prête à s'impliquer sur un programme de long terme*. Ces programmes s'inscrivent dans une perspective de développement et nécessitent de libérer du personnel et des moyens de plus en plus accaparés par les situations d'urgence.

La définition de normes applicables en situation « idéale »

Dans le développement de leurs programmes « eau et assainissement », les hydrauliciens d'Action contre la faim utilisent un certain nombre de lignes directrices :

- valeurs guides pour l'alimentation en eau,
- valeurs guides pour les infrastructures sanitaires,
- approvisionnement en eau préconisé selon le milieu.

Bien évidemment, de telles normes — qui sont celles d'Action contre la faim et peuvent varier légèrement pour d'autres organismes — ont surtout une valeur indicative : elles ne sont applicables que lorsque le contexte économique et politique le permet, c'est-à-dire dans des situations de paix. Mais la multiplication des crises oblige de plus en plus fréquemment les hydrauliciens à répondre dans l'urgence à des besoins décuplés par un afflux brutal de personnes dans un milieu qui, lui-même, ne connaissait pas précédemment



une situation satisfaisante. Ainsi, dans le cas, de plus en plus fréquent, de l'arrivée massive de personnes déplacées dans un village existant, la réponse à donner doit s'organiser en deux temps :

- phase 1 : approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires d'urgence nécessaires à l'installation des déplacés ;
- phase 2 : installation d'infrastructures d'alimentation pérennes minimales pour l'ensemble de la population (anciens et nouveaux résidents).

Le respect de normes standard est souhaitable et il faut saluer le professionnalisme croissant des volontaires humanitaires, soucieux d'apporter un service de qualité aux populations qu'ils aident. Trop longtemps en effet, les ONG sont parties du postulat erroné que toute action humanitaire, quelle qu'elle soit, était bénéfique à partir du moment où il fallait garantir des besoins minimum. Cette démarche pleine de bonne volonté mais naïve a eu pour conséquence des erreurs d'analyse et de méthodologie qui se sont révélées préjudiciables autant aux « bénéficiaires » potentiels qu'à la crédibilité de l'ONG. En effet, comme le souligne Anne Olivier, hydraulicienne et administratrice d'Action contre la faim, « *le postulat que ces normes peuvent être largement appliquées suppose que les agences d'aide aient accès à toutes les populations menacées, ce qui, le plus souvent, est loin d'être le cas : problèmes de sécurité pour le personnel expatrié en temps de guerre, discriminations ouvertes contre certaines minorités ou régions lors de programmes de réhabilitation. De ce fait, la privation d'eau résulte rarement d'une pénurie absolue mais plutôt de dysfonctionnements ou d'une absence d'investissement dans les infrastructures adéquates, par impossibilité, incompétence ou mauvaise foi.* »²

De plus, vouloir à tout prix respecter des normes de qualité exigées par les bailleurs de fonds ou les partenaires locaux risque aussi de conduire une ONG à renoncer à un programme faute de pouvoir appliquer les « standards » requis. C'est un risque qui guette l'action humanitaire dans la mesure où, de plus en plus souvent, la question de l'accès à l'eau se pose plus en termes politiques qu'en termes de faisabilité technique. Rappelons brièvement les données du problème.

Le défi d'une eau de plus en plus convoitée

En théorie, la « planète bleue » dispose de

suffisamment d'eau douce pour les besoins de 20 milliards d'hommes. Avec une humanité qui ne dépassera probablement jamais 12 milliards d'individus, la question de l'eau ne devrait donc jamais se poser.

La réalité est toute autre : d'une part, cette eau n'est pas forcément disponible, d'autre part elle n'est pas toujours accessible. Le contrôle de l'eau risque de donner lieu aux plus âpres affrontements du prochain siècle. Le défi à relever tient en quelques mots-clés :

Rareté

Certes, l'eau ne manque pas à la surface de la terre : quatre cinquième de sa superficie en est recouverte ! Mais cette eau est... salée : l'eau douce représente moins de 3 % de l'eau mondiale. Quant à la partie dite « utile », c'est-à-dire celle qui est accessible à l'humanité — l'eau de pluie, les nappes phréatiques utilisables en l'état actuel des techniques, etc. — elle ne représente que... 0,01 % du total mondial ! De plus, cette eau est mal répartie : 10 pays, Brésil, Chine et Russie en tête, possèdent 60 % des ressources. 15 % des réserves se trouvent en Amazonie... où vit 0,3 % de la population mondiale. *Un être humain sur cinq dans le monde n'a pas accès à l'eau potable, soit 1,3 milliard de personnes !*

Nécessité vitale d'une eau abondante et de bonne qualité

Il est impossible de se passer d'eau. Elle compose 60 % de l'organisme humain. Plus de 80 % des maladies tropicales sont liées à une eau souillée ou mal contrôlée : paludisme, onchocercose, schistosomiasis, choléra, dyssenteries amibiennes... ces maladies tuent 25 millions de personnes chaque année.

Consommation croissante et inégalités

90 % de l'eau douce disponible n'est pas directement utilisée par l'homme : 20 % sert à des usages industriels, 70 % à l'irrigation des terres agricoles. Plus du tiers de la production agricole mondiale provient de 15 % seulement des terres arables de la planète, où l'irrigation joue un rôle clé. Sans ces 100 millions d'hectares, une partie de l'humanité risquerait de mourir de faim. Lorsque l'on ajoute l'usage agricole et l'usage domestique, la consommation annuelle moyenne d'eau est de 800 mètres cube par personne. Mais cette moyenne cache de fortes disparités : un Africain consomme en moyenne 30 litres d'eau par jour, un Européen 200 litres, un Américain... 600 litres. La consommation annuelle passe ainsi de 10 000 m³ par per-

sonne en Amérique du Nord à 260 m³ en Jordanie !

Au niveau mondial, il faudrait une disponibilité moyenne de 1 700 m³ par an et par personne pour satisfaire tous les besoins... soit plus du double du niveau actuel. Avec environ 80 millions de personnes « en plus » chaque année sur la terre, la demande croît de... 63 km³ par an, l'équivalent de l'écoulement total annuel du Rhin, du Rhône ou de l'Euphrate ! L'urbanisation, surtout, entraîne une demande croissante : 600 villes d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine dépasseront le million d'habitants d'ici vingt ans, contre 50 seulement pour les pays riches. *Diminution de la ressource de base, croissance exponentielle des besoins... la pénurie d'eau menace désormais des régions entières, au Proche et au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, mais aussi en Californie, à Pékin ou à Mexico !*

Gaspillage

Plus des deux tiers de l'eau utilisée dans le monde sert donc à irriguer des millions d'hectares de terres agricoles, au prix souvent d'une déperdition, d'un gaspillage et de problèmes environnementaux considérables. Lorsqu'elle est mal conduite, l'irrigation dégrade les terres. Un quart des superficies irriguées sont affectées de problèmes de salinisation qui font plafonner les rendements. Paradoxalement, les pays pauvres, qui, le plus souvent, ne disposent pas d'un accès à l'eau satisfaisant, sont en même temps *les champions de la mauvaise utilisation de l'eau* : par hectare de terre irriguée, ils utilisent en moyenne deux fois plus d'eau que les pays riches... pour une production agricole trois fois moins élevée !

Équité

Mieux utiliser l'eau existante permettrait donc de limiter les pertes et d'accroître l'accès à l'eau pour de multiples populations qui s'en voient privées alors que les réserves ne manquent pas autour d'eux. Dans le Nordeste du Brésil ainsi, règne une véritable « industrie de la sécheresse » : les petits paysans sans terre, occupants à titre précaire (*moradores*), souffrent terriblement de sécheresses récurrentes, qui les jettent sur les routes à la recherche d'un revenu, en direction des villes, du sud du pays ou de l'Amazonie, faisant de leur province la première zone d'émigration du pays. Les grands propriétaires (*fazendeiros*), eux, ne les subissent nullement, bien au contraire : chaque sécheresse leur permet de renforcer leur pouvoir économique car ils font exécuter par les victimes de la sécheresse (*flagelados*) des

2. communication au Conseil mondial de l'Eau, mars 2000.

travaux dans leurs immenses propriétés en échange de nourriture et d'eau. Sauvés par ce secours providentiel, les moradores plébiscitent leurs sauveteurs à chaque élection, renforçant ainsi la main-mise politique des caciques, alors que ces derniers bénéficient de réservoirs pérennes (les *açudes*) dans leurs domaines grâce aux réalisations des « fronts de travail » mis en place à chaque sécheresse, réservoirs exclusivement réservés à abreuver le bétail. Les hommes meurent, mais pas les bêtes dans le Nordeste du Brésil, alors qu'une véritable politique d'aménagement concerté mise au service de tous aurait pu permettre de vaincre la fausse fatalité de la sécheresse depuis plus d'un siècle.

De plus en plus de « guerres de l'eau »

La pénurie d'eau n'est pas inéluctable puisque les réserves sont suffisantes, mais elle peut être organisée à l'encontre de certaines populations ou de certaines régions pour des motifs géopolitiques ou économiques. Tout comme dans le domaine alimentaire, où la faim est devenue une arme pour de nombreux mouvements en guerre³, détenir l'accès à l'eau permet de contrôler et de dominer certaines populations. Les « seigneurs de la guerre » se multiplient lorsque l'or bleu devient une ressource rare. Contrôler des fleuves, des barrages, voire des puits au niveau local, justifie de véritables guerres. La maîtrise des eaux de l'Euphrate, du Nil, du Gange ou du Mékong, par exemple, est au cœur de ces nouveaux affrontements stratégiques. Le problème est planétaire : selon la revue Hérodote, 215 rivières internationales sont concernées !

De même, dans le domaine économique cette fois, une poignée de multinationales — dont les plus importantes sont françaises — ont édifié des fortunes considérables sur le marché de l'eau et sa fourniture aux collectivités locales, aux entreprises et aux particuliers. Les diaboliser serait pourtant une erreur d'analyse : elles ont aussi développé des techniques et un savoir-faire qui rendent leur présence et leur concours précieux lorsqu'elles acceptent — et c'est de plus en plus souvent le cas — de s'investir dans des activités de service public, y compris, *via* leurs fondations notamment, en destination de populations en situation précaire et non solvables.

Néanmoins, le dogmatisme libéral d'institutions comme la Banque mondiale, qui poussent à son extrême le principe de la pri-

vatation de l'eau, donne parfois des résultats aberrants, comme au Chili où différentes compagnies — production d'électricité, compagnies minières, céréaliers et sociétés de distribution d'eau — gèrent les réserves disponibles en fonction de leurs seuls intérêts, souvent rivaux, voire contradictoires... au détriment bien évidemment des usagers.

Pour une éthique de l'eau

Si le principe de faire payer l'eau à son juste prix afin d'éviter les gaspillages, notamment dans l'agriculture et l'industrie, se justifie aisément car c'est le seul moyen de faire prendre conscience que l'eau n'est pas une ressource inépuisable et « naturelle » (« fabriquer » de l'eau potable devient, dans certaines régions, de plus en plus coûteux), « privatiser » l'eau à tout prix présente des effets pervers : faire prévaloir une logique de rentabilité à court terme risque de priver d'accès à l'eau potable les populations qui sont déjà les plus pauvres et les plus vulnérables, et dont beaucoup vivent dans des régions où les contraintes naturelles sont fortes, en termes de pluviosité, de qualité des sols, de densité des infrastructures...

Faire payer l'eau se justifie, voire s'impose, quand elle est destinée à des activités économiques productives, de même que le principe « pollueur-payeur » est le seul moyen de responsabiliser les différents agents utilisateurs de l'eau. Mais que se passe-t-il quand certaines populations ne peuvent pas payer ? Ou quand elles sont en situation de discrimination dans la région où elles vivent, et que l'accès à l'eau leur est dénié ?

Il est fondamental de garantir un accès à une eau saine et de qualité, en quantité suffisante, à toutes les populations dont les besoins fondamentaux ne sont pas assurés aujourd'hui, et au pouvoir d'achat trop faible pour leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie. En effet, une eau de mauvaise qualité se répercute à tous les niveaux de l'activité socio-économique (morbidité et mortalité des enfants, donc forte fécondité des femmes, temps perdu à la corvée d'eau, mauvais état de santé général de la population qui ne la rend pas à même d'exercer pleinement des activités économiques...) et entretient le cercle vicieux du sous-développement, qui coûte infiniment plus cher à une nation que la rémunération à tout prix de l'eau fournie. En d'autres termes, *fournir une eau potable a des effets multiplicateurs à long terme sur le développement qui vont au-delà du simple coût direct de la ressource en eau.*

Il devient donc urgent de faire admettre au niveau mondial que l'eau est un bien d'usage public. L'accès à l'eau est un problème global dont les solutions sont locales. Les ONG peuvent faire beaucoup pour en accroître la disponibilité, mais il n'est pas de leur ressort de mettre en chantier de nouvelles législations concernant la maîtrise des approvisionnements. L'accès à l'eau pour toute personne et toute communauté devrait être universellement admis comme un droit humain de base.

Une *éthique de l'eau* s'impose pour ne pas la limiter seulement à un bien économique, convoité et coûteux... Son usage devrait faire l'objet d'une solidarité mondiale, pour reprendre les termes du professeur Riccardo Petrella, de l'université de Louvain, qui défend dans son livre *le Manifeste de l'eau*⁴, la thèse d'un « contrat mondial de l'eau ». L'eau devrait relever du patrimoine commun de l'humanité et donner lieu à la création d'un service public de l'eau au niveau international.

Ainsi, Action contre la faim souhaiterait voir naître un « fonds de solidarité » entre le Nord et le Sud afin de doter les populations en situation précaire d'infrastructures d'alimentation en eau et de les associer à leur maintenance et à leur gestion. Un tel objectif pourrait susciter la création d'un grand chantier de développement qui associerait les différents opérateurs de l'aide autour d'un objectif commun : *permettre l'accès à tous et partout à l'eau potable.* Vœu pieux ? On ne peut s'empêcher de se rappeler que les Nations unies avaient émis un tel souhait lors du lancement de la Décennie internationale de l'eau... en 1979. Vingt ans après, alors que la richesse du monde n'a cessé de s'accroître dans l'intervalle, n'est-il pas temps enfin de s'atteler à de tels chantiers planétaires, plutôt que de laisser s'accroître indéfiniment les inégalités ? ■

3. Rapport annuel d'Action contre la faim, *Géopolitique de la faim*. Paris : PUF.

4. *Le Manifeste de l'eau*. Bruxelles : Labor, 1998.



L'apport de la Banque mondiale dans la politique santé des pays pauvres

Très importante dans le secteur de la santé, la participation de la Banque mondiale s'oriente désormais vers le développement institutionnel et la pérennité des investissements. La politique sanitaire de la Banque mondiale s'axe autour de la réduction de la pauvreté, d'une intervention multifactorielle (logements, alimentation, éducation) et de la mobilisation de financements importants.

Marie-Odile Waty
Conseiller technique à la Banque du développement du Conseil de l'Europe

La Banque mondiale est devenue, en l'espace de quinze ans, le plus gros bailleur de fonds pour le secteur santé des pays en développement et un acteur influent dans les débats nationaux et internationaux sur les politiques de santé. Cette évolution reflète l'engagement croissant de l'institution dans la lutte contre la pauvreté. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, « *Investir dans la population* » est devenu l'axe de développement stratégique de la Banque mondiale qui considère « *qu'aucun pays ne peut atteindre un niveau de développement durable ou réduire son niveau de pauvreté sans une population en bonne santé, bien nourrie et éduquée* »¹.

En juin 1999, le portefeuille de projets « santé, population et nutrition » comptait 199 projets actifs dans 84 pays, pour un montant total de 9,5 milliards de dollars, et 130 projets déjà achevés. Les prêts IDA destinés aux pays pauvres ont représenté environ 48 % du total des prêts au cours de la période 1994-1997². À titre de comparaison, l'aide extérieure au secteur santé des pays en développement s'est élevée, hors prêts de la Banque mondiale, à environ 2 milliards de dollars par an sur la période 1985-1993. Le niveau élevé de l'engagement de la Banque dans le secteur santé devrait se maintenir dans les prochaines années à un niveau annuel de 1,5 milliard de dollars de nouveaux prêts pour une moyenne de 22 nouveaux projets par an¹.

La Banque mondiale est également devenue un acteur influent dans la production et la dissémination de connaissances sur les politiques et les problèmes de santé. Parmi les travaux majeurs qu'elle a publiés figure

le *Rapport sur le développement annuel de 1993 : investir dans la santé*, qui a contribué à définir les fondements de sa politique pour le secteur et à alimenter de riches débats nationaux et internationaux sur les politiques de santé. Elle investit des ressources importantes dans le domaine de la formation et de la recherche opérationnelle en santé, soit en participant sous forme de dons à des programmes de recherche internationaux, soit en finançant des études sectorielles et thématiques sur son budget propre ou au travers des prêts. Enfin, la Banque mondiale collabore activement à toutes les conférences et réunions scientifiques internationales et contribue de façon importante au financement des programmes internationaux de lutte contre les maladies comme l'onchocercose, le sida, la malaria, etc.

Une stratégie et une pensée évolutives

Les premières générations de projets santé ont davantage privilégié les investissements dans les infrastructures et les biens, notamment au niveau des services de santé de base, sans trop mettre l'accent sur le développement institutionnel et la pérennité des investissements. L'analyse rétrospective effectuée par le département d'évaluation des opérations, interne à la Banque mondiale, est assez sévère : 44 % des projets achevés sont évalués comme étant non pérennes et seulement 17 % sont considérés comme ayant eu un impact institutionnel significatif. Ces analyses, ainsi que d'autres, ont conduit la Banque mondiale à orienter davantage sa réflexion et ses efforts financiers sur les réformes structurelles des systèmes de santé, en cherchant à maximiser

ser l'impact des politiques sur les résultats de santé, notamment pour les populations les plus démunies.

Cette stratégie a été développée et confirmée dans le premier rapport stratégique publié en 1997 par le secteur « santé, population et nutrition » de la Banque mondiale¹. Ce rapport définit trois grandes priorités de travail pour les prochaines décennies :

- améliorer les résultats de santé, nutrition et population des populations pauvres, et protéger les individus de l'appauvrissement lié à la mauvaise santé, la malnutrition et les taux de fécondité élevés ;

- augmenter la performance des systèmes de santé en promouvant un accès et une utilisation équitables des services de santé préventifs et curatifs, qui soient accessibles financièrement, efficaces, bien gérés, de bonne qualité, et qui répondent aux besoins des populations ;

- assurer un financement pérenne de la santé en mobilisant des niveaux adéquats de ressources, en développant des systèmes larges de partage du risque maladie entre les individus, et en maintenant un contrôle effectif des dépenses de santé publiques et privées.

Des avantages comparatifs qui devraient être davantage mobilisés

La Banque mondiale dispose de trois outils importants pour promouvoir des changements de politique et des investissements capables d'améliorer la santé dans les pays pauvres.

Le dialogue politique et macro-économique avec les pays. La santé, et plus largement les secteurs sociaux, ont souvent été les parents pauvres du dialogue que la Banque mondiale, dans le cadre de sa stratégie-pays (*country assistance strategy*), développe avec chaque pays membre sur les réformes prioritaires à entreprendre. Pourtant, l'amélioration des systèmes de santé dans les pays pauvres implique des réformes structurelles qui sont souvent « politiquement » difficiles à mettre en place, et qui nécessiteraient d'être intégrées dans un dialogue politique au plus haut niveau. C'est le cas, par exemple, des réformes dans le secteur du médicament et celui des ressources humaines, deux domaines d'autant plus « difficiles » qu'ils touchent à des intérêts politiques et économiques importants. Des mesures plus agressives devraient être également développées à un niveau macro-économique pour aider les pays pauvres à financer les dépenses récurrentes dans la santé et à combler

l'écart important qui existe entre les ressources disponibles et celles qui sont nécessaires.

Le rapport stratégique de 1997 reconnaît ces faiblesses et recommande que les réformes prioritaires de santé, y compris la mobilisation urgente de ressources financières dans les pays les plus pauvres, soient inscrites au niveau de la stratégie et du dialogue politique de la Banque mondiale avec chaque pays. Signe très encourageant, le FMI et la Banque mondiale viennent de décider que les pays pauvres qui bénéficieront des mesures d'allègement de la dette (initiative « HIPC ») devront développer un document stratégique de réduction de la pauvreté. Cette stratégie sera le cadre de référence qui leur permettra de bénéficier des mesures d'allègement de la dette et de recevoir des prêts IDA de la Banque mondiale.

Les actions multi-sectorielles. Parce qu'elle est capable de mobiliser des ressources importantes dans plusieurs secteurs à la fois, la Banque mondiale est, sans conteste, l'institution la mieux à même de développer des interventions multi-sectorielles afin de diminuer les facteurs de risque négatifs pour la santé. Une telle approche est d'autant plus nécessaire dans les pays pauvres que les mauvais indicateurs de santé sont étroitement liés à des problèmes d'hygiène et d'assainissement, d'accès à l'eau potable, de logements insalubres, de faible niveau d'éducation, de politiques agricoles et alimentaires, etc. Là encore, le rapport de 1997 appelle à une plus grande coordination entre les différents secteurs à l'intérieur de la Banque. La réorganisation de la Banque mondiale en 1997 autour d'équipes par pays devrait permettre de mieux coordonner les efforts autour d'une même stratégie-pays et de développer des synergies entre les différents projets.

La mobilisation de financements importants.

Le rapport de 1997 tire d'importantes leçons des expériences passées et recommande les actions suivantes :

- au niveau du choix des interventions, le rapport recommande une plus grande sélectivité, en privilégiant les groupes les plus démunis, comme les femmes et les enfants, et les domaines où le financement public a le plus d'impact, comme la prévention et la santé publique. Le rapport insiste sur la nécessité de centrer les efforts à la fois sur des objectifs de réforme à moyen et long termes comme sur des actions de plus court terme. Il recommande le développement de projets pilotes afin de tester des stratégies, ainsi

qu'une approche progressive dans la mise en place des réformes. Concernant ces dernières, une attention particulière devrait être apportée à la décentralisation des systèmes de santé et au financement des coûts opérationnels de la santé.

- le rapport souligne la nécessité d'améliorer la préparation des projets, en utilisant davantage l'approche participative et en effectuant les analyses nécessaires en amont, notamment en ce qui concerne la pérennité des investissements, la dimension politique et économique des réformes, ainsi que la dimension culturelle et sociologique des comportements par rapport à la santé.

- enfin, le rapport insiste sur la nécessité, dans les pays pauvres, de renforcer la coordination entre les partenaires financiers et de développer de façon concertée des initiatives régionales, à l'instar du programme réussi de lutte contre l'onchocercose. ■

1. « Sector Strategy : Health, Nutrition, Population », Human Development Network, the World Bank Group, 1997.

2. « The role of the World Bank in international health : renewed commitment and partnership », J. de Beyer, A. Preker, R. Feachem, *Social Science and Medicine* 50 (2000) 168-176.