



ATTEINDRE LES PAUVRES

*Des services de santé, nutrition
et population pour les pauvres*

Ce qui marche, ce qui ne marche pas et pourquoi

Les programmes de santé n'ont pas besoin d'être inéquitables. Bien que la plupart des services de santé, nutrition et population exacerbent les inégalités entre les pauvres et les riches, en profitant bien moins aux premiers qu'aux seconds, bon nombre d'exceptions notables et riches d'enseignements ouvrent des perspectives prometteuses en montrant qu'il est possible d'atteindre les pauvres bien plus efficacement que nous ne le faisons aujourd'hui.

Recenser ces exceptions pour en tirer les enseignements est au cœur du programme Atteindre les pauvres (Reaching the Poor). Mené par la Banque mondiale en coopération avec la Fondation Gates et les Gouvernements néerlandais et suédois, ce programme vise à faciliter la recherche et l'adoption de stratégies qui permettront aux plus démunis de profiter davantage des services de santé, nutrition et population.



ATTEINDRE LES PAUVRES

Ce qui marche, ce qui ne marche pas et pourquoi

Des services
de santé,
nutrition
et population
pour les pauvres

LA PROBLÉMATIQUE

Il est rare que les programmes de santé, nutrition et population atteignent efficacement les catégories de personnes les plus vulnérables. Si de nombreux acteurs du secteur de la santé tiennent depuis longtemps pour acquis que les pauvres sont les premiers bénéficiaires de leurs interventions, des informations récentes semblent infirmer ce postulat. Les services tant publics que privés, y compris ceux qui visent expressément à aider les plus démunis, finissent généralement par bénéficier aux groupes plus aisés.

Cela vaut tout particulièrement pour les services de niveau secondaire ou tertiaire. Toutefois, même les services de base ont tendance à profiter davantage aux personnes plus aisées qu'aux plus démunis, auxquels ils sont habituellement destinés. Ainsi, pour chacun des huit services de protection maternelle et infantile de base, le taux de couverture est plus élevé dans le quintile le plus aisé de la population des pays en développement que dans le quintile le plus pauvre (figure 1).

Dans la plupart des cas, cela est également vrai des services publics, malgré les raisons d'équité traditionnellement invoquées pour justifier l'intervention directe de l'État dans les prestations fournies. Les résultats des 21 pays en développement couverts par la figure 2 illustrent ce constat. Dans 80 % d'entre eux (17 sur 21), les 20 % les plus aisés de la population profitent davantage (dans 15 pays) ou autant (dans 2 pays) des subventions publiques à la santé que les 20 % les plus pauvres. En moyenne, la prestation dont bénéficie le quintile le plus aisé est de deux tiers plus élevée que celle dont bénéficie le quintile le plus pauvre.

LE PROGRAMME

Le programme Atteindre les pauvres cherche à aller au-delà des constats de disparité, tels que ceux illustrés par les figures 1 et 2, pour trouver le moyen de réduire les inégalités en faisant progresser le taux de couverture chez les pauvres. En dressant le bilan des initiatives récentes et en cours dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population, on espère pouvoir attirer l'attention des promoteurs de projets peu performants sur des problèmes dont ils ne sont pas toujours conscients et porter à leur attention des formules qui se sont avérées plus efficaces et donc dignes d'intérêt. Le programme vise également à constituer une base d'observations pour comprendre dans quels cas et pour quelles raisons les prestations fournies atteignent les pauvres, et à montrer qu'il est possible de suivre ces prestations du point de vue de leur impact sur la pauvreté.

Le programme s'articule autour des trois volets suivants :

- **Constitution d'une documentation** ou base d'informations. Pour éclairer le bilan des services de santé, nutrition et population, le programme a fait réaliser 18 études de cas, sélectionnées par un comité d'examen technique parmi les quelque 150 propositions reçues en réponse à un appel d'offres international. Il s'agissait d'évaluations quantitatives de la répartition des prestations des programmes étudiés entre différentes catégories socioéconomiques. Ces évaluations s'appuyaient sur des techniques mises au point au cours des 25 dernières années pour déterminer la répartition des prestations financées par des ressources publiques dans les pays en développement.
- **Synthèse** des éléments d'information existants et des données nouvelles. En février 2004, le programme a organisé une conférence internationale qui a rassemblé les auteurs des études de cas commandées, d'autres spécialistes réalisant des enquêtes sur le même thème, et des gouvernants et chercheurs des pays en développement et des organismes d'aide internationale. Cette manifestation a permis de présenter plus de 100 études de cas réalisées par des spécialistes financés dans le cadre du programme et par d'autres chercheurs. Les implications des conclusions de ces études pour les programmes de santé, nutrition et population ont également donné lieu à des échanges de vues approfondis.
- **Diffusion** des éléments d'information rassemblés et synthésés. Un grand nombre d'activités sont actuellement en cours ou en préparation pour mieux faire connaître le problème des inégalités de

Figure 1. Utilisation des services de protection maternelle et infantile de base
Taux de couverture chez les 20 % les plus aisés et les 20 % les plus pauvres de la population de 56 pays en développement ou en transition

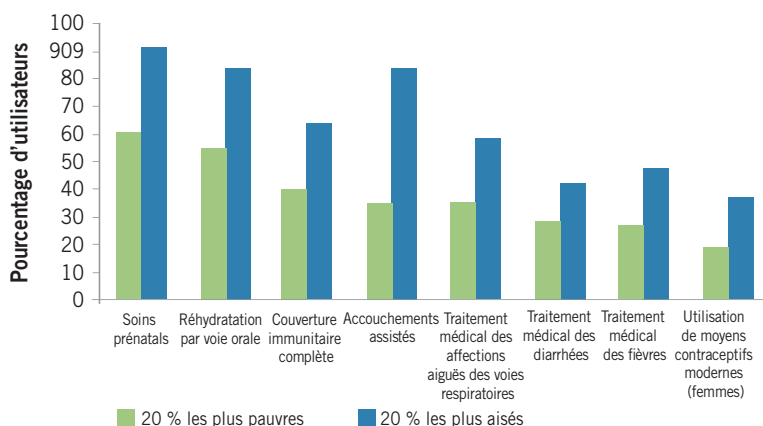
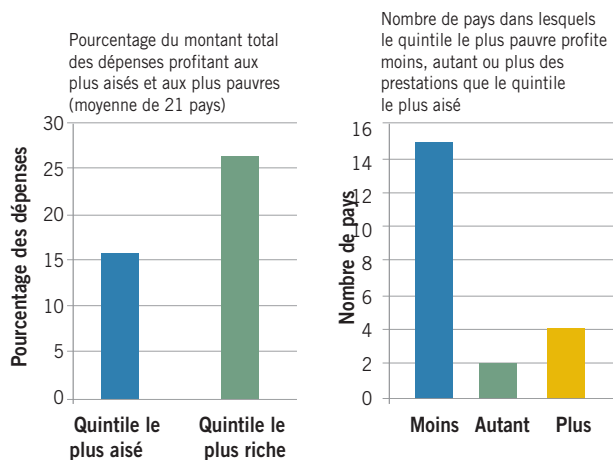


Figure 2. Répartition des prestations financées par des dépenses publiques consacrées à la santé
Pourcentage des dépenses profitant aux 20 % les plus pauvres et aux 20 % les plus aisés de la population de 21 pays en développement ou en transition



couverture et, surtout, les moyens d’y remédier en faisant progresser le taux de couverture chez les pauvres. Parmi elles, citons la présente publication, plusieurs conférences régionales en Afrique et en Asie, un recueil des études de cas financées par le programme et un rapport général d’activité.

ENSEIGNEMENTS

La figure 3 fait ressortir les principaux enseignements tirés d’un échantillon illustrant 27 études de cas réalisées par des spécialistes dans le cadre du programme et par d’autres chercheurs, et présentées à la conférence internationale organisée par le programme. Ces enseignements s’organisent autour des deux dimensions des résultats d’une prestation, présentés dans l’encadré intitulé « Évaluer dans quelle mesure les programmes profitent aux pauvres ». Il s’agit de l’orientation — ou incidence — du programme, en abscisse, et de sa couverture, en ordonnées. Chaque point représente un programme donné. Les mentions à l’intérieur de la figure renvoient à cinq des programmes les plus intéressants.

Il ressort des études que :

- Dix huit des vingt sept programmes profitent aux pauvres lorsqu’on les évalue du point de vue de leur orientation : les 20 % les plus pauvres de la population sont les bénéficiaires de plus de 20 % des prestations du programme (il s’agit des 18 points qui sont situés à droite de la barre verticale des 20 %). Dans sept d’entre eux, les 20 % les plus pauvres sont les bénéficiaires de plus de 40 % de l’ensemble des prestations du programme.
- Quatorze des vingt sept programmes profitent au moins à 50 % du quintile le plus pauvre.

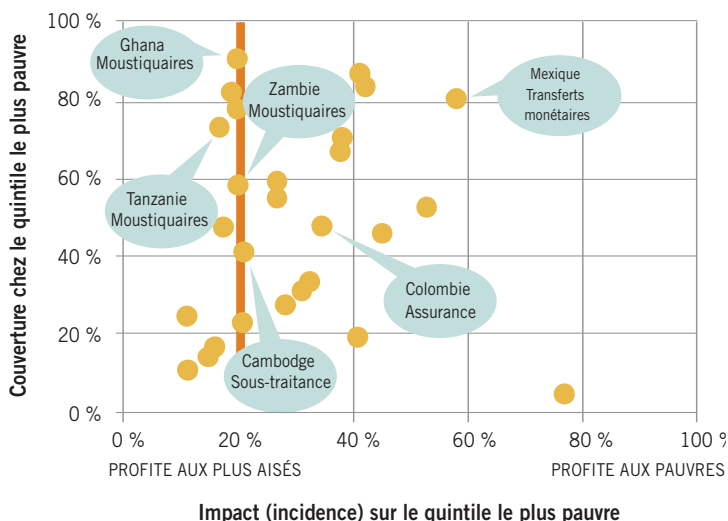
Parmi les activités les plus prometteuses, on peut citer :

- Au Mexique, le programme « Progresa » qui paye, plutôt que facture, les familles pauvres qui vont au dispensaire et envoient leurs enfants à l’école.

Plus de 20 millions de personnes profitent de ce programme dont les prestations représentent plus de 20 % du revenu des bénéficiaires. Presque 60 % des bénéficiaires appartiennent aux 20 % les plus pauvres de la population mexicaine ; 80 % des bénéficiaires font partie des 40 % les plus pauvres

- En Colombie, une technique de ciblage perfectionnée permet de proposer une assurance-maladie subventionnée aux plus démunis. La proportion de personnes couvertes dans le quintile le plus pauvre est passée de moins de 10 % au début des années 90 à près de 50 % quatre ans plus tard. En outre, 35 % des subventions accordées dans le cadre du programme sont allées aux 20 % les plus pauvres de la population, et 65 % aux 40 % les plus pauvres.
- Au Cambodge, une expérience permet de sous-traiter aux organisations non gouvernementales la prestation de services publics de soins de santé primaires en zone rurale, dans le cadre de contrats obligeant le prestataire à atteindre un certain taux de couverture chez les pauvres. Pour huit services de base, le taux de couverture dans le quintile le plus pauvre est passé en quatre ans d’une moyenne de moins de 15 % à plus de 40 % dans deux districts expérimentaux comptant environ 200 000 habitants au total, soit deux fois et demie l’augmentation constatée dans deux districts témoins où ces services n’avaient pas été sous-traités.
- Au Ghana et en Zambie, des moustiquaires imprégnées d’insecticide sont distribuées dans le cadre de campagnes de vaccination contre la rougeole. Au Ghana, la Croix-Rouge et les services de santé ont fait passer de 3% à près de 60 % la proportion du quintile le plus pauvre utilisant des moustiquaires traitées dans un district du nord du pays comptant environ 90 000 habitants. Un programme similaire en Zambie a abouti à des résultats comparables. La possession de moustiquaires traitées y est passée de 18 à 82 % dans le quintile le plus pauvre de la population dans cinq districts ruraux comptant 450 000 habitants au total.

Figure 3. Orientation, incidence et couverture des prestations sanitaires



ÉVALUER DANS QUELLE MESURE LES PROGRAMMES PROFITENT AUX PAUVRES

Pour évaluer dans quelle mesure un programme profite aux pauvres, on considère généralement les résultats obtenus sous les deux angles suivants :

- L'orientation ? ou l'incidence ? des prestations. Il s'agit de la proportion des prestations d'un programme donné qui profite à différentes catégories de personnes, surtout aux plus démunis du point de vue de la pauvreté. Plus cette proportion est grande, plus le programme touche efficacement les pauvres. (Supposons, par exemple, que 35 % de la population d'un pays vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Si plus de 35 % des bénéficiaires d'un programme font partie de ces 35 % les plus pauvres, le programme est dit progressif, c'est-à-dire qu'il profite aux pauvres. Inversement, si moins de 35 % des prestations de ce programme profitent à cette catégorie de personnes, le programme est dit régressif, c'est-à-dire qu'il profite davantage aux riches qu'aux pauvres.)
- La couverture, c'est-à-dire le pourcentage de pauvres dans le pays qui profitent d'un programme donné. Contrairement aux indicateurs d'orientation ou d'incidence, qui comparent directement ou indirectement le taux de couverture entre différentes catégories de personnes, les indicateurs de couverture mesurent les résultats d'un programme pour les pauvres seulement.

Les indicateurs d'orientation ou d'incidence comparant le taux de couverture entre différentes catégories de personnes, ils servent à évaluer l'impact d'un programme sur les inégalités entre groupes. Ils permettent, par exemple, de déterminer dans quelle proportion le programme contribue à l'accroissement ou à la réduction des disparités de couverture entre les pauvres et les riches. En revanche, les indicateurs de couverture sont utilisés pour évaluer l'impact d'un programme sur la pauvreté. Ils permettent de déterminer la proportion des prestations d'un programme qui profite aux pauvres, que cette proportion soit plus grande ou plus petite que celle qui profite aux riches.

Le programme Atteindre les pauvres (Reaching the Poor) est coordonné par Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo Yazbeck. Pour tout complément d'informations, prière de :

- Consulter la rubrique « Reaching the Poor Program » sur le site web de la Banque mondiale consacré à la pauvreté et à la santé (<http://www.worldbank.org/povertyandhealth.html>) ou
- Adresser un courriel au service de conseil « santé » de la Banque mondiale (healthpop@worldbank.org)

La Banque mondiale remercie la Fondation Bill and Melinda Gates et les Gouvernements néerlandais et suédois de leur concours, sans lequel ce programme n'existerait pas.

Ce document s'appuie en partie sur des données tirées de Davidson R. Gwatkin, Abbas Bhuiya, et Cesar G. Victora, « Making Health Systems More Equitable, » *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, pp. 1273–1280.

- *En Tanzanie, une opération de distribution subventionnée de moustiquaires imprégnées d'insecticide a été réalisée.* Dans deux districts du sud du pays comptant environ 60 000 habitants au total, le Health Research and Development Center d'Ifakara a monté et exécuté un programme de marketing social qui a fait passer de 20 à 73 % la possession de moustiquaires dans le quintile le plus pauvre de la population. Comme au Ghana et en Zambie, l'utilisation et la possession de moustiquaires a connu une augmentation plus forte dans les ménages pauvres que dans les ménages plus aisés.

L'envergure et la conception de ces programmes et des autres prestations qui semblent avoir profité efficacement aux pauvres varient beaucoup. Si dans certains cas (Ghana, Tanzanie, Zambie), il s'agissait d'expériences relativement limitées, axées sur des interventions contre des maladies bien déterminées, dans d'autres (Mexique, Colombie), l'action menée faisait intervenir des réformes à l'échelle du pays sur de nombreux aspects fondamentaux du système national de santé. Certaines de ces opérations (Cambodge, Ghana, Tanzanie, Zambie) se sont traduites par une transformation du régime et/ou du mode de prestation des services, alors que d'autres (Colombie, Mexique) visaient à modifier le mode de financement des prestations. Enfin, quelques unes (Ghana, Zambie) ne concernaient que les maladies transmissibles de l'enfance, tandis que plusieurs autres (Cambodge, Colombie, Mexique) étaient beaucoup plus larges, portant aussi sur les adultes et les maladies chroniques.

Un large éventail de techniques ont été utilisées dans les projets et programmes dont les résultats semblent avoir été concluants. Citons notamment des formules permettant une meilleure identification des pauvres (Colombie, Mexique), des transferts monétaires en contrepartie de l'utilisation des services (Mexique), des prestations assurées par des ONG dans le cadre de contrats assortis d'indicateurs expressément et soigneusement conçus pour mesurer les résultats obtenus au profit des pauvres (Cambodge), de larges campagnes (Ghana, Zambie) et des opérations de marketing social (Tanzanie).

CONCLUSIONS

Les expériences telles que celles qui viennent d'être présentées montrent qu'il ne faut pas considérer comme inévitables les résultats clairement insuffisants de la plupart des programmes de santé, nutrition et population en cours qui visent à toucher les pauvres. Il est possible de faire beaucoup mieux.

La nature assez variable des expériences encourageantes pose la question de savoir s'il existe une meilleure stratégie unique permettant d'améliorer la situation. Peut-être sera-t-il possible d'identifier un jour une telle stratégie grâce à des études plus approfondies. Cela étant, il est tout aussi probable — sinon davantage — qu'une multiplicité d'approches différentes et prometteuses soit identifiées, la pertinence de chacune d'elles dépendant largement des caractéristiques du milieu et de la maladie ou du service concerné.

Ceci justifie la nécessité de s'employer à déterminer laquelle des nombreuses approches prometteuses disponibles convient le mieux à une situation donnée. C'est l'objectif visé au moyen des expériences mises en évidence à travers le programme Atteindre les pauvres, notamment en présentant les enseignements tirés des nombreuses possibilités dignes d'intérêt. L'étude de toutes les possibilités peut être particulièrement instructive et passe par la sélection des plus prometteuses d'entre elles pour un contexte donné. Il faut en outre adapter les possibilités sélectionnées en fonction des informations relatives au contexte, les évaluer, en suivre l'impact, améliorer celles qui donnent les meilleurs résultats, et enfin abandonner celles qui sont inopérantes pour en tester d'autres à leur place.