
Comment créer des programmes démographiques et de santé *susceptibles d'atteindre* *les plus démunis*

par Lori S. Ashford, Davidson R. Gwatkin et Abdo S. Yazbeck

Les auteurs

Lori S. Ashford est directrice technique des informations stratégiques au Population Reference Bureau (PRB). Davidson R. Gwatkin est conseiller en questions de santé et de pauvreté et Abdo S. Yazbeck est économiste principal dans le domaine de la santé à la Banque mondiale.

Remerciements

Certaines parties du présent rapport ont été adaptées à partir de l'ouvrage *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, édité par Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck et publié par la Banque mondiale en 2005.

Les auteurs souhaitent exprimer leurs remerciements aux personnes qui ont assuré la relecture de tout ou d'une partie du projet de rapport et ont, dans certains cas, fourni des informations supplémentaires : Mai Hijazi et Joan Robertson de l'Agence des États-Unis pour le Développement international ; Fariyal Fikree, Rachel Nugent, Farzaneh Roudi et Nancy Yinger du PRB ; Kiersten Johnson de ORC Macro ; M. Kent Ranson de la London School of Hygiene and Tropical Medicine ; et J. Brad Schwartz du PHC Expansion Projet, Ministère de la Santé du Cambodge. Alexander Arenas, Uwe Deichmann et Erika Yanick de la Banque mondiale ont également apporté leur assistance.

Conception : Michelle Corbett, PRB
Traduction : Pascale Ledeur-Kraus
Édition : Pascale De Souza
Coordination : Sara Adkins-Blanch, PRB

Le présent rapport a été financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement international au titre du Projet BRIDGE (No. GPO-A-00-03-00004-00).

Le texte intégral du rapport est disponible en ligne sur le site Internet du PRB à l'adresse suivante : www.prb.org/francais.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez contacter :

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 États-Unis
Tél. : 202-483-1100
Télécopieur : 202-382-3937
Courriel : prborders@prb.org
www.prb.org

© 2007 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	ii
Synthèse	ii
1ÈRE PARTIE Fracture sanitaire entre les riches et les pauvres	1
Figure 1. Taux de mortalité des moins de 5 ans selon la situation économique	1
Figure 2. Part des dépenses publiques consacrée aux riches et aux pauvres, 21 pays en développement, 2003	2
Figure 3. Inégalités dans l'utilisation des services de santé, enquêtes récentes, 1992–2002	3
2ÈME PARTIE Approches pour aider les plus démunis	4
Encadré 1. Localisation de la pauvreté : comment identifier où vivent les plus démunis	5
3ÈME PARTIE Études de cas et enseignements	9
Encadré 2. Les pauvres bénéficient de certains programmes parce que les riches vont ailleurs	10
Figure 4. Inégalités dans les programmes de vaccination et les soins prénatals au Brésil (1996) et dans l'état de Sergipe (2000) ...	11
Figure 5. Couverture des programmes de santé familiale, Porto Alegre et Sergipe, Brésil	11
Figure 6. Cambodge : Amélioration de la couverture de santé primaire chez les plus démunis, 1997 et 2001	13
Figure 7. Augmentation du nombre de moustiquaires de lit dans les ménages dans deux districts ruraux de Tanzanie, 1997 et 2000	14
Figure 8. Situation économique des utilisateurs des services mobiles de santé reproductive du SEWA	15
Figure 9. Accouchements dans des installations médicalisées, première grossesse, Projet pour les adolescents au Népal, 1999 et 2003	16
4ÈME PARTIE Suivi du programme et instruments d'évaluation	18
Figure 10. Trois programmes de santé hypothétiques	19
Echantillon no 1. Questionnaire sur les biens des ménages tiré de l'EDS	20
Echantillon no 2. Enquête-type d'évaluation de la pauvreté	21
Figure 11. Egypte : utilisation de la contraception moderne par les femmes mariées, 1995 et 2000	22
Références	23
APPENDICE Pour de plus amples informations	25
Ressources suggérées	25
Ressources techniques pour l'analyse de l'équité des services de santé	26

PRÉFACE

Ce rapport se fonde sur la récente documentation prônant une plus grande équité dans le secteur de la santé, notamment sur les conclusions et les enseignements du programme de la Banque mondiale intitulé *Reaching the Poor* [Comment Atteindre les Pauvres]. Mené à bien en 2005, ce programme cherchait à élaborer et encourager l'adoption de stratégies garantissant aux groupes défavorisés un meilleur accès aux services de santé, de nutrition et de population..

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre les services du Population Reference Bureau et de la Banque mondiale et est destiné aux personnes chargées du financement, de l'élaboration, de la gestion et de l'évaluation des programmes de santé et de population des pays en développement. L'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) a fourni les financements requis pour la préparation de ce rapport ainsi que des Enquêtes démographiques et de santé sur lesquelles il s'appuie en grande partie.

Si ce rapport accorde une attention toute particulière à la santé reproductive dans les données et les exemples proposés, les informations présentées suggèrent également des enseignements de plus grande portée pour le secteur de la santé et pour tous ceux qui préparent des programmes à l'intention des groupes défavorisés.

SYNTHÈSE

Dans la quasi-totalité du monde en développement, les groupes aisés bénéficient d'un meilleur accès aux services de santé que les plus défavorisés. Même au niveau des programmes élaborés et financés spécifiquement pour répondre aux besoins des groupes pauvres en matière de santé — notamment la planification familiale, les soins de maternité et la nutrition infantile — les groupes plus aisés tirent l'essentiel des bénéfices en ayant plus recours aux services que leurs compatriotes moins nantis. Les pauvres reçoivent moins d'attention pour diverses raisons, comme par exemple l'ignorance, l'impuissance, l'inaccessibilité des installations offrant des services de qualité acceptable, le manque d'attention des prestataires de santé et le coût de certains services.

Des programmes couronnés de succès dans divers contextes dans les pays en développement ont travaillé à l'élimination de ces obstacles pour octroyer une part plus importante des avantages offerts par les programmes aux plus nécessiteux. Certains programmes sanitaires nationaux offrent une couverture universelle pour garantir l'inclusion des plus démunis, certains sont axés directement sur les communautés et les familles pauvres, alors que d'autres poursuivent une approche combinée. Certains programmes sont réorganisés de manière à rapprocher les prestataires de santé des communautés ou à impliquer les membres des communautés de manière plus intensive dans l'élaboration des programmes et leur mise en application.

Cependant, une approche, quelle qu'elle soit, peut avoir des résultats inattendus, et aucune approche unique ne peut fonctionner pour tous les services de santé dans tous les contextes. Quelle que soit la stratégie choisie, il est nécessaire d'accorder une attention toute particulière à l'élaboration des programmes, leur suivi et leur évaluation pour s'assurer que les plus démunis bénéficient des services de santé fournis. Les décideurs politiques et les chargés de programmes auront intérêt à étudier les approches appliquées dans d'autres contextes, à les adapter aux circonstances locales, à en mesurer l'impact et à peaufiner celles qui fonctionnent tout en abandonnant celles qui ont échoué.

Il existe d'ores et déjà des instruments qui permettent de déterminer l'efficacité des programmes. Leur utilisation peut exiger davantage d'efforts que ceux que les chargés de programmes consacrent normalement à l'évaluation, mais ils ne sont pas d'un emploi particulièrement difficile. La 4^{ème} partie du rapport et son appendice décrivent certains de ces instruments et précisent là où les planificateurs et évaluateurs des programmes sont susceptibles de se procurer davantage d'informations en la matière. Leur application représente une première étape importante pour comprendre pourquoi tant de programmes ne parviennent pas à répondre avec efficacité aux besoins de santé des plus démunis.

1ÈRE PARTIE | FRACTURE SANITAIRE ENTRE LES RICHES ET LES PAUVRES

Le niveau de santé des pauvres est inférieur à celui des riches

Les inégalités entre les riches et les pauvres en matière de santé se retrouvent dans le monde entier. Ces disparités sont d'autant plus visibles dans les pays les plus pauvres où des millions de personnes souffrent de maladies évitables — telles que maladies infectieuses, malnutrition et complications de l'accouchement —, tout simplement en raison de leur pauvreté. Ces différences considérables de l'état de santé sont jugés injustes ou inéquitable, dans la mesure où elles correspondent à des différences de contraintes et d'opportunités et non à des choix de nature individuelle.¹

De nombreuses études réalisées dans les pays en développement révèlent que les plus démunis risquent davantage d'être victimes de problèmes de santé et sont moins à même de recourir aux services que les plus nantis (« plus nantis », « aisés », « riches », ou « moins pauvres » fait ici référence aux groupes au statut économique plus élevé dans un pays donné, même si ce dernier est considéré comme pauvre par rapport aux normes mondiales).

L'une des études les plus vastes ainsi réalisée, sous les auspices de la Banque mondiale, se sert des données tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) effectuées dans 56 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine.² Les EDS interrogent des femmes en âge de procréer sur diverses questions liées à la fécondité et à la santé maternelle et infantile. Ces enquêtes mesurent ainsi le statut socio-économique des personnes interrogées en leur posant des questions sur les caractéristiques de leur ménage, notamment les biens qu'elles possèdent (réfrigérateur, télévision ou véhicule automobile) et la construction de leur foyer, la plomberie et l'électricité. Grâce à ces données, les chercheurs ont établi un indice des biens (ou de la richesse) des ménages et divisé la population de chaque pays en cinq groupes de taille égale, ou quintiles, sur la base de la position relative de chaque personne concernant l'indice de richesse des ménages du pays.

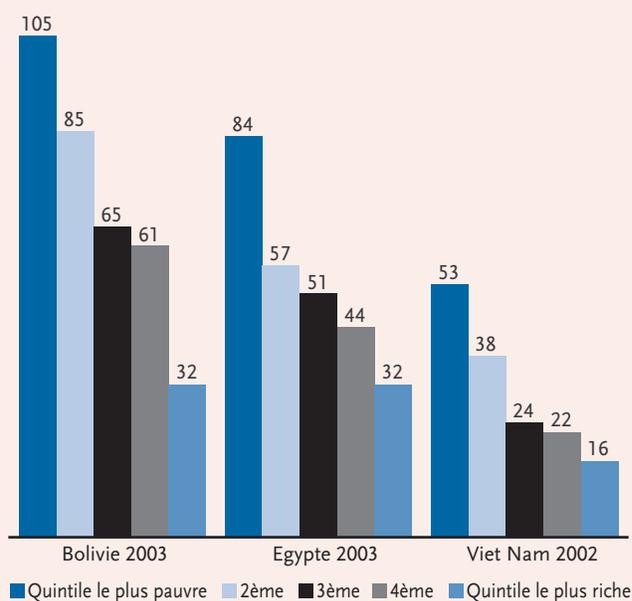
Les résultats révèlent que la situation des quintiles les plus pauvres est moins favorable que celle des quintiles les plus riches pour toute une série de questions de santé, notamment la mortalité infantile et la nutrition. La figure 1 indique les niveaux de mortalité infantile par quintile de richesse pour la Bolivie, l'Égypte et le Viet Nam, qui illustrent ce rapport. Parmi tous les pays inclus dans l'analyse ainsi effectuée, un enfant du quintile le plus pauvre est en moyenne deux fois plus susceptible de mourir avant son cinquième anniversaire qu'un enfant du quintile le plus riche. Des disparités similaires apparaissent en matière de nutrition maternelle, les femmes du quintile le plus

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

De par le monde, les plus pauvres reçoivent moins de services de santé que les plus riches, et ce malgré les meilleures intentions des gouvernements.

Figure 1
Taux de mortalité des moins de 5 ans selon la situation économique

Décès pour 1 000 enfants de moins de 5 ans



Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

pauvre étant deux fois plus susceptibles de souffrir de malnutrition que celles du quintile le plus riche.³

Des schémas similaires se révèlent pour plus d'une centaine d'indicateurs de santé et de soins médicaux évalués dans le cadre des EDS, bien que l'ampleur des différences varie d'un indicateur, d'une région et d'un pays à l'autre. Les riches sont systématiquement en meilleure santé et bénéficient de meilleurs soins que les pauvres, même dans les cas où la mission déclarée des programmes et de la santé publique est d'améliorer l'état de santé des plus démunis.⁴

Les inégalités dans le domaine de la santé existent non seulement en fonction de la richesse mais aussi d'autres mesures socioéconomiques telles que le sexe, l'origine raciale, l'origine ethnique, la langue, le niveau d'éducation, la profession et le domicile. Par exemple, dans certaines régions de l'Inde et de la Chine, les bébés de sexe féminin risquent plus de mourir que ceux de sexe masculin en raison des préférences culturelles qui favorisent les petits garçons et placent les fillettes en situation défavorisée en matière de nutrition et de soins de santé au début de leur existence. Nombre d'initiatives ayant pour objet d'améliorer cette situation tentent de résoudre ces problèmes et d'autres difficultés d'ordre social.

Les analyses et les études de cas sur lesquelles se fonde le présent rapport sont axées sur les efforts des programmes pour réduire les inégalités entre groupes économiques en matière de recours aux services de santé. Jusqu'à récemment, les chercheurs se sont heurtés à des difficultés lorsqu'ils ont tenté de mesurer le

statut économique des utilisateurs des services de santé. Mais ces obstacles ont pour l'essentiel été éliminés grâce à une approche fondée sur les biens possédés indiquée dans la 3e partie et décrite plus en détail dans la 4e partie. Il est important que le lecteur comprenne que la pauvreté économique n'est pas le seul type de pauvreté qui compte, car il est souvent combiné à d'autres obstacles de nature sociale ou géographique, entre autres. Les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle économique souffrent souvent de problèmes à plusieurs niveaux.

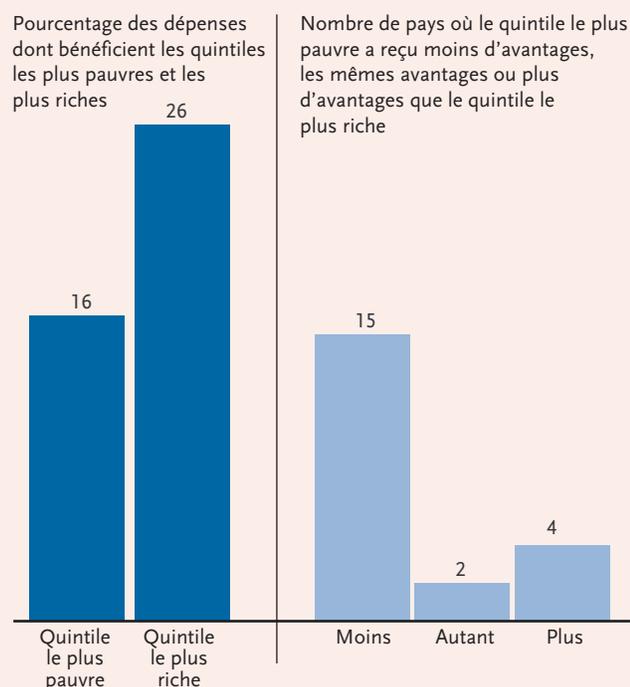
Les dépenses en matière de santé publique favorisent les plus riches

Les dépenses publiques en matière de santé sont certes souvent conçues de manière à assurer à chacun un accès égal aux services médicaux, mais en pratique l'égalité d'accès se matérialise rarement. Selon l'essentiel des recherches effectuées au cours des 20 dernières années dans les pays en développement, les soins de santé financés par les deniers publics favorisent davantage les plus riches que les pauvres. Le *Rapport sur le développement dans le monde* publié par la Banque mondiale en 2004 résumait les informations disponibles confirmant le niveau de services de santé et d'éducation financés par les pouvoirs publics dont bénéficiaient les différents groupes économiques. Dans les études réalisées dans 21 pays, en moyenne, les 20 % les plus riches de la population recevaient environ 25 % des dépenses des pouvoirs publics en matière de santé, alors que les 20 % les plus pauvres n'en bénéficiaient qu'à hauteur de 15 %.⁵ Dans 15 de ces 21 cas, les dépenses favorisaient les groupes au niveau de revenus le plus élevé et dans quatre cas seulement (l'Argentine, la Colombie, le Costa Rica et le Honduras) une part plus importante des avantages revenait aux pauvres (voir la figure 2). Même les programmes de santé ciblant les maladies affectant les pauvres, notamment les maladies infectieuses, les maladies diarrhéiques infantiles et les complications de l'accouchement, et accordant de manière explicite le plus haut niveau de priorité aux besoins des pauvres, bénéficient souvent plus aux riches. Selon les analyses des EDS sur 56 pays, les fractures d'utilisation des services sont étroitement liées à la situation économique de chacun. Plus la situation économique d'un groupe est faible, moins il fait appel aux services de santé, même les plus élémentaires (immunisation, soins maternels et planification familiale). En moyenne, d'un pays à l'autre, les enfants du quintile le plus riche sont plus de deux fois plus susceptibles que ceux du quintile le plus pauvre d'avoir reçu tous les vaccins infantiles de base (voir la figure 3).⁶

L'utilisation des méthodes modernes de contraception et de services professionnels lors de l'accouchement varie également de manière considérable suivant le statut économique. En moyenne, les femmes mariées du quintile le plus riche sont plus de quatre fois plus susceptibles que celles du quintile le plus pauvre d'avoir recours à la contraception.⁷ Et les accouchements des femmes des quintiles les plus riches s'effectuent presque cinq fois plus souvent en présence de professionnels qualifiés (médecin, infirmière ou sage-femme ; voir la figure 3). Ces données ne font que confirmer la « loi des soins inversés », une expression datant d'il y a plus de 30 ans et qui décrit la relation inverse existant entre la disponibilité de soins médicaux de qualité et les besoins de la population desservie.⁸

Figure 2

Part des dépenses publiques consacrée aux riches et aux pauvres, 21 pays en développement, 2003



Source : D. Filmer, *The Incidence of Public Expenditures on Health and Education*, Note d'information pour le *Rapport sur le développement dans le monde 2004* (2003).

Pourquoi les pauvres reçoivent-ils moins de soins de santé ?

Comme l'indique le *Rapport sur le développement dans le monde : Équité et développement* publié par la Banque mondiale en 2006, la répartition de la richesse au sein d'un pays est étroitement associée aux facteurs sociaux qui divisent les populations et les communautés en groupes dotés de degrés relatifs de pouvoir.⁹ Les inégalités surviennent lorsque certains groupes peuvent moins s'exprimer et bénéficient de moins d'opportunités de modeler leur environnement. Les différences d'ordre social, culturel et politique entre les populations donnent naissance à des partialités et des règles au sein d'institutions qui favorisent les groupes les plus puissants et les plus privilégiés. Les différences persistantes entre la puissance et la position des groupes peuvent se matérialiser sous la forme de comportements, d'aspirations et de préférences susceptibles de perpétuer les inégalités.

En matière de santé, le manque de puissance et de position d'une personne se traduit souvent par une moindre probabilité de prendre des mesures de santé préventive ou de se procurer des services médicaux. Les différences souvent frappantes entre les situations de santé des divers groupes économiques sont le reflet des inégalités en matière d'accès à l'information, aux installations offrant des soins de qualité et aux moyens de payer des services

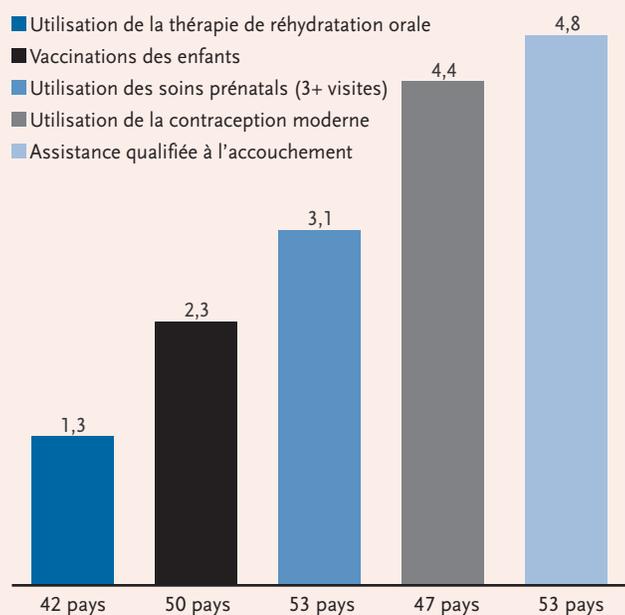
satisfaisants. Les obstacles spécifiques à l'accès à des soins de santé de qualité peuvent être classés comme suit.¹⁰

- ▶ **Le manque d'information et de connaissances.** Pratiquement partout, les pauvres sont moins éduqués que les riches et ils ne disposent pas des informations nécessaires en matière d'hygiène, de nutrition, de bonnes pratiques sanitaires et d'adresses pour se procurer des services spécifiques. Ce manque d'information empêche parfois les gens de chercher à se procurer des soins même s'ils en ont besoin et si des soins gratuits sont disponibles.
- ▶ **Le manque de « voix au chapitre » ou d'habilitation.** Les membres les plus pauvres d'une communauté ont moins de chances de se faire entendre quand il s'agit d'obtenir des soins que ses membres plus aisés, ce qui peut avoir un impact sur le niveau de ressources qui leur est consacré. De même, au sein d'une famille, les femmes et les enfants ont souvent moins de chance de se faire entendre que les hommes ou les membres plus âgés. Le manque d'autorité d'une femme, par exemple, par rapport à son mari, peut retarder la décision de se procurer les soins d'urgence requis en cas de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement.
- ▶ **L'inaccessibilité ou la mauvaise qualité des services.** Les citadins vivent généralement plus près des services de santé, alors que les habitants des campagnes sont confrontés à des coûts plus élevés et des délais plus longs pour se procurer les mêmes services. Hormis les questions de distance, la qualité des installations médicales fluctue également énormément : certaines installations sont en piètre état, ne disposent pas des médicaments et des fournitures essentiels et sont gérées par un personnel mal formé ou peu motivé. Les personnes les plus économiquement défavorisées sont précisément celles qui doivent faire face à des services de santé dysfonctionnels.
- ▶ **Le manque de réponse des prestataires de services.** Les systèmes de santé ont souvent du mal à attirer les médecins de formation urbaine dans les régions pauvres. Les zones plus démunies ont plus souvent des prestataires de santé mal payés qui s'absentent fréquemment ou sont peu motivés pour fournir des services de qualité. Qui plus est, certains d'entre eux pratiquent une discrimination ouverte à l'encontre de certains groupes ethniques ou économiques. La « distance sociale » entre les prestataires de service et leurs clients est parfois considérable, donnant à un client l'impression d'être méprisé ou négligé.¹¹
- ▶ **Le coût prohibitif de certains services.** Dans les pays en développement, les soins de santé primaire sont souvent fournis à titre gratuit par le secteur public de santé, mais les traitements des maladies et des lésions graves peuvent se révéler d'un coût prohibitif pour les familles pauvres. Ces services sont peut-être en principe gratuits, mais cela ne veut pas dire qu'ils soient fournis gratuitement aux patients. Le coût final du traitement devient parfois très élevé lorsque des paiements informels sont nécessaires pour obtenir certains médicaments ou services ou lorsque les frais de transport ou les absences du travail deviennent prohibitifs.

Figure 3

Inégalités dans l'utilisation des services de santé, enquêtes récentes, 1992–2002

Ratio moyen riches/pauvres



Note : Représente la moyenne des ratios du quintile le plus riche par rapport au quintile le plus pauvre sans pondération pour la taille de la population et exclusion faite des pays où le taux d'utilisation est inférieur à 1 %. Les enfants du quintile le plus riche sont 2,3 fois plus susceptibles de recevoir tous les vaccins infantiles de base que ceux du quintile le plus pauvre.

Source : L. Ashford et H. Kashiwase, *L'écart de santé entre les riches et les pauvres* (2004).

2ÈME PARTIE | APPROCHES POUR AIDER LES PLUS DÉMUNIS

Les obstacles auxquels sont confrontés les pauvres ne sont pas insurmontables. Divers programmes permettent d'y faire face de différentes manières : par une amélioration de l'éducation et de la promotion de la santé, par un meilleur ciblage des services, par l'amélioration de la qualité des soins, par des incitations pour les prestataires de santé et par des mécanismes de financement qui mettent les soins à la disposition de ceux qui en ont le plus besoin.¹² Une série d'interventions bien pensées permet de réduire les inégalités dans le secteur de la santé et des soins médicaux. Par ailleurs, les chercheurs reconnaissent qu'il existe des réponses efficaces aux disparités dans le domaine de la santé en dehors de ce secteur même. Elles se trouvent notamment dans les secteurs de l'éducation, des finances, de l'environnement, de l'agriculture et de l'emploi. Les descriptions ci-dessous présentent des exemples d'interventions et d'approches susceptibles d'aider les pauvres.

Comment orienter les programmes au service des pauvres

Les programmes de santé publique font souvent appel à des stratégies dites « de ciblage » afin de renforcer les bénéficiaires pour les groupes les plus pauvres. Ces stratégies permettent notamment d'identifier les pauvres qui peuvent donc prétendre à certains bénéficiaires ou d'orienter les programmes vers les régions où vivent les plus pauvres, voire de se concentrer sur des problèmes spécifiques de santé affectant les pauvres de manière disproportionnée. Les programmes faisant appel à des approches multiples sont souvent les plus efficaces.¹³ Là où les gouvernements facturent des redevances d'utilisation pour les services publics de santé, la possibilité d'accorder des dérogations ou d'adopter une échelle dégressive peut jouer un rôle crucial dans la prestation réussie des services aux pauvres. Au Cambodge, en Indonésie et au Viet Nam, par exemple, une combinaison de mécanismes d'exonération des redevances d'utilisation et de cartes de santé gratuites a été mise en place pour les populations pauvres et vulnérables.¹⁴

Le programme mexicain PROGRESA, qui offre des services d'éducation et de santé aux familles nécessiteuses, emploie une stratégie de ciblage qui commence par identifier les communautés éligibles sur la base de scores attribués selon certaines données des recensements. Il choisit ensuite les familles éligibles sur la base de données concernant les ménages recueillies dans le cadre d'un sondage spécial au sein de la communauté.¹⁵ D'autres pays font appel à une cartographie de la pauvreté — une technique d'affichage visuelle de données diverses (tirées de sondages, recensements et enquêtes) — pour identifier les secteurs devant faire l'objet d'investissements et de services publics en priorité (voir l'encadré 1).

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Certains programmes orientent davantage de bénéficiaires vers les groupes défavorisés en rapprochant ces services des communautés qui en ont besoin.

Une étude des expériences ciblées à l'échelle mondiale a révélé que la plupart du temps, le ciblage permettait de faire parvenir une plus vaste proportion des ressources à leurs destinataires qu'une affectation aléatoire des fonds. Ceci dit, dans environ 25 % des cas, le ciblage se révélait d'ordre tellement régressif ou biaisé en faveur des riches qu'une affectation aléatoire aurait sans doute permis aux pauvres de bénéficier d'une part plus importante des avantages fournis.¹⁶ Certains des cas régressifs incluent notamment les programmes assurant une « auto-sélection » des bénéficiaires qui optent pour la consommation de produits subventionnés. L'évaluation réalisée n'a pas réussi à cerner une stratégie de ciblage plus efficace que les autres ; elle a en fait permis d'établir que ce qui compte avant toute chose c'est la qualité de la mise en application. La capacité de gestion des programmes par les gouvernements et leur responsabilisation vis-à-vis des résultats peuvent avoir un impact considérable sur l'efficacité des stratégies de ciblage.

Promotion d'une couverture universelle des services de santé de base

Par opposition aux stratégies axées sur les pauvres, les soins de santé universels offrent des services de santé de base à l'ensemble de la population. L'objectif commun consiste à fournir des services de santé de base peu onéreux et accessibles à tous, en particulier aux pauvres et aux habitants des zones rurales. Cette stratégie est généralement considérée comme favorable pour la promotion de l'équité des services de santé — à condition bien entendu que la couverture universelle puisse se matérialiser. Mais

Encadré 1

Localisation de la pauvreté : comment identifier où vivent les plus démunis

Une dimension importante du ciblage des pauvres consiste à déterminer où ils vivent. Les groupes désavantagés sont souvent concentrés dans des zones spécifiques, mais les données sur la pauvreté au niveau national masquent parfois les fluctuations au niveau régional ou local. La cartographie de la pauvreté permet une représentation spatiale et une analyse du bien-être des populations et de leur niveau de pauvreté. Les cartes peuvent aider les décideurs à identifier les décalages dans le développement et les endroits où des investissements dans les infrastructures, le personnel ou les services auraient l'impact le plus important. Si les cartes de la pauvreté étaient auparavant l'apanage des économistes et des spécialistes des sciences sociales, elles sont aujourd'hui employées par les décideurs politiques, les ONG, les organisations universitaires et les entreprises privées.¹

Il existe bien des catégories de cartes de la pauvreté et maintes manières de les dresser. Des mesures différentes de la pauvreté peuvent être représentées, notamment les revenus, la consommation ou une combinaison d'indicateurs du bien-être tels que l'Indice des Nations Unies sur le développement humain. Les cartes sont d'une utilité toute particulière pour les responsables de la planification lorsqu'elles présentent des données sur la pauvreté pour des zones restreintes, par district ou par communauté par exemple. La figure ci-dessous contient une série de cartes de pauvreté à des niveaux de définition différents, indiquant le pourcentage de personnes classées comme « pauvres » (l'indice de relevé des effectifs) à chaque niveau. Les cartes à plus haute définition, qui contiennent davantage

de détails aux niveaux provincial et municipal, permettent d'identifier des zones pauvres qui risqueraient sinon de ne pas être repérées.²

Etablissement des cartes de pauvreté

Les sources d'informations pour dresser les cartes de la pauvreté incluent notamment les recensements, les enquêtes, les données administratives. Par ailleurs, l'établissement des cartes de pauvreté fait de plus en plus appel aux données provenant de sources diverses. Des logiciels dits SIG (Systèmes d'informations géographiques) sont utilisés pour positionner les informations sur les cartes en fonction des coordonnées géographiques.

Les cartes permettent de présenter des informations ventilées sur des zones géographiques suffisamment petites pour refléter la diversité économique. Les « estimations sur les zones restreintes » constituent une technique statistique qui permet de procéder à des estimations sur des zones très restreintes à partir de recensements et de données sur la consommation des ménages tirées de diverses enquêtes.³

Utilisation des cartes

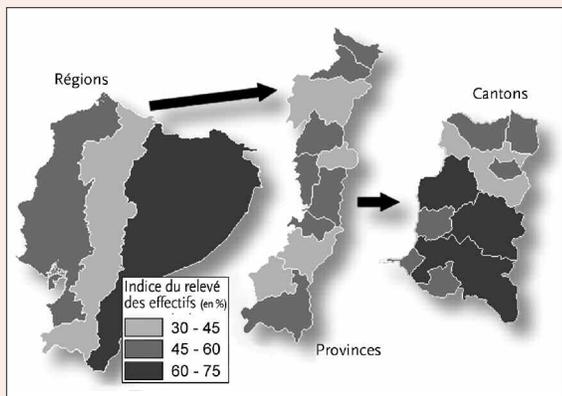
Dans les pays où elles ont été employées, les cartes de pauvreté ont orienté les affectations des ressources publiques pour les investissements de nature sociale et les initiatives de réduction de la pauvreté. Au Guatemala, par exemple, la cartographie de la pauvreté a contribué à la restructuration du système national d'investissement public et amélioré le ciblage de centaines de millions de dollars de dépenses annuelles. Au Viet Nam, les cartes ont permis de procéder à un ciblage géographique des financements des initiatives de réduction de la pauvreté, au titre desquelles les ménages défavorisés bénéficient d'une scolarisation et de soins de santé gratuits ou subventionnés, et d'exonérations fiscales.

Une carte de pauvreté peut être utilisée pour afficher simultanément deux indicateurs ou plus, par exemple en représentant le nombre des pauvres et l'emplacement des écoles ou des installations médicales. Les cartes encouragent une comparaison visuelle et facilitent l'identification de schémas éventuels, notamment les concentrations de populations désavantagées ou les carences de services. En Afrique du Sud, des informations sur une flambée de choléra dans la province de KwaZulu Natal en 2001 ont été superposées sur une carte affichant les niveaux de pauvreté des ménages. Cette représentation cartographique a révélé que le choléra se déplaçait au sein des zones pauvres et en direction de ces dernières. La carte a servi de base à la stratégie élaborée pour enrayer la maladie et a aidé à mieux cibler les messages d'éducation de santé dans les communautés touchées ou les zones à haut niveau de risque. Elle a également aidé les agents de santé à enrayer la maladie en trois mois, avec l'un des taux de mortalité les plus faibles jamais enregistrés.⁴

References

- 1 Norbert Henninger et Mathilde Snel, *Where Are the Poor? Experiences with the Development and Use of Poverty Maps* (Washington, DC : World Resources Institute et Arendal, Norvège : Programme des Nations Unies pour l'Environnement, 2002) : 1-2.
- 2 Uwe Deichmann, *Geographic Aspects of Inequality and Poverty* (Washington, DC : Banque mondiale, 1999), consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://povlibrary.worldbank.org> le 30 mai 2006.
- 3 Pour de plus amples informations sur l'utilisation de ces techniques pour l'établissement de cartes de pauvreté, veuillez consulter le site suivant : www.worldbank.org/povertyenet et cliquez sur Poverty Mapping.
- 4 Henninger et Snel, *Where Are the Poor?* : 15-22.

La pauvreté aux niveaux régional, provincial et municipal en Equateur



Cette carte illustre l'indice du relevé des pauvres en Equateur, regroupés par région, par province et par municipalité. Les cartes de haute définition révèlent que la région la moins pauvre du pays (au milieu de la carte vers la gauche) contient plusieurs provinces à pauvreté modérée, présentant elles-mêmes de nombreux districts extrêmement pauvres.

Source : Jesko Hentschel et al., « Combining Census and Survey Data to Study Spatial Dimensions of Poverty », *Policy Research Working Paper 1928* (Washington, DC : Banque mondiale, 1998).

les programmes de santé cherchant à établir une couverture universelle ont fait l'objet de critiques acerbes au fil des années parce qu'ils ne parvenaient pas à atteindre leur objectif et laissaient les plus démunis sans aucune couverture. Par ailleurs, certains de ces programmes sont défectueux, en raison de la médiocrité des soins fournis, de l'insensibilité des prestataires aux besoins des utilisateurs, du manque de financement et de l'insuffisance de la formation et de l'équipement.

Malgré des performances inégales, les gouvernements du monde continuent leurs efforts pour parvenir à la couverture universelle des soins de santé primaire, notamment dans la mesure où des services de santé et de nutrition peu coûteux peuvent avoir un impact substantiel sur la santé de vastes populations. L'approche fondée sur les soins de santé primaire fait l'objet d'ajustements constants. Les nouveaux programmes mettent l'accent sur les « services essentiels », le plus souvent définis en fonction des critères de rentabilité, parmi lesquels figurent souvent des interventions fondamentales de santé maternelle et infantile dont la planification familiale, les soins prénatals et les vaccinations infantiles. Ces services, financés par le gouvernement, peuvent tout à fait être assurés par des prestataires de santé du secteur privé.¹⁷

Comment renforcer la disponibilité et la qualité des services de santé

Les obstacles imputables au manque de connaissances, à la distance à couvrir pour se procurer les services ou aux perceptions des services par les pauvres ont pu être surmontés dans certains pays en amenant les services directement à ceux qui en ont besoin. Au Bangladesh, les assistantes sociales locales apportent depuis près de trente ans des informations sur la planification familiale et des fournitures aux femmes pauvres des zones rurales directement dans leurs foyers, ce qui a fait passer l'utilisation des méthodes modernes de contraception de 5 % en 1975 à 43 % en 2000.¹⁸ Cette augmentation a été relativement constante, quels que soient les domiciles et les niveaux d'éducation.

Dans la région très pauvre de Gadchiroli, de l'état indien de Maharashtra, la *Society for Education, Action, and Research in Community Health* (SEARCH) a mis au point un programme de santé des nouveau-nés basé dans les foyers qui a permis de réduire de manière notable la mortalité infantile au cours du premier mois de vie. Dans la mesure où aucun service hospitalier n'était disponible dans les zones couvertes par le projet, SEARCH a assuré la formation d'agents de santé et de sages femmes du village dans les domaines de l'accouchement « propre » ou sans infection, de la surveillance et la ressuscitation des nouveau-nés, de l'identification des signes d'infection et de l'administration d'antibiotiques. Dans les secteurs du projet bénéficiant de soins de santé à la maison, le taux de mortalité des nouveau-nés est passé de 62 décès pour 1 000 naissances à 25 entre 1995 et 2003.¹⁹

Les améliorations de la qualité des soins fournis, notamment l'amélioration du comportement du personnel, la réduction des délais d'attente et l'augmentation de la confidentialité devraient

en outre permettre de renforcer la mise en application des services et d'améliorer la sensibilité des systèmes de santé aux besoins des clients pauvres.²⁰ En Indonésie, une intervention dite du « patient astucieux » a assuré l'éducation des clientes des services de planification familiale quant à leur droit d'obtenir des informations, de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de demander des éclaircissements. Cette formation a renforcé l'assurance des femmes lors des discussions des questions de planification familiale avec le personnel médical et amélioré les interactions entre clientes et prestataires de services.²¹

Cependant, les améliorations de qualité ne profiteront pas forcément à tout le monde. Une évaluation de l'intervention dite du « patient astucieux » en Indonésie a révélé que ce programme avait certes permis d'améliorer les interactions entre clientes et prestataires au sens large, mais que l'impact s'est surtout fait sentir chez les clientes plus éduquées et en meilleure position économique, peut-être parce qu'elles trouvaient les informations sur ce programme plus faciles à lire, à absorber et à appliquer.²²

De même, une intervention dans l'état pauvre d'Uttar Pradesh, en Inde, pour améliorer la qualité des services de santé de l'état a donné lieu à une augmentation de l'utilisation des services à tous les niveaux du système et chez les patients de tous les groupes économiques, mais les gains les plus importants ont été enregistrés au sein des groupes plus riches. Ces améliorations comprenaient notamment une formation en gestion, de nouveaux schémas d'affectation du personnel pour faire face à la demande, une politique d'exonération des honoraires, la fourniture de médicaments essentiels et la remise à niveau de l'équipement et des installations. Selon les résultats de l'évaluation, le niveau de satisfaction général a augmenté, notamment à l'échelon des centres communautaires et des dispensaires de soins de santé primaire, parmi les 40 % de patients les plus riches. Mais pour les 40 % les plus pauvres, les niveaux de satisfaction ont soit à peine augmenté soit diminué, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle les groupes plus riches sont les premiers à bénéficier de toute amélioration générale.²³

Mise au point de partenariats entre le secteur public et le secteur privé

Dans la mesure où de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) travaillent d'ores et déjà en étroite collaboration avec les groupes désavantagés, les gouvernements ont l'option de les appuyer dans leur prestation de services de santé aux segments pauvres et vulnérables de la société. Dans bien des pays pauvres, par exemple, le secteur des « missions », constitué de groupes confessionnels, fournit déjà des soins de santé aux pauvres, et de nombreux gouvernements s'en remettent à ces organismes pour pourvoir à des carences importantes dans les services. Il existe cependant d'autres partenariats de nature plus complexe.

En Bolivie, l'organisation PROSALUD a été créée dans le cadre d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé pour fournir des services de santé de grande qualité aux groupes à faible revenu. PROSALUD prend des mesures spécifiques pour assurer l'accès des clients pauvres à ces services, notamment en

éliminant pour eux les redevances d'utilisation, en facturant les services curatifs pour subventionner les services préventifs fournis à titre gratuit et en finançant les cliniques et dispensaires des régions pauvres à l'aide des revenus des installations des zones plus aisées.²⁴ PROSALUD facture des honoraires et frais d'utilisation supérieurs à ceux facturés par le gouvernement, mais inférieurs à ceux du secteur privé commercial.

Au Kenya, le *Kisumu Medical and Educational Trust* a renforcé la disponibilité des services de santé reproductive dans les communautés pauvres par le biais de la formation et de la mise en place d'un réseau rassemblant des prestataires actuels de services médicaux du secteur privé. Les prestataires dont les installations respectent certaines normes bénéficient de formation à titre gratuit, d'approvisionnement régulier de fournitures pour la santé reproductive et de prêts à des taux d'intérêt préférentiels²⁵ (voir également l'étude de cas sur le Cambodge à la page 12).

Mise au point de mesures d'incitation pour les prestataires de services de santé et leurs clients

Les gouvernements ont la possibilité de faire appel à des systèmes d'incitation basés sur la performance pour encourager les prestataires de services de santé (du secteur public comme du secteur privé) à améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé qu'ils offrent à leurs clients de groupes désavantagés. Par ailleurs, des incitations peuvent aussi être fournies directement aux clients pour appuyer leur sélection de prestataires de santé. En Chine et en Indonésie, par exemple, des projets pilotes assurent la distribution de coupons que les femmes démunies peuvent utiliser comme des espèces pour obtenir des services médicaux d'accouchement et de santé maternelle et infantile. Les prestataires de services remettent ensuite ces coupons au gouvernement contre remboursement.

Le projet indonésien sur la maternité sans risque (*Indonesia Safe Motherhood Project*) mis en place dans la partie centrale de Java était composé de contrats fondés sur les performances entre le gouvernement et des infirmières sages-femmes du secteur privé pour renforcer l'accès et l'utilisation des services maternels de santé au niveau des villages. Entre 1998 et 2003, toutes les femmes enceintes pauvres vivant dans des villages qui disposaient de sages femmes relevant du projet devaient recevoir des carnets de coupons prépayés pour les services de santé maternelle, notamment l'accouchement, ce qui encourageait les femmes à se procurer les services nécessaires. Les sages-femmes faisant partie du projet n'étaient payées que sur présentation des coupons, ce qui les encourageait à contacter des clients pauvres. Dans l'ensemble, le projet a renforcé l'utilisation des services maternels de meilleure qualité par les femmes pauvres, en multipliant par deux le nombre de sages femmes travaillant dans le district. Qui plus est, la formation assurée pour améliorer la qualité des soins fournis par les sages femmes a contribué à une réduction marquée du nombre de décès maternels dans la zone couverte par le projet.²⁶

Renforcement de la participation communautaire

La santé des plus pauvres peut être améliorée par les programmes à base communautaire, et en particulier ceux qui adoptent une approche participative, grâce à une implication des bénéficiaires dans l'élaboration des programmes, leur mise en application et leur évaluation. Les programmes participatifs contribuent à l'habilitation des communautés, en créant un sens d'appropriation et en renforçant la responsabilisation vis à vis des clients pauvres. Les campagnes de sensibilisation des communautés et les services à base communautaire constituent également des stratégies qui permettent d'atteindre les groupes isolés ou ceux qui seraient sinon moins susceptibles de solliciter des soins.²⁷

Un projet organisé à Navrongo, une région pauvre et isolée au nord du Ghana, a permis une augmentation marquée des services de planification familiale et de vaccination des enfants en transférant des infirmières dans les villages ruraux et en mobilisant les chefs traditionnels et les communautés pour la planification et la prestation des services de santé. Les infirmières, renommées officiers de santé communautaires, se sont vues attribuer des moyens de transport et des fournitures et ont bénéficié d'une formation aux activités de vulgarisation, tandis que les dirigeants communautaires étaient formés à la mobilisation du soutien social aux services de santé et de planification familiale.²⁸

Selon les chercheurs, l'habilitation de divers membres des communautés, notamment les plus défavorisés, peut permettre de renforcer l'équité et la durabilité du processus par la mobilisation et l'accès aux ressources et par l'amélioration de leurs positions²⁹ (voir l'étude de cas sur le Népal en page 15). L'habilitation de divers membres des communautés peut contribuer de manière cruciale à éviter nombre d'embûches. Par exemple, des mécanismes doivent être mis en place pour garantir la représentation des clients les plus défavorisés afin de protéger les comités ou conseils de santé locaux conçus pour renforcer l'appropriation et la responsabilisation locales des services et d'éviter une prise de contrôle par les élites locales.³⁰

Approches du financement des systèmes de santé

Les systèmes de santé placent trop souvent les groupes pauvres et vulnérables en position désavantagée en les contraignant à assumer une part importante des coûts des services. Dans certains pays, les paiements des particuliers représentent jusqu'à 80 % des dépenses totales de santé.³¹ Un système de financement favorisant les pauvres prévoirait que le prépaiement des soins de santé serait effectué par le biais des impôts ou des assurances, le montant des contributions dépendant de la capacité de paiement de la personne et non des services utilisés. Les systèmes de financement des services de santé — qui sont d'une importance critique mais ne font pas l'objet d'une analyse détaillée dans le présent rapport — peuvent avoir un impact considérable sur

l'accès éventuel des pauvres aux services de santé ou déterminer si le coût des services médicaux est susceptible de les plonger encore davantage dans la misère.³²

Une des options ouvertes aux populations rurales pauvres est constituée par les plans de santé des communautés, dans le contexte desquels les participants combinent leurs ressources pour s'assurer une couverture en cas de maladie. Ces plans semblent avoir fonctionné de manière satisfaisante pour les résidents des zones rurales de pays tels que la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Rwanda.³³ Au Rwanda, un programme d'assurance à base communautaire a été mis sur pied sous la forme d'un partenariat entre la communauté et les fournisseurs de soins de santé, selon lequel les collectivités locales supervisent les relations contractuelles entre les membres et l'organisation de service. Les familles des membres paient une prime d'assurance peu élevée chaque année et le système comprend notamment un mécanisme de regroupement des risques au niveau du district qui couvre les soins curatifs. En réduisant les obstacles financiers à l'obtention des soins, les membres de ce système d'assurance sont quatre fois plus susceptibles que les non-membres de solliciter des soins de santé modernes en cas de maladie.³⁴ Une subvention couvrant le paiement des primes d'assurance des familles les plus pauvres renforcerait encore plus avant l'équité du système.

Aucune approche n'est parfaite

N'importe laquelle des stratégies généralement acceptées pour fournir des services de santé aux groupes défavorisés peut échouer en raison de « fuites » des bénéfices au profit des groupes mieux

placés. Les services nationaux de santé peuvent être offerts sur une base universelle, mais cela ne veut pas dire pour autant qu'ils soient utilisés sur une base universelle (voir l'étude de cas sur le Brésil en page 9). Même dans le cas des programmes qui opèrent dans les régions rurales ou les communautés défavorisées, les plus nantis dans ces communautés tirent parfois davantage parti de certains services ou améliorations de services que les plus démunis.

S'assurer que les avantages ou les améliorations fournis par un programme donné parviennent à certains segments de la population constitue un exercice de nature purement politique. Il n'est pas forcément possible de se concentrer exclusivement sur les pauvres dans la mesure où les contribuables à revenu moyen qui contribuent au financement des services publics sont en droit de s'attendre à certains avantages. Si les seuls bénéficiaires des avantages sont les plus pauvres, les décideurs politiques risquent d'enregistrer une érosion du soutien populaire et politique pour les programmes, en particulier si les électeurs exercent une influence sur les budgets.³⁵

Même avec les meilleures intentions de garantir la prestation de services de santé équitables, les programmes n'atteignent pas toujours les bénéficiaires de leur choix. La plupart d'entre eux sont notamment incapables de prouver leur caractère équitable dans la mesure où ils ne déterminent pas quels sont les groupes particuliers qui ont recours aux services fournis. Pour savoir si un programme bénéficie autant aux groupes les plus défavorisés qu'aux groupes les plus riches, il faut évaluer le statut socio-économique de ses bénéficiaires.

3ÈME PARTIE | ÉTUDES DE CAS ET ENSEIGNEMENTS

Programmes mesurant la répartition des bénéfices

Pendant la période 2003–2004, le programme de la Banque mondiale intitulé *Reaching the Poor* a demandé que soient organisées 18 études de cas en Asie, en Afrique et en Amérique Latine pour évaluer la répartition des bénéfices des programmes de santé, de population et de nutrition entre les différents groupes économiques. Le but de ces études était de permettre une meilleure compréhension de la manière dont les services parviennent jusqu'aux plus démunis et de la raison de ce succès, ainsi que de prouver qu'on peut évaluer ces services du point de vue de la lutte contre la pauvreté. Pour ce faire, ces études utilisent une technique dite de l'analyse de l'incidence des bénéfices qui examine la répartition des bénéfices dans le domaine de la santé.

Ce programme a ainsi procédé à l'évaluation de nombreux types de programmes dans des contextes divers afin d'illustrer la versatilité de la méthode de recherche et d'offrir des recommandations opérationnelles à des publics plus vastes. Les programmes étudiés incluaient entre autres des projets pilotes au niveau communautaire et des programmes de santé à l'échelle nationale, et portaient sur maintes questions couvrant notamment la santé, la nutrition et la population, comme par exemple la santé infantile et enfantine, la santé reproductive, le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Les programmes ainsi étudiés étaient gérés tantôt par des agences publiques, tantôt par des ONG, ou par une combinaison des deux.

L'ensemble des études a procédé à une évaluation des axes de concentration des programmes, c'est-à-dire de la proportion des bénéfices du programme ayant atteint divers groupes économiques, notamment les pauvres. Pour ce faire, les études ont déterminé la situation économique des bénéficiaires du programme par rapport à la population générale dans la zone couverte par le programme (dans la 4^e partie de ce rapport figure une description des différentes étapes de cette évaluation). Plus la proportion des bénéfices atteignant les groupes économiques les plus pauvres était élevée, plus le programme était considéré comme favorable aux pauvres.

Bon nombre d'études ont en outre procédé à une évaluation de la couverture assurée par le programme — le pourcentage soit de personnes défavorisées du pays soit de la région couverte par le programme. Les mesures de cette couverture permettent de déterminer l'impact sur la pauvreté — à savoir les avantages apportés par le programme aux segments pauvres, que ces avantages soient plus ou moins importants que ceux fournis aux groupes mieux nantis.

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

Les programmes de santé qui incorporent la question de l'équité dans leurs phases de conception et d'évaluation parviennent souvent à de meilleurs taux de couverture des populations pauvres.

Les études de cas ci-dessous examinent plusieurs des programmes ayant fait l'objet d'une évaluation par cette approche : des programmes nationaux de santé dans deux pays (au Brésil et au Cambodge), un programme de marketing social (en Tanzanie), des services de santé mobiles (en Inde) et un programme à participation communautaire (au Népal). L'encadré (page 10) met en exergue les conclusions concernant les cliniques sud-africaines qui fournissent des services de dépistage du VIH et un soutien psychologique. Pour de plus amples informations sur ces études et d'autres, veuillez vous référer au volume de l'étude *Reaching the Poor* (voir les références à l'Appendice).

Trois services nationaux de santé au Brésil

En 1998, le Brésil s'est engagé sur la voie de la couverture universelle de santé dans le cadre de son Système médical unifié qui fournit des soins gratuits et complets à tout le monde, sans considération de contribution ou d'affiliation. Dans un pays où existent des disparités socio-économiques considérables, ce système représente un mécanisme crucial d'égalisation de l'accès aux services.

L'étude *Reaching the Poor* a examiné trois programmes organisés au titre du système unifié présentant des modalités différentes de concentration et de mise en application.³⁶ Cette étude a également révélé des différences dans leur inclusion des groupes les plus défavorisés de la population. Il s'agissait du programme national de vaccination du gouvernement, du programme national de soins prénatals, ciblant tout deux la

Encadré 2

Les pauvres bénéficient de certains programmes parce que les riches vont ailleurs

Une étude réalisée en Afrique du Sud a passé en revue les caractéristiques socioéconomiques des personnes faisant appel à un service fondamental pour les efforts de lutte contre le VIH/sida : les services de conseil psychologique et de dépistage volontaires (VCT). Ce service est le point d'accès à toute une gamme de services de soutien et de traitement offerts aux personnes qui vivent avec le virus du sida. C'est en outre l'un des principaux efforts pour encourager les populations à recourir à des pratiques sexuelles sans risque — un élément fondamental de toute stratégie nationale cherchant à enrayer la transmission du VIH.

Les chercheurs ont passé en revue trois cliniques publiques proches du Cap, opérant à titre gratuit pour tous leurs clients et suivant un modèle similaire de conseil psychologique et de tests de dépistage. De manière générale, les clients des services du secteur public provenaient pour l'essentiel des quintiles les plus pauvres de la population, mais les personnes ayant recours aux services de VCT du secteur public se trouvaient concentrées encore davantage au sein des quintiles pauvres que les utilisateurs de tout autre service de santé.

Cette conclusion semble à première vue encourageante, mais elle permet de s'interroger pour déterminer la raison pour laquelle les groupes mieux nantis ne font pas appel à ce service. Il semble peu probable que les groupes les plus riches fassent appel aux services autres que les VCT, dans la mesure notamment où les

recherches effectuées dans d'autres pays ont révélé un emploi du VCT généralement plus élevé au sein des groupes de niveau socioéconomique et éducatif plus élevé. Il semble en fait plus probable que les groupes les plus riches préfèrent faire appel à d'autres services.

Les entretiens avec les utilisateurs des installations médicales et leur personnel ont mis au jour une explication probable : l'importance de la confidentialité des services de VCT, souvent absente des services publics. Comme l'a expliqué un utilisateur : « Nous sommes une communauté peu nombreuse. Si quelqu'un vous voit [dans la salle d'attente pour le VCT], vous vous retrouvez avec un point d'interrogation au-dessus de la tête. Les gens ne veulent pas qu'on les y voie. Ils ne veulent pas se procurer de services au niveau local. Le VIH est souvent représenté comme une punition pour un mauvais comportement. » Les entretiens avec les utilisateurs des services ont en outre révélé que nombreux étaient ceux qui n'avaient pas confiance dans le personnel employé par les cliniques.

C'est pourquoi même si les conclusions de l'étude suggèrent une répartition adéquate des bénéfices au profit des plus démunis, la raison probable était peu souhaitable : le manque de qualité et de confidentialité des services font que seuls ceux qui n'ont pas d'autre option les utilisent.

Référence : Michael Thiede, Natasha Palmer et Sandi Mbatsha, « South Africa: Who Goes to the Public Sector for Voluntary HIV/AIDS Counseling and Testing? » in *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck (Washington DC : Banque mondiale, 2005) : 97–113.

population dans son ensemble, et du programme de santé familiale, censé commencer par les régions les plus pauvres pour être ensuite étendu de manière progressive.³⁷ Les principaux éléments du programmes sont les suivants :

- ▶ Le programme national d'immunisation brésilien, qui existe depuis plus de 30 ans, offre les vaccins requis contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la tuberculose pour les enfants âgés de 12 à 23 mois, ainsi que divers autres vaccins importants contre les maladies infantiles. Les vaccins sont offerts dans les centres de santé publique pour les immunisations de routine ; par ailleurs, des campagnes nationales de vaccination sont organisées sur une base régulière dans des antennes installées dans des lieux d'accès pratique, notamment des centres communautaires et des centres commerciaux.
- ▶ Le programme de soins prénatals couvre plus de 90 % des femmes enceintes (qui se sont présentées à au moins un examen de contrôle), avec en moyenne six consultations par utilisatrice. Depuis 1984 ce programme assure une série de services standard pendant la grossesse dans les installations de soins de santé primaires de l'ensemble du pays.
- ▶ Le Programme de santé familiale a été mis sur pied en 1994 dans le but de réorienter les soins de santé primaires en favorisant des équipes d'agents de santé, dont des agents communautaires, responsables de services de vulgarisation en plus des services cliniques, au lieu de centres de soins statiques. Des services tant préventifs que curatifs sont proposés par les installations médicales ou, le cas échéant, à domicile. Ce pro-

gramme est offert à tous, mais sa mise en application est prévue en priorité dans les régions les plus pauvres et celles où n'existe pas d'antenne de soins de santé primaires.

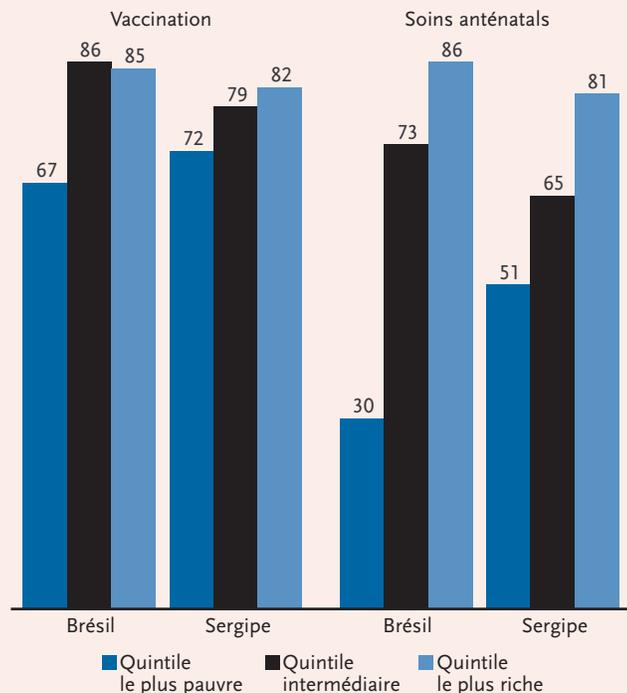
L'étude a procédé à une évaluation de la performance des trois programmes de santé sur la base des données tirées des EDS et d'autres enquêtes effectuées au niveau local pour déterminer la concentration et la couverture des segments de population les plus riches et les plus pauvres (quintiles de richesse).

Selon les conclusions, le programme national d'immunisation a permis à 80 % des enfants en moyenne de recevoir toutes les doses requises des vaccins de base. Mais le taux de vaccination totale pour le quintile le plus pauvre était nettement inférieur à celui du quintile le plus riche — 67 % contre 85 % (voir la figure 4). Dans la mesure où il s'agit d'un programme universel de vaccination, on n'en attendait pas une forte concentration des efforts ou des bénéfices sur les groupes les plus désavantagés. Malgré les objectifs déclarés d'universalité du programme et sa réputation mondiale de réussite, la couverture assurée était visiblement inférieure au sein des groupes les plus démunis.

De même, dans le cadre du programme de soins prénatals, la proportion des mères qui ont effectué — à l'échelle nationale — le nombre recommandé de visites anténatales était en moyenne de 62 %, mais 30 % seulement parmi les plus pauvres contre 86 % parmi les plus riches. Dans l'état de Sergipe (voir la figure 5), les disparités dans l'utilisation des services par les différents groupes économiques étaient similaires mais sur une fourchette plus étroite dans la mesure où le niveau des revenus dans cet état pauvre du nord-est enregistre moins de fluctuations

Figure 4
Inégalités dans les programmes de vaccination et les soins prénatals au Brésil (1996) et dans l'état de Sergipe (2000)

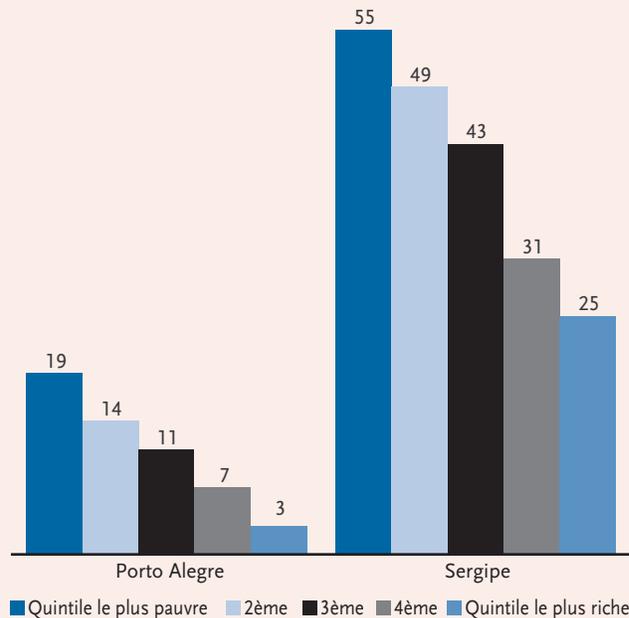
Pourcentage de population éligible ayant reçu la série de soins recommandés



Source : Adapté de A.J.D. Barros et al., « Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Poorest? » dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff et A.S. Yazbeck (2005).

Figure 5
Couverture des programmes de santé familiale, Porto Alegre et Sergipe, Brésil

Pourcentage de la population vivant dans des régions desservies par le programme



Source : A.J.D. Barros et al., « Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Poorest? » dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff et A.S. Yazbeck (2005).

que pour l'ensemble du pays qui présente une diversité économique considérable.

Le Programme de santé familiale, fondé sur une stratégie de mise en application ciblée et progressive, s'est révélé plus propice aux pauvres que les deux autres programmes. Dans le cadre du nouveau programme à Porto Alegre, bien que la couverture de la population de la ville ait été estimée à 11 % à peine, elle était plus importante au sein du quintile de population la plus démunie par rapport au plus riche (19 % contre 3 %, respectivement, comme l'illustre la figure 5). Sergipe a enregistré un taux supérieur de couverture par le programme : plus de 55 % du quintile des résidents les plus pauvres vivaient dans des zones couvertes par le programme. Selon les chercheurs, les différences de concentration et de couverture entre Porto Alegre et Sergipe sont liées aux stades de mise en application du programme. Au tout début, alors que la concentration sur les plus pauvres est intense, le taux global de couverture est peu élevé ; l'expansion progressive de la couverture s'accompagne d'un déclin de la concentration sur les plus pauvres, alors qu'en valeur absolue le nombre de personnes couvertes augmente.

Les auteurs de l'étude ont passé en revue les conclusions d'autres travaux de recherche sur la qualité et le taux de

satisfaction des clients pour tenter d'expliquer les disparités apparentes entre les degrés d'utilisation des trois services nationaux. En ce qui concerne les programmes de vaccination et de soins prénatals, les plus pauvres sont souvent moins au courant des bénéfices offerts par ces programmes car ils sont moins susceptibles de recevoir les messages éducatifs que les plus riches. Confrontés aux difficultés de la vie quotidienne, les pauvres accordent peut-être moins de priorité aux soins préventifs. Peut-être n'ont-ils pas recours aux services de soins parce qu'ils ne disposent pas de moyens de transport ou parce qu'ils ont une perception négative des services. Par exemple, le fait qu'on escompte devoir attendre longtemps, gérer des heures peu pratiques d'ouverture, ou encore avoir un accès limité aux services spécialisés tels que les tests en laboratoire poussera certains pauvres à ne pas chercher à obtenir de soins.

La couverture des populations pauvres par le Programme de santé familiale est supérieure à celle des segments plus riches en raison de sa mise en application ciblée. Mais le haut degré de couverture est en partie attribuable à une « auto-exclusion » des groupes plus nantis : en effet, les personnes plus aisées et celles disposant d'une assurance maladie privée sont nettement moins susceptibles de se prévaloir des services. Ces conclusions n'ont

fait que confirmer celles d'une étude antérieure révélant la répugnance des populations pour les antennes de santé du programme, bien que les enquêtes de satisfaction des clients n'aient dans l'ensemble mis au jour que peu de problèmes.

Les auteurs ont conclu que l'amélioration des services publics de santé aux populations les plus pauvres exigeait des mesures sur plusieurs fronts :

- ▶ L'habilitation des clients, en particulier les plus pauvres, en les informant de l'importance du programme, des services qu'ils sont censés recevoir et des modalités de formulation des réclamations.
- ▶ L'amélioration de l'accessibilité des services par une réduction des délais d'attente, du besoin de faire la queue très tôt le matin et d'autres inconvénients.
- ▶ L'amélioration de l'accès aux services d'aiguillage, notamment les examens en laboratoire et les consultations de spécialistes.
- ▶ Le suivi et l'évaluation constants des programmes sous l'angle de l'équité.
- ▶ La communication des résultats des études sur l'équité aux décideurs comme au grand public.

Passation de contrats pour la fourniture des services de santé aux pauvres des régions rurales du Cambodge

Une approche efficace pour renforcer la couverture des services et offrir davantage de services aux pauvres des régions rurales du Cambodge a consisté à passer un contrat de gestion du système de santé de base avec des ONG.³⁸ Cette expérience a été lancée pour répondre à la situation désespérée du pays vers le milieu des années 1990. La guerre et les troubles politiques avaient laissé le pays en possession d'une infrastructure médicale limitée, de personnel à la formation insuffisante et de critères de qualité d'une grande médiocrité. Le système des soins de santé primaires était incapable d'assurer même les soins les plus élémentaires, notamment les services de vaccination, ce qui avait pour résultat des taux de mortalité infantile extrêmement élevés.

Pour faire face à ce problème, le ministère cambodgien de la Santé (MDS) a proposé de passer un contrat avec des ONG qui seraient chargées de la gestion des services de santé au niveau des districts et seraient rémunérées en fonction de leurs performances. Le « plan de couverture » du ministère définissait une série de soins préventifs et curatifs minimum, dont la vaccination, la planification familiale, les soins prénatals et l'apport d'oligoéléments. Au titre de ce contrat, les ONG s'engageaient à fournir une gestion et un soutien technique pour aider le système de santé publique à fournir les services requis de manière équitable aux populations des régions rurales. Au titre d'incitation, le paiement complet des honoraires des ONG sous contrat serait tributaire de l'obtention de taux spécifiques de couverture au sein de la moitié la plus pauvre de la population.

Grâce à des financements de la Banque asiatique de développement, le MDS a procédé à une expérience à grande échelle sur une période de cinq ans (1999–2003) couvrant 12 districts de santé ruraux avec une population totale d'environ

1,5 millions de personnes. L'expérience consistait notamment à répartir les districts de manière aléatoire entre les trois modèles de prestation de services de santé :

- ▶ **Hors contrat.** Les ONG avaient la responsabilité complète de la gestion des services, y compris le recrutement du personnel et son licenciement, l'établissement des salaires, l'acquisition des médicaments et des fournitures et l'organisation des installations.
- ▶ **Sous contrat.** Les ONG devaient opérer dans le contexte du système du MDS pour consolider la structure administrative en place et les compétences du personnel médical.
- ▶ **Gouvernement.** Tous les aspects de la gestion des services demeuraient entre les mains des équipes de santé du gouvernement au niveau des districts.

Le MDS a procédé à la sélection des ONG à partir d'un appel d'offres concurrentiel, puis s'est servi de douze indicateurs précis de services pour assurer le suivi dans les 12 districts concernés, notamment d'indicateurs mesurant avec précision les taux de couverture au sein des groupes de population les plus démunis. Les résultats ont ensuite été mesurés à l'aide d'enquêtes effectuées avant et après l'intervention.

Résultats généraux

Les résultats de l'étude ont révélé une augmentation importante des taux globaux de couverture par les services dans chacun des 12 districts, qu'ils soient sous contrat ou gérés par le gouvernement ; cependant, les districts ayant utilisé des services sous contrat ou hors contrat ont enregistré des taux d'augmentation de la couverture nettement plus importants que les districts demeurés sous la seule gestion du gouvernement (voir la figure 6). À titre d'exemple, entre 1997 et 2003, les couvertures des programmes de vaccination sont passées de 25 % à 82 % dans les districts employant des services sous contrat.

Par opposition, les districts sous l'autorité du gouvernement ont enregistré une amélioration de la couverture pour tous les services de santé, mais à un taux inférieur, et ils n'ont pas réussi à atteindre les objectifs de couverture fixés pour nombre de services. Des évaluations indépendantes de la qualité des soins ont également révélé que les ONG sous contrat avaient obtenu un taux supérieur d'amélioration de la qualité des services fournis par les installations médicales que le gouvernement pendant la même période.

Avantages pour les pauvres

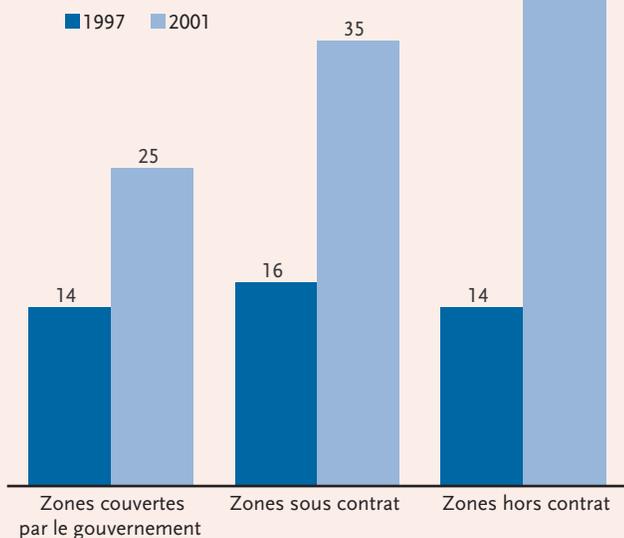
Les districts sous contrat ont en outre généralement enregistré de meilleures performances que les districts gérés par le gouvernement en ce qui concerne la prestation de services aux pauvres. Avant l'expérience, les groupes plus aisés étaient plus susceptibles de faire appel aux services de santé publique que les pauvres dans chacun des 12 districts. Selon les analyses effectuées, à la fin des cinq années du projet, la fourniture des services de santé était devenue plus équitable ou « pro-pauvres » dans les sites gérés par des contrats avec les ONG que dans les districts sous le contrôle intégral du gouvernement.

Le degré d'équité s'est amélioré parce que les taux de couverture ont augmenté plus rapidement parmi les groupes

Figure 6

Cambodge : Amélioration de la couverture de santé primaire chez les plus démunis, 1997 et 2001

Pourcentage de bénéficiaires à la disposition des 20 % les plus pauvres de la population



Note : moyenne non pondérée des taux de couverture et de prévalence pour huit services : vaccination intégrale des enfants, apport de vitamine A, soins anténatals, accouchement par un professionnel qualifié, accouchement dans une installation médicalisée, connaissance des méthodes modernes d'espacement des naissances, utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances et recours aux services d'une installation médicalisée publique.

Source : J. Brad Schwartz et I. Bhusan, « Reducing Inequity in the Provision of Primary Health Care Services: Contracting in Cambodia ».

désavantagés des districts gérés par des contrats avec les ONG. Avant l'expérience, les taux de couverture pour les soins de base du quintile le plus pauvre étaient essentiellement les mêmes dans les 12 districts (environ 15 %). Après, les taux de couverture du quintile le plus pauvre avaient dépassé les 40 % dans les districts gérés par des contrats avec les ONG contre 25 % seulement dans les districts sous le contrôle du gouvernement (voir la figure 6).

Le montant des dépenses publiques par habitant pour les services fournis dans le cadre de contrats avec des ONG était en outre nettement supérieur que celui engagé pour les services du gouvernement (US \$4,83 par habitant contre \$1,74, respectivement), et ce essentiellement en raison de l'assistance technique fournie par les ONG et les salaires plus élevés payés aux agents de santé. Mais le montant des dépenses personnelles privées dans les districts travaillant sous contrat avec des ONG était nettement moins élevé que celui des districts sous contrôle du gouvernement (\$14 par personne au lieu de \$20), réduisant le montant total des dépenses. Cette substitution des fonds publics pour des fonds privés s'est faite au bénéfice de ceux qui étaient le moins à même de payer pour leurs dépenses médicales.

Le ministère de la Santé a jugé les résultats de cette expérience suffisamment encourageants pour multiplier par deux le nombre de districts travaillant sous contrat avec des ONG, portant leur

nombre total à 10, pour une nouvelle période de cinq ans, grâce à un financement du gouvernement britannique. Un modèle hybride a été mis au point à partir des enseignements tirés, combinant les meilleures caractéristiques des approches sous contrat et hors contrat pour la deuxième phase du projet.³⁹

Utilisation du marketing social pour renforcer l'équité de l'accès aux services médicaux en Tanzanie

La Tanzanie a lancé un programme de marketing social pour renforcer l'utilisation des moustiquaires de lit parmi la population la plus démunie.⁴⁰ Le but de ce programme était d'enrayer le paludisme, qui impose un fardeau considérable aux ménages et au système de santé en Tanzanie. Ce programme assurait notamment la distribution de filets traités à l'insecticide (appelés également moustiquaires de lit), disponibles dans le commerce, dont l'efficacité est bien connue mais qui ne sont guère utilisés par les familles vulnérables.

La distribution de ces moustiquaires aux communautés pauvres de manière efficace et durable constitue un défi de longue date. Une des méthodes au succès attesté consiste à distribuer gratuitement des moustiquaires à l'occasion de campagnes massives de vaccination.⁴¹ Les programmes de marketing social offrent une autre méthode de distribution, par le biais de la promotion et la fourniture des produits à des prix subventionnés, en faisant appel à des techniques commerciales de marketing et en se servant des réseaux de distribution existants.

Pour tester cette approche, l'*Ikara Health Research and Development Center* (IHRDC) a mis en place un programme de marketing social appelé KINET, chargé de la fourniture de moustiquaires de lits dans deux districts ruraux de Tanzanie, Kilombero et Ulanaga.⁴² L'objet du programme était de renforcer la couverture, en particulier celle des femmes enceintes et des jeunes enfants. À la fin de sa troisième année, le programme couvrait environ 500 000 personnes dans 112 villages du pays.

L'équipe du programme a dès le début accordé un rôle de premier plan à la participation de la communauté : en partenariat avec les responsables des services de santé au niveau des districts, l'équipe a organisé des réunions de sensibilisation avec les anciens des villages pour évoquer notamment la prévention du paludisme, ses coûts et sa viabilité. Les chercheurs ont en outre procédé à des études des perceptions et des préférences des utilisateurs pour identifier la dimension, la qualité et les couleurs favorites des moustiquaires de lit, créer une marque pour les filets traités et l'insecticide et mettre au point des matériels promotionnels comme par exemple des panneaux d'affichage, des posters, des T-shirts et divers autres articles. Des séminaires de formation ont été organisés à l'intention des agents de vente et d'autres membres de la communauté, dont les leaders des villages, les agents de santé des villages, les instituteurs des écoles primaires, et les agents de santé maternelle et infantile.

Le réseau de distribution des moustiquaires comprenait notamment des agents de détail (commerçants, dirigeants communautaires, agents de santé et prêtres) dans chaque village.

Figure 7

Augmentation du nombre de moustiquaires de lit dans les ménages dans deux districts ruraux de Tanzanie, 1997 et 2000

Pourcentage des ménages possédant des moustiquaires de lit



Source : R. Nathan et al., « Mosquito Nets and the Poor: Can Social Marketing Redress Inequities in Access? » dans *Tropical Medicine and International Health* (2004): 1124.

Les détaillants étaient incités à atteindre certains objectifs de vente par un système de récompense. Dans le secteur initial de distribution, les vendeurs d'insecticide au détail ont reçu des bicyclettes pour pouvoir offrir un traitement des moustiquaires porte à porte. Au fur et à mesure de l'expansion de la zone couverte, les détaillants ont commencé à vendre l'insecticide sous forme d'un kit de traitement comprenant des gants et des instructions et disponible dans les magasins vendant les moustiquaires. Le programme a fait appel à un nombre important de partenaires, y compris l'équipe locale des agents de santé du district, les hommes d'affaires locaux et les ONG.

Le prix des moustiquaires a été fixé au niveau indiqué comme acceptable pour les membres de la communauté, tout en permettant au programme de recouvrer ses coûts : US\$5 par moustiquaire et 42 cents par sachet d'insecticide. Le programme ciblant en particulier les femmes enceintes et les jeunes enfants, un système de réduction a été mis sur pied permettant aux cliniques de santé maternelle et infantile de distribuer des coupons d'une valeur de 50 cents aux femmes enceintes et aux mères d'enfants âgés de moins de cinq ans. Cette approche était propice aux segments plus pauvres, qui ont tendance à avoir davantage d'enfants que les groupes plus riches.

Le programme a cherché à évaluer son taux de couverture des groupes les plus pauvres par l'intermédiaire d'enquêtes annuelles des ménages. On a demandé à chaque ménage s'il était pro-

priétaire d'une moustiquaire et on lui a posé une question similaire concernant d'autres biens particuliers. La couverture totale de la population par le programme, mesurée selon le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire de lit, est passée de 37 % en 1997 à 73 % à la fin 2000. À Kilombero, la couverture des ménages appartenant au segment le plus pauvre est passée de 16 % à 55 %, contre une augmentation de 69 % à 92 % pour le segment des ménages les plus riches (voir la figure 7). Le marketing social a ainsi été associé à des augmentations rapides du nombre de moustiquaires de lit au sein de tous les groupes ; par ailleurs, le programme a provoqué une réduction des inégalités dans la mesure où les augmentations enregistrées au sein du segment le plus pauvre dépassaient celles relevées au sein du groupe le plus riche.

Les auteurs de l'étude ont souligné que les programmes de marketing social ne déboucheraient pas tous systématiquement sur les mêmes résultats, dans la mesure où l'offre de services à un prix donné peut provoquer une réduction de l'équité, lorsqu'elle est comparée à la fourniture de services ou de produits à titre gracieux. Dans ce dernier cas, les chercheurs ont attribué le succès obtenu à deux facteurs : l'existence d'une forte demande pour les moustiquaires de lit due à la perception de la menace que représentent les moustiques et l'existence d'un marché privé actif de vente des moustiquaires.

L'étude a révélé que lorsqu'il existe un marché du secteur privé et une demande pour un produit donné, le marketing social — combiné dans ce cas particulier à des coupons de réduction et diverses autres stratégies de sensibilisation — peut permettre une réduction des obstacles financiers pour les groupes les plus pauvres. Les conclusions de l'étude ont persuadé les décideurs politiques de mettre en application une stratégie nationale de marketing social pour assurer une distribution durable et à long terme des moustiquaires de lit par l'intermédiaire de réseaux commerciaux.

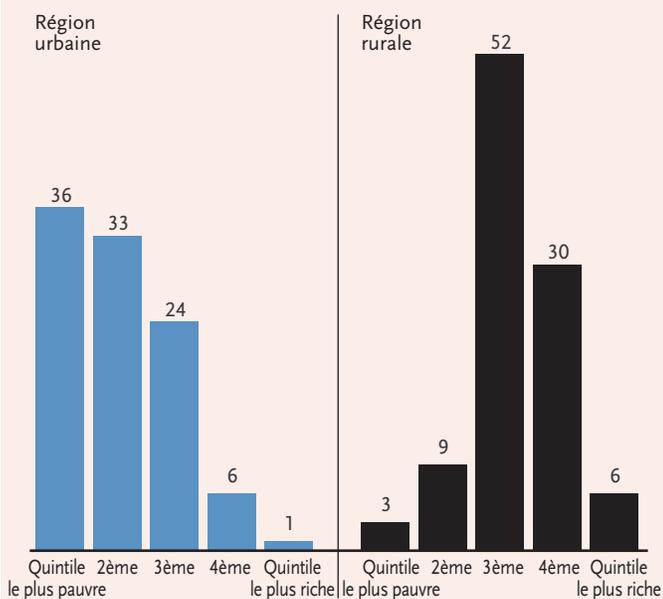
Fourniture de services de santé reproductive par une Association de femmes dans l'état de Gujarat, en Inde

La fourniture de services par l'entremise d'une association de femmes axée sur le développement encourage la prestation efficace de services de santé dans les régions rurales de l'état de Gujarat, en Inde.⁴³ Mais l'atteinte de résultats similaires dans les zones rurales s'est révélée beaucoup plus délicate.

La SEWA (*Self-Employed Women Association*) est un syndicat fondé il y a trente ans qui rassemble des femmes travaillant de manière indépendante ou dans de petites entreprises à Ahmedabad ; il prône la sécurité économique et l'indépendance de ses membres et a une implication de longue date dans le domaine de la santé publique. Ses activités dans ce domaine incluent notamment les soins de santé primaire, l'éducation et la formation sanitaires, le renforcement des capacités des sages femmes traditionnelles (pour en faire des « médecins aux pieds nus ») et la distribution de médicaments traditionnels et à faible

Figure 8
Situation économique des utilisateurs des services mobiles de santé reproductive du SEWA

Répartition en pourcentage des utilisateurs des régions urbaines et rurales par quintile de richesse



Source : M. Kent Ranson et al., « India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor », dans *Reaching the Poor*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff, et A.S. Yazbeck (2005).

coût. Ces services sont fournis à quelque 500 000 personnes, membres et non membres de l'organisation.

En réponse à la demande d'habitants des régions isolées et mal desservies la *SEWA Health* a commencé en 1999 à mettre sur pied des unités mobiles, appelées camps, pour fournir aux femmes des services de santé reproductive. Les camps mobiles de santé reproductive se déplacent essentiellement dans les bidonvilles d'Ahmedabad et plusieurs villages des régions rurales. Financés pour l'essentiel par le Fonds des Nations Unies pour la Population et le gouvernement indien, plus de 35 camps sont organisés chaque mois avec la participation d'une trentaine de 30 femmes par camp, soit une participation annuelle de plus de 12 500 femmes.

Les services médicaux dans les camps sont assurés par des médecins, 50 « médecins aux pieds nus » et des managers. Au nombre de ces services figurent notamment l'éducation et la formation dans le domaine de la santé, les examens cervicaux et les frottis, les services d'aiguillage pour traitement et les services de suivi. Les camps opèrent trois à quatre heures dans l'après-midi et les clientes doivent payer une contribution de 5 roupies (11 cents) ainsi qu'un tiers du prix des médicaments fournis. Les clientes les plus pauvres sont exemptées de ces redevances déjà très modiques.

Une évaluation de la condition économique des femmes se servant de ces camps urbains a révélé qu'elles provenaient pour l'essentiel des segments les plus pauvres de la population d'Ahmedabad. La figure 8 représente la répartition des clientes

des zones urbaines par quintile de richesse, du plus pauvre au plus riche, avec une distorsion vers la gauche : environ 69 % des clientes urbaines appartenaient aux 40 % les moins riches.

Dans les régions rurales, les camps n'ont pas réussi à atteindre les femmes pauvres avec autant de succès (voir la figure 8), dans la mesure où le profil économique des clientes des camps des zones rurales était orienté davantage vers les quintiles plus riches de la population rurale. Seuls 12 % des clientes des camps appartenaient aux 40 % les plus pauvres — ce qui semble indiquer que le ciblage des plus pauvres n'était pas aussi efficace dans ces régions. Cependant, les auteurs de l'étude font remarquer que les services ruraux n'ont pas complètement échoué dans leurs efforts pour couvrir les pauvres, notamment parce que les quintiles plus riches des régions rurales sont moins riches que leurs homologues des zones urbaines.

Les chercheurs ont attribué le succès du renforcement de la couverture des pauvres dans les zones urbaines aux caractéristiques ci-après :

- ▶ Les services des camps mobiles et les séances d'éducation sont assurés à proximité des utilisateurs.
- ▶ Les services sont assurés (du moins en partie) par les pauvres eux-mêmes — et bien souvent par des femmes pauvres.
- ▶ Les services sont généralement combinés à des efforts de mobilisation de la communauté — des agents de la SEWA font du porte à porte pour informer les gens des services disponibles.
- ▶ Les coûts sont peu élevés par rapport aux services fournis par le secteur privé et à but lucratif.
- ▶ La SEWA est une organisation que les gens connaissent et respectent.
- ▶ Les clientes déclarent que les agents de santé de la SEWA les traitent avec respect et « chaleur ».

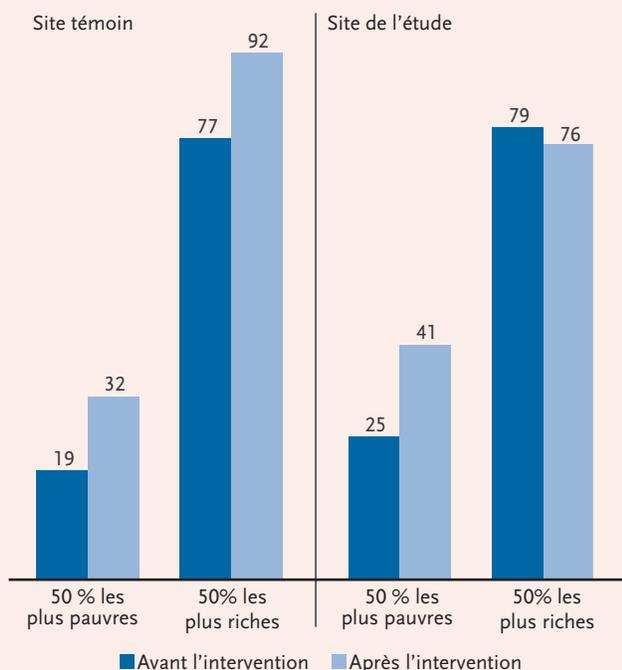
Dans les régions rurales, plusieurs points faibles sont peut-être responsables du faible taux d'utilisation des services par les groupes les plus pauvres. Les frais d'inscription de 5 roupies sont très élevés pour certaines femmes et les camps sont souvent organisés pendant les heures de travail. Les études des services de la SEWA dans d'autres domaines indiquent également la présence éventuelle d'autres points faibles : dans les régions rurales, les problèmes géographiques liés à l'accès sont plus importants, les contacts entre les membres de la SEWA sont moins fréquents et moins intensifs et les agents ruraux de la SEWA sont moins qualifiés. En réponse aux conclusions de l'étude, la *SEWA Health* a pris des mesures pour améliorer l'accessibilité des camps ruraux en renonçant aux frais d'inscription et au paiement des médicaments pour les plus pauvres.

Approches participatives pour améliorer la santé reproductive des adolescents au Népal

Le projet pour les adolescents au Népal, réalisé entre 1998 et 2003, a révélé que les approches participatives étaient plus efficaces que les non participatives pour améliorer la santé

Figure 9 Accouchements dans des installations médicalisées, première grossesse, Projet pour les adolescents au Népal, 1999 et 2003

Pourcentage de jeunes femmes qui ont leur premier accouchement dans une installation médicalisée



Source : A. Malhotra et al., « Participatory Approaches to Reproductive Health » dans *Reaching the Poor*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff, et A.S. Yazbeck (2005).

reproductive des jeunes désavantagés.⁴⁴ Ceci est ressorti des travaux réalisés par un partenariat dans le cadre du projet incluant deux ONG népalaises, *New ERA Ltd.* et la *BP Memorial Health Foundation*, ainsi que deux organisations basées aux États-Unis, *EngenderHealth* et l'*International Center for Research on Women*. Les programmes pour les adolescents ont été mis en application dans des sites d'étude et de contrôle des zones urbaines et rurales, pour un total de quatre sites. La population de bénéficiaires ciblés était des jeunes de 14 à 21 ans, hommes et femmes, mariés et célibataires.

Sur les sites de l'étude, le projet a impliqué la communauté et activement mobilisé les groupes désavantagés, les pauvres, les jeunes femmes et les minorités ethniques à toutes les étapes du programme. Les jeunes, leurs parents et divers autres membres de la communauté ont participé à la mise en application des activités du programme sur les sites de l'étude par l'intermédiaire de toute une gamme de groupes à base communautaire.

Les activités ont été conçues de façon à tenir compte des grandes priorités de développement mentionnées par les différents membres de la communauté. Ainsi, les interventions pour renforcer les services de santé reproductive, d'éducation et

de conseil psychologique par les pairs ont été liées à des interventions pour l'amélioration de l'environnement socioéconomique et des opportunités offertes aux jeunes. Au nombre des activités spécifiques figurent notamment des programmes d'éducation continue, des activités pour faire face aux normes sociales et l'accès aux opportunités de générer des revenus. Au contraire, sur les sites de contrôle, les services du projet ont élaboré et mis en place des interventions types de santé reproductive cherchant à répondre uniquement aux besoins les plus immédiats, notamment les infections sexuellement transmises ou les grossesses non souhaitées.

Les interventions sur les sites de l'étude se sont axées sur une vaste gamme de problèmes socioéconomiques — pas seulement la richesse mais aussi le genre, le lieu de résidence, l'origine ethnique, le niveau d'éducation et la situation de famille. Le projet a mesuré les problèmes économiques en recueillant des informations sur les biens des ménages et d'autres types de désavantages, à savoir le genre, le domicile (zone urbaine ou rurale) et le niveau d'éducation.

Les chercheurs ont utilisé trois indicateurs — l'utilisation des services de soins prénatals, les accouchements dans des installations médicalisées et les connaissances sur la transmission du VIH — pour jauger l'impact des activités du projet sur la santé reproductive des pauvres. Les progrès sont mesurés grâce à des entretiens avec un échantillon de ménages des sites d'étude et des sites de contrôle au début et à la fin du projet.

Résultats du projet

Les résultats de l'étude révèlent que dans l'ensemble, l'approche participative a mieux réussi à réduire la fracture de santé reproductive entre les jeunes défavorisés et les plus nantis. Les résultats en matière de santé dépendaient entre autres des types de désavantages. Le fait de venir d'une région rurale ou d'un ménage pauvre constituait un obstacle majeur à l'obtention de soins prénatals, alors que les questions de genre et d'éducation étaient plus étroitement associées à l'obtention d'informations exactes sur les modes de transmission du VIH. Dans la plupart des cas, l'approche participative parvenait mieux à surmonter ces contraintes qu'une approche plus traditionnelle.

Au début du projet, il existait des différences considérables entre les sites de l'étude et les sites de contrôle en termes d'accès des jeunes femmes riches et pauvres aux installations médicalisées pour accoucher. À la conclusion du projet, l'écart en termes d'accès aux services avait diminué entre les deux groupes, dans la mesure où une amélioration de l'accès a été enregistrée pratiquement exclusivement par les 50 % des femmes les plus pauvres (voir la figure 9). Sur le site de contrôle, les deux groupes ont enregistré une amélioration de leur accès aux installations médicalisées pour les accouchements. Les pauvres ont enregistré une amélioration similaire des acquis d'informations sur le VIH et des gains légèrement plus modestes en soins prénatals.

Qu'est ce qui explique le succès de l'approche participative ?

Selon les résultats de l'évaluation des projets, le succès de l'approche participative est sans doute attribuable à ses caractéristiques particulières qui se prêtent particulièrement bien aux problèmes de santé de l'adolescence.

- ▶ Le format participatif implique activement les jeunes gens dans la gestion de leur état de santé, en faisant appel en premier lieu aux réseaux sociaux en place pour l'échange d'informations et les services de conseil psychologiques (les jeunes gens pouvant par exemple obtenir des informations de leurs homologues informés au lieu de devoir faire appel à des professionnels).
- ▶ Les jeunes gens et les membres adultes des communautés ont appris à négocier avec le comité de développement du village et à faire appliquer les normes élevées des attentes des prestataires.
- ▶ Les études ne se sont pas concentrées exclusivement sur une modification des résultats en matière de santé reproductive, mais aussi sur les normes communautaires et l'environnement social concernant le mariage, l'accouchement et les comportements en matière de santé.

Enseignements et recommandations

Comme le révèlent les études de cas présentées ici, bien des approches prometteuses ont été tentées de par le monde pour fournir aux plus pauvres des services de santé et certains des programmes faisant appel à ces approches ont réussi à quantifier les avantages qui sont parvenus aux segments les plus démunis. Les initiatives évaluées par le Programme *Reaching the Poor* ont enregistré de meilleurs résultats que la plupart des autres services de santé tels que ceux décrits dans la 1ère partie. Tandis qu'un service de santé typique parvient à fournir entre 10 et 20 % de ses avantages aux 20 % les plus pauvres de la population desservie, les programmes évalués par le Programme *Reaching the Poor* fournissaient 30 à 40 % (et parfois beaucoup plus) de leurs bénéfices aux 20 % les plus pauvres. Par ailleurs, ces programmes parvenaient en moyenne à une couverture de 50 % de la population pauvre, indiquant leur vaste portée au-delà de la phase pilote au sein de la communauté pendant laquelle il peut être plus facile de concentrer ces efforts sur les segments pauvres.

Il est clair qu'aucune des études du Programme *Reaching the Poor* ne pouvait être considérée comme parfaite. Aucun des programmes étudiés ne parvenait à s'approcher de l'idéal théorique d'une couverture de 100 % des pauvres tout en excluant les non pauvres des services assurés. Un tel idéal n'est sans doute pas réalisable et manque peut-être de réalisme, dans la mesure où les programmes dépendent de nombreux groupes d'intérêt pour leur financement. Qui plus est, certains des programmes favorisaient les pauvres en assurant des services considérés par les groupes plus riches comme de qualité inférieure, comme c'est le cas au Brésil (pages 9-11) et en Afrique du Sud (encadré 2, page 10). Par ailleurs, les études ont révélé si les services ont été fournis aux groupes désavantagés et non si leur état de santé s'est amélioré.

Par ailleurs, les études n'ont fourni que peu d'information sur le coût de l'augmentation de la couverture au sein des segments pauvres — un secteur qui exige une évaluation plus poussée.

Malgré ces limites, les études de cas révèlent sans ambiguïté qu'il est possible d'améliorer les performances et d'atteindre des proportions plus importantes des populations pauvres. Toutefois, les résultats enregistrés jusqu'à présent ne permettent pas d'affirmer si l'un des programmes ou des modèles est plus efficace que les autres. Qui plus est, rien ne garantit qu'une approche qui fonctionne bien dans un contexte fonctionne tout aussi bien ailleurs. C'est pourquoi il est nécessaire de faire appel à un processus d'expérimentation et d'adaptation, comprenant notamment les étapes ci-dessous :

- ▶ **Étudier** les approches décrites dans le présent rapport et dans les références fournies qui semblent avoir réussi à toucher les segments les plus démunis. Déterminer les raisons pour lesquelles les pauvres ne se prévalent pas des services disponibles. Une bonne compréhension des contraintes auxquelles sont confrontées les personnes désavantagées ou qui leur sont imposées par les stratégies existantes est parfois le premier pas sur la voie de l'identification de solutions.
- ▶ **Adapter** les approches réussies tentées autre part aux conditions locales, en appliquant les connaissances acquises sur le terrain et tirées des contraintes identifiées lors de la phase d'étude. L'adaptation requiert parfois une combinaison de stratégies.
- ▶ **Expérimenter** avec les approches adaptées en les mettant en application à plusieurs endroits pour en mesurer l'efficacité. La population desservie doit être suffisamment nombreuse pour que la mise en application se fasse dans des conditions typiques et non des conditions administratives optimales.
- ▶ **Suivre de près** le déroulement de l'expérience, en utilisant l'une des techniques disponibles (voir la 4e partie et l'Appendice), pour contrôler les performances de l'approche. Il est essentiel de mesurer la situation socioéconomique des clients du programme et de les comparer à la population locale, dans la mesure où les impressions informelles ont généralement tendance à surestimer l'efficacité avec laquelle les activités parviennent aux groupes désavantagés.
- ▶ **Ajuster** l'approche en fonction des résultats. Il peut être nécessaire de procéder à plusieurs séries d'ajustements. Si les perspectives de succès sont limitées, il est recommandé d'envisager une autre approche.

Les décideurs politiques, les bailleurs de fonds et les chargés des programmes doivent tout d'abord reconnaître que les approches actuelles n'arrivent souvent pas à atteindre ceux qu'elles sont censées aider et qu'il existe des approches plus efficaces à la prestation des services susceptibles de les aider à atteindre plus concrètement les groupes plus démunis. Le suivi et l'évaluation sont d'importance cruciale pour déterminer les améliorations requises et essayer de nouvelles approches prometteuses. La 4e partie de ce dossier décrit certains des instruments disponibles pour mesurer l'efficacité avec laquelle les programmes atteignent leur objectif.

4ÈME PARTIE | SUIVI DU PROGRAMME ET INSTRUMENTS D'ÉVALUATION

Les chargés de programme qui souhaitent transférer une proportion plus importante des bénéfices des programmes aux groupes les plus pauvres peuvent commencer par plusieurs mesures. Ils doivent pour commencer identifier l'impact des programmes actuels sur les pauvres. Comme présumer la répartition des bénéfices est loin d'être idéal, l'étape suivante consiste à définir des objectifs concrets, réalistes et mesurables pour augmenter la focalisation sur les pauvres. Pour atteindre ces objectifs, différentes approches novatrices à la prestation des services — dont beaucoup sont décrites dans le présent rapport — peuvent être envisagées. Leurs résultats doivent être suivis de près et évalués pour s'assurer que les nouvelles approches correspondent aux objectifs d'équité du programme. Le suivi et l'évaluation sont d'une importance toute particulière dans la mesure où les chargés de programme ne peuvent partir du principe que les programmes répondront aux besoins des pauvres aussi bien que prévu. Divers instruments de suivi et d'évaluation sont mis en exergue dans la présente section et de plus amples détails techniques sur leur utilisation figurent dans les références qui se trouvent à l'Appendice.

Mesure de la situation économique des bénéficiaires des programmes

Le caractère équitable ou pro-pauvre d'un programme est généralement déterminé en définissant la situation économique des clients ou des utilisateurs de services particuliers, puis en comparant leur situation à celle de l'ensemble de la population. Pour la plupart des planificateurs et des chargés de programmes, la mesure de la situation économique de la population desservie représente une nouvelle approche. Certes, les données d'enquêtes sur les niveaux de vie existent depuis longtemps dans les pays en développement, mais elles n'ont que rarement été utilisées pour mesurer la position économique des personnes servies par un programme de santé particulier.

La situation économique d'une personne peut se mesurer le plus simplement en fonction de la richesse du ménage auquel elle appartient. Deux autres méthodes consistent à mesurer les revenus et les dépenses, mais ces données ne sont pas toujours faciles à recueillir dans les pays en développement dans la mesure où rares sont ceux qui gagnent et déclarent un salaire régulier et qu'un volume important des transactions se fait en nature. Les enquêtes de la Banque mondiale sur la mesure des niveaux de vie (*Living Standards Measurement Surveys*) ont réussi à surmonter les difficultés liées à la mesure des revenus en recensant et en analysant les données relatives à la consommation des ménages, en affectant des valeurs aux biens consommés et en classant les ménages en fonction de leur consommation totale. Cependant,

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

La mesure du statut économique des utilisateurs des programmes est d'importance capitale pour l'amélioration du caractère équitable des services de santé.

la collecte de données requise au titre de cette approche est de nature complexe et fastidieuse.

Plus récemment, les chercheurs ont commencé à examiner des enquêtes sur les ménages contenant des informations sur leurs caractéristiques et leurs possessions qui donnent une mesure plus précise des biens et de la richesse. C'est pour cette raison que les Enquêtes démographiques et de santé ont attiré une attention toute particulière. Des EDS ont été réalisées dans plus de 75 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine, et plusieurs fois dans certains pays. Ces enquêtes couvrent toute une gamme de questions démographiques et de santé et incluent également une longue liste de variables concernant les biens des ménages — en particulier les caractéristiques des domiciles (type de structure et matériaux utilisés pour le toit et le sol), installations d'eau et de tout à l'égout (eau courante ou à la pompe) et possession de différents biens de consommation durables (notamment un poste de radio, un téléviseur, une bicyclette ou une voiture).

En intégrant ces informations sur les possessions des ménages dans les EDS, les chercheurs classent les ménages en fonction du nombre de biens. Ces biens se voient généralement attribuer une pondération différente par l'application d'une technique statistique telle que l'analyse en composantes principales. Les chercheurs divisent ensuite les membres de la population (selon la richesse des ménages auxquels ils appartiennent) en groupes de dimension égale — le plus souvent en cinq groupes ou quintiles — en fonction de la position relative de chaque personne sur l'indice (pour de plus amples informations sur cette procédure, veuillez vous reporter au Rapport comparatif des EDS 6, « Indice de richesse des EDS », figurant dans l'Appendice).

Comparaison entre les utilisateurs des programmes et la population toute entière

L'application de cette approche fondée sur les biens à l'évaluation des programmes varie en fonction de la nature et de la taille du programme à évaluer et du volume de données déjà disponibles. Ces options diffèrent de manière considérable selon qu'un programme opère à l'échelle nationale dans un pays qui dispose de données nationales d'enquêtes sur les biens des ménages ou selon qu'un programme opère à une plus petite échelle sans que l'on dispose de telles données d'enquête à l'appui. Ce rapport n'examine pas en détail toutes les possibilités, mais il offre quelques brefs exemples qui illustrent les options disponibles.

Programmes opérant à l'échelle nationale dans des pays où une enquête nationale a été réalisée

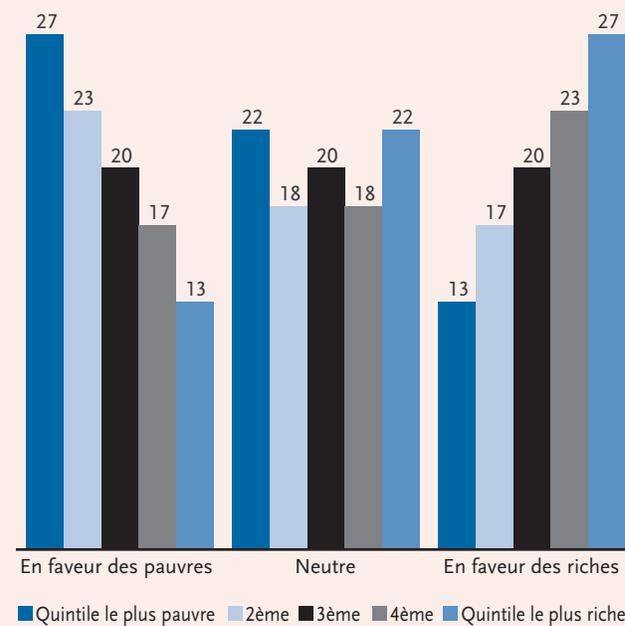
Les programmes de niveau national fournissant des services de santé dans un pays pour lequel on dispose d'une EDS ont de la chance : les données d'EDS sont généralement aisément disponibles, bien organisées et contiennent des informations sur la situation économique de l'ensemble de la population. Si un pays n'a pas bénéficié d'une EDS, il existe peut-être une étude nationale menée par une autre organisation (telle que l'UNICEF ou l'Organisation mondiale de la Santé) et contenant des informations similaires sur les biens des ménages (veuillez vous reporter aux références supplémentaires figurant à l'Appendice).

Dans ce genre de situation, la comparaison de la situation économique des utilisateurs de services et de la population toute entière exige des évaluateurs des programmes qu'ils recueillent des données uniquement sur les biens des ménages des utilisateurs des services en posant les mêmes questions que celles figurant dans l'enquête nationale. Lorsque le programme étudié fournit des services par l'intermédiaire des dispensaires ou des centres de santé, l'approche la plus simple consiste à organiser une enquête de sortie des utilisateurs des installations concernées, en appliquant une technique d'échantillonnage systématique, par exemple, un client sur cinq ou sur huit. Les clients interrogés se verraient poser les mêmes questions que celles qui figurant dans l'enquête nationale quant à leur type de domicile, les biens de consommations durables appartenant au ménage et l'utilisation des ressources en eau (voir l'échantillon 1).

Figure 10

Trois programmes de santé hypothétiques

Pourcentage total d'utilisateurs du programme



Source : Créé par D. Gwatkin.

Grâce à ces données, l'évaluateur peut mettre sur pied un tableau des biens ou des possessions pour chaque utilisateur en appliquant à chaque réponse une pondération prédéterminée par une analyse de l'EDS et en additionnant les scores individuels ainsi obtenus. L'enquête nationale fournit à l'évaluateur les valeurs limites de l'indice de richesse séparant le quintile le plus pauvre du second quintile le plus pauvre, le second quintile le plus pauvre du quintile du milieu et ainsi de suite. La comparaison des résultats de l'indice de richesse des utilisateurs des services avec ces limites permet d'estimer le pourcentage des utilisateurs de services dans chacun des quintiles.⁴⁵

Une fois que la répartition des utilisateurs des services par quintile de richesse est établie, il est possible de déterminer si le programme à l'étude est équitable ou non. La figure 10 présente quelques options :

- ▶ Un programme peut être considéré comme « favorable aux pauvres » si nettement plus de 20 % de ses utilisateurs se trouvent dans chacun des deux quintiles les plus bas et nettement moins de 20 % se trouvent dans les deux quintiles les plus riches.
- ▶ Dans le cas d'un programme à l'équité neutre, une proportion sensiblement équivalente de clients provient des quintiles les plus riches et les plus pauvres.
- ▶ Un programme favorisant les plus aisés compte plus de 20 % de ses clients de chacun des deux quintiles les plus aisés et nettement moins de 20 % de ses patients de chacun des quintiles les plus faibles.

Echantillon no 1

Questionnaire sur les biens des ménages tiré de l'EDS

Les questions ci-après concernant les biens appartenant aux ménages figuraient dans l'Enquête démographique et de santé 2001 pour le Malawi.

Question

1. Votre ménage a-t-il

- L'électricité
- Au moins un poste de radio
- Au moins un poste de télévision
- Au moins une bicyclette
- Au moins une motocyclette ou un scooter
- Au moins une voiture ou un camion

2. Votre ménage inclut-il un travailleur domestique qui n'est pas apparenté au chef de famille ?

3. Les membres de votre ménage travaillent-ils leur propre lopin de terre ou les terres agricoles de la famille ?

4. Quelle est la source principale de combustible utilisée pour la cuisine par votre ménage ?

- Electricité
- Kérosène
- Charbon de bois
- Bois
- Autre

5. Quelle est la principale source d'eau potable de votre ménage ?

- Eau courante à domicile
- Eau courante dans le jardin ou sur le lopin de terre
- Eau courante publique
- Puits sans protection
- Puits
- Rivière, canal ou eau de surface
- Source
- Eau de pluie
- Camion citerne
- Eau en bouteille

6. Quel est le principal type de toilettes utilisé par votre ménage ?

- Toilettes privés à chasse d'eau au domicile
- Latrine privée
- Latrine VIP privée
- Toilettes partagées à chasse d'eau au domicile
- Latrines communes
- Latrines VIP communes
- Buissons, champs utilisés comme latrine

7. Quel est le matériau principal des sols de votre foyer ?

- Terre battue, sable, bouse
- Bois, planches
- Fragments de briques
- Carrelage
- Ciment
- Parquet
- Vinyle

Sources : Le questionnaire sur les biens et possessions, les notes correspondant aux biens et les limites des quintiles de richesse pour la population nationale figurent dans l'Annexe C des rapports des pays à l'adresse suivante : www.worldbank.org/hnp/povertyandhealth/countrydata. Une description des données et des méthodes figure également à : <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/pvd.asp>.

Programmes opérant à plus petite échelle ou dans les pays n'ayant pas bénéficié d'une enquête nationale

Certains types de programmes ne peuvent tirer parti des données existantes sur la situation économique de la population.

Si un programme opère dans une zone géographique restreinte du pays, le nombre de ménages de cette région couverte par l'EDS ou une autre enquête nationale n'est sans doute pas suffisant pour constituer un échantillon statistique représentatif. D'autres programmes opèrent dans les pays n'ayant pas bénéficié d'une EDS ou d'une enquête nationale quelconque sur les ménages.

Dans ces cas là, le programme peut procéder à deux enquêtes : une enquête sur un échantillon représentatif des ménages dans la zone couverte par le programme et une enquête de sortie des utilisateurs du programme telle que celle décrite plus haut. L'enquête sur les ménages se fonde généralement sur un bref questionnaire axé sur les possessions des ménages (voir les

exemples dans les Illustrations 1 ou 2). L'objectif est de recueillir des informations sur la situation économique de la population de la région qui pourront ensuite être comparées à celles qui figurent dans l'EDS ou dans une autre enquête nationale. Une fois recueillies, ces données sont analysées et fournissent des résultats sur les possessions et des seuils pour chaque quintile de la population, en utilisant les mêmes méthodes que celles utilisées pour l'EDS (voir le *Rapport comparatif 6* des EDS, « L'indice de richesse des EDS » figurant à l'Appendice).

L'enquête de sortie de clinique des utilisateurs des services recueille les mêmes informations sur les possessions que l'enquête sur les ménages, ce qui permet aux chercheurs de comparer la situation économique des utilisateurs des cliniques à celle de la population générale, comme le décrit la section précédente. Le programme peut également procéder à une enquête sur les ménages qui recueille en même temps des informations sur l'utilisation des services et sur la situation économique.

Echantillon no 2

Enquête-type d'évaluation de la pauvreté

L'instrument suivant a été conçu de manière spécifique pour identifier les pauvres au sein d'une communauté, sur la base des questionnaires élaborés par divers chercheurs et institutions, notamment l'UNICEF et l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.

Numéro d'identification du ménage : _____

Critères de sélection : _____

(communauté, entretien de sortie, village, installation, etc.)

Question

Nom du chef de famille _____

Age _____

Sexe _____

Années de scolarité complétées _____

Epouse du chef de famille/ femme du ménage _____

Age _____

Années de scolarité complétées _____

Le principal soutien de famille est-il un travailleur journalier non qualifié ?

Oui Non

Le ménage emploie-t-il un employé domestique rémunéré ?

Oui Non

Le ménage est-il propriétaire de terres agricoles ?

Oui Non

Certains des membres du ménage travaillent-ils la terre ?

Oui Non

Veuillez décrire la structure familiale :

Nombre de membres

moins d'un an _____

moins de 5 ans _____

âgés de 5 à 15 ans _____

âgés de plus de 15 ans _____

Nombre de membres non scolarisés

(âgés de 5 à 15 ans) ? _____

Combien d'entre eux ne disposent pas d'au moins trois tenues vestimentaires ? _____

Paramètres du domicile

Taille du ou des logements ?

Première maison en mètres carrés _____

Deuxième maison en mètres carrés _____

Troisième maison en mètres carrés _____

Combien de pièces sont utilisées par les membres du ménage comme chambres à coucher ? _____

Quel est le matériau de construction utilisé pour la toiture du bâtiment principal ?

Chaume/paille

Ciment/béton

Autre

Quel est le matériau de construction des murs du bâtiment principal ?

Boue/paille

Brique et ciment

Autre

Matériau du sol du bâtiment principal :

Boue/sable

Ciment/carrelage

Autre

Source d'eau :

Eau courante à l'intérieur de la maison

Propriétaire d'une cuve et d'une pompe à main

Autres sources

Toilettes :

À chasse d'eau/sanitaires

Latrines

Autre/aucun

Le ménage a-t-il l'électricité ?

Oui Non

Biens en possession des ménages

Un des membres est-il propriétaire de l'un des biens suivants ?*

Biens de grande valeur en possession des ménages

Voiture Oui Non

Réfrigérateur Oui Non

Biens de valeur moyenne en possession des ménages

Poste de radio Oui Non

Lit Oui Non

Biens de faible valeur en possession des ménages

Tables/chaise Oui Non

Ustensiles en aluminium/métal Oui Non

Sécurité alimentaire

Combien de repas principaux ont été servis hier ?

Un Deux Trois

Au cours des sept derniers jours, combien de jours se sont écoulés pendant lesquels [aliment de base ou céréale de prédilection] n'a pas été servi pour le dîner ?

Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours le foyer n'a-t-il pas eu assez à manger ? _____

Pendant la saison où les prix des denrées alimentaires sont les plus élevés sur le marché (spécifiez le mois), votre ménage souffre-t-il de carences alimentaires ?

Oui Non

* Les niveaux d'avoirs élevés, moyens ou faibles pour la communauté doivent être déterminés par des entretiens avec des sources d'informations essentielles.

Source : M. Mahmud Khan et David Hotchkiss, *How Effective Are Health Systems Strengthening Programs in Reaching the Poor? A Rapid Assessments Approach* (Bethesda, MD : Abt Associates, Inc., Projet PHRplus, 2006), consulté le 30 mai 2006 en ligne à l'adresse suivante : www.phrplus.org

Programmes ne fonctionnant pas dans le cadre d'installations

Une approche modifiée est nécessaire dans le cas des programmes qui incluent des activités d'éducation, de vulgarisation et à base communautaire ne se limitant pas aux installations médicales. Dans certains cas, les chercheurs peuvent choisir un échantillon de bénéficiaires (à partir, par exemple, de la liste des ménages contactés) dans les dossiers du programme et rendre visite à certains de ces ménages pour déterminer la situation économique des utilisateurs du programme. Une autre approche, en particulier lorsque les archives du programme ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires du programme, comme c'est le cas des campagnes médiatiques, consiste à procéder à une enquête unique et aléatoire d'un échantillon de ménages dans la zone de services pour obtenir des informations, non seulement sur les possessions des ménages, mais aussi sur la réception des messages ou des services par les ménages.

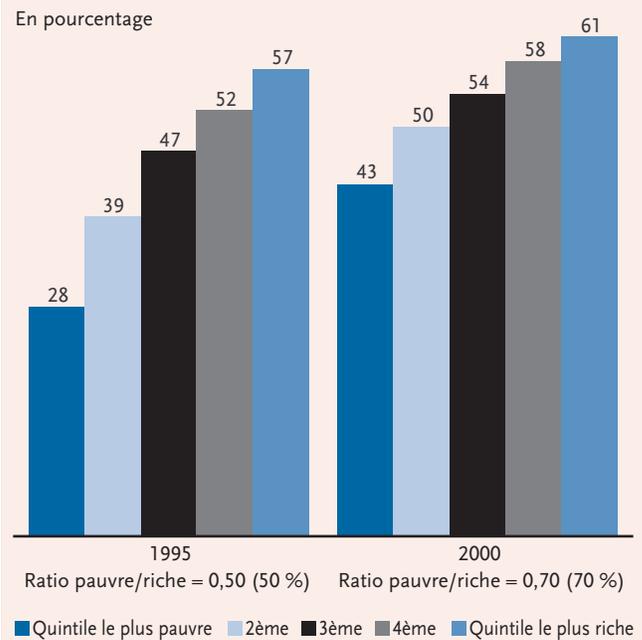
Comparaison des inégalités d'un programme ou d'une période à l'autre

Les techniques décrites dans la section qui précède fournissent une photo instantanée utile d'un programme particulier à un moment précis. Un chargé de programme a parfois besoin de savoir si son programme est plus ou moins équitable qu'un autre ou si son équité s'est améliorée au fil du temps. Pour ce faire, il suffit de comparer la « déclivité » des bénéficiaires des services de santé (quel est leur degré d'égalité ?) d'un groupe de richesse à l'autre (quintiles), pour procéder à une comparaison objective par rapport à une autre période ou à une autre situation. Une illustration est proposée à la figure 11, qui présente la répartition des femmes utilisant une méthode moderne quelconque de contraception en Égypte en 1995 et en 2000.

En 1995, 28 % des femmes les plus pauvres se servaient de contraceptifs modernes, contre 57 % des femmes les plus riches. En 2000, le degré d'utilisation avait augmenté pour toutes les catégories de femmes, les plus pauvres demeurant en retrait par rapport aux riches. Mais l'équité s'était-elle améliorée ? Le graphique le montre, mais pour plus de sûreté, il suffit de calculer un simple ratio des pauvres par rapport aux riches pour chaque période puis de les comparer. En 1995, le taux d'utilisation par le quintile le plus pauvre était de 0,50, soit 50 %, du niveau d'utilisation du quintile le plus riche. En 2000, ce ratio était passé à 0,70 (70 %). En d'autres termes, le taux d'utilisation a augmenté davantage chez les femmes pauvres que chez les femmes du groupe plus aisé ; ce qui veut dire que l'utilisation de la planification familiale dans le pays est devenue plus équitable au cours de cette période de cinq ans.

Il existe d'autres mesures statistiques qui permettent de quantifier avec plus de précision les inégalités entre les cinq groupes économiques. L'une des mesures utilisées à cette fin est l'indice de concentration, qui détermine l'inégalité de la

Figure 11
Égypte : utilisation de la contraception moderne par les femmes mariées, 1995 et 2000



Note : Un ratio de 0,50 ou de 50 % entre les riches et les pauvres signifie que le quintile le plus pauvre utilise les services à hauteur de la moitié de l'usage du quintile le plus riche.

Source : D. Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Population and Nutrition, Round II Country Reports* (2004).

répartition d'une variable particulière sur les services de santé ou l'état de santé entre les cinq quintiles —à savoir le degré de concentration de l'inégalité, dont la valeur oscille entre -1 et +1. Plus la valeur de l'index est proche de zéro, plus la relation entre les groupes économiques est égale. Inversement, plus l'indice s'éloigne de zéro, plus l'inégalité est marquée. En Égypte, comme l'indique la figure 11, l'indice de concentration ou le degré d'inégalité dans l'utilisation des contraceptifs s'est également amélioré au fil du temps, passant de 0,16 en 1995 à 0,07 (proche de zéro, ou de l'égalité) en 2000.⁴⁶ Des informations supplémentaires sur l'indice de concentration sont disponibles dans les notes techniques figurant dans l'Appendice.

Que ce soit en mesurant les changements de l'indice de concentration ou d'une autre manière, le suivi de la couverture des pauvres par les programmes est un point de départ essentiel pour s'assurer du bon fonctionnement des stratégies de service. Si les stratégies ne fonctionnent pas bien, les chargés de ces programmes doivent prendre de nouvelles mesures pour déterminer la raison de la médiocrité des performances et modifier les approches de la prestation des services afin d'améliorer leurs résultats.

Références

- 1 Adam Wagstaff, « Poverty and Health Sector Inequalities », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, no 2 (2002) : 97.
- 2 Davidson Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population, Round II Country Reports* (Washington, DC : Banque mondiale, 2004).
- 3 Analyse par le PRB de Davidson Gwatkin et al., *Initial Country-level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Volumes I et II (Washington, DC : Banque mondiale, 2003)
- 4 Pour de plus amples informations, veuillez consulter l'analyse des études des EDS, notamment l'ensemble des données, qui figure dans la section « Données pays » du site internet de la Banque mondiale sur la santé et la pauvreté : www.worldbank.org/povertyandhealth.
- 5 Deon Filmer, « The Incidence of Public Expenditures on Health and Education », *Note de référence pour le Rapport sur le développement mondial 2004* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003).
- 6 Analyse par le PRB de Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.
- 7 Analyse par le PRB de Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.
- 8 Julian Tudor Hart, « The Inverse Care Law », *Lancet* 1, no 7696 (1971) : 405-12.
- 9 Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial 2006 : Équité et développement* (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 5.
- 10 Adapté du *Rapport sur le développement mondial 2006* : 142-143 (Banque mondiale).
- 11 Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial 2004 : Comment assurer l'efficacité des services pour les plus démunis* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) : 25.
- 12 Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial 2006*.
- 13 Davidson Gwatkin, « The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor », consulté en ligne à l'adresse suivante <http://siteresources.worldbank.org>, le 29 juillet 2006.
- 14 Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Background Paper for the High Level Forum on Health Millennium Development Goals for Asia and the Pacific » (préparé pour les objectifs de santé du millénaire pour le développement en Asie et dans le Pacifique, Tokyo, Japon, 21-22 juin 2005).
- 15 David P. Coady, Deon P. Filmer et Davidson R. Gwatkin, « PROGRESA for Progress: Mexico's Health, Nutrition, and Education Program », *Development Outreach* (Mai 2005) : 10-12.
- 16 David Coady, Margaret Grosh et John Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience* (Washington, DC : Banque mondiale, 2004) : 84-85.
- 17 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé mondiale 2000 : Systèmes de santé : comment en améliorer la performance* (Genève : OMS, 2000) : 14-16.
- 18 National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, and ORC Macro, *Enquête démographique et de santé pour le Bangladesh, 1999-2000* (Calverton, MD : ORC Macro, 2001) : 53-56.
- 19 Robert L. Parker, « Guest editorial for Journal of Perinatology, Supplement on the Gadchioroli Field Trial », *Journal of Perinatology* 25, Supplément 1 (2005) : S1-2.
- 20 OMS, document de référence.
- 21 Young Mi Kim et al., « Increasing Client Participation in Family Planning Consultations: 'Smart Patient' Coaching in Indonesia », *Rapport final de FRONTIERS* (Washington, DC : Population Council, 2003).
- 22 Kim et al., « Increasing Client Participation in Family Planning Consultations ».
- 23 David Peters, Krishna Rao et G.N.V. Ramana, « India: Equity Effects of Quality Improvements on Health Service Utilization and Patient Satisfaction in Uttar Pradesh State », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 189-210.
- 24 William Newbrander et al., « The PROSALUD Model for Expanding Accès to Health Services », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.worldbank.org, le 22 décembre 2003. Cité par Dara Carr, « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde », *Health Bulletin* 1 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2004).
- 25 Dominic Montagu et al., « Kenya: Reaching the Poor through the Private Sector—A Network Model for Expanding Access to Reproductive Health Services », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 81-96.
- 26 Eleonora Suk Mei Tan, « Case Study 2: Vouchers for Midwife Services in Pemalang District, Central Java Province », dans ed. Susannah Hopkins Leisher et Stefan Nachuk, *Making Services Work for the Poor* (Jakarta, Indonésie : Banque mondiale Institut Ash, 2006), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.innovations.harvard.edu, le 11 mai 2006.
- 27 Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial, 2004*.
- 28 Cornelius Debpuur et al., « The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences and Fertility », *Studies in Family Planning* 33, no 2 (2002) : 141-64.
- 29 Kristin Gryboski et al., « Working With the Community for Improved Health », *Health Bulletin* 3 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2006) : 2.
- 30 Banque mondiale, *Rapport sur le développement mondial, 2004*.

- 31 Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) et OMS, *Lignes directrices et références du CAD : pauvreté et santé* (Paris : OCDE, 2003) : 40.
- 32 Voir William C. Hsiao et Yuanli Liu, « Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity », dans *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York : Oxford University Press, 2001) : 268-72.
- 33 Hsiao and Liu, « Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity » : 272.
- 34 Francois Pathé Diop et Jean Damascene Butera, « Community-based Health Insurance in Rwanda », *Development Outreach* 7, no 2 (mai 2005) : 19-22.
- 35 Coady, Grosh et Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries*: 9.
- 36 Aluísio J.D. Barros et al., « Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Neediest? » dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 281-304.
- 37 Cette étude a également examiné un quatrième programme, le *Pastorate of the Child*, une initiative ciblant directement des familles particulièrement démunies dont les enfants souffrent de malnutrition, non couvert par le présent rapport. Voir la citation intégrale de l'article plus haut pour une description complète.
- 38 J. Brad Schwartz et Indu Bushan, « Cambodia: Using Contracting to Reduce Inequity in Primary Health Care Delivery », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 137-61.
- 39 J. Brad Schwartz, message courriel à l'auteur, 12 mai 2006.
- 40 Rose Nathan et al., « Mosquito Nets and the Poor: Can Social Marketing Redress Inequities in Access? » *Tropical Medicine and International Health* 9, no10 (2004): 1121-1126 ; et Rose Nathan, Hadji Mponda et Hassan Mshinda, « Social Marketing of Bednets in Tanzania », *Development Outreach* 7, no. 2 (Mai 2005) : 16-18.
- 41 Mark Grabowsky et al., « Ghana and Zambia: Achieving Equity in the Distribution of Insecticide-Treated Bednets through Links with Measles Vaccination Campaigns », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) : 65-80.
- 42 Les collaborateurs à ce projet de recherche comprenaient notamment la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, l'Institut suisse de médecine tropicale, et l'Université fédérale de Pelotas, au Brésil.
- 43 M. Kent Ranson et al., « India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005): 163-87.
- 44 Anju Malhotra et al., « Nepal: The Distributional Impact of Participatory Approaches on Santé reproductive for Disadvantaged Youths », dans *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo S. Yazbeck (Washington, DC : Banque mondiale, 2005): 211-39
- 45 Pour plus d'informations sur cette procédure, veuillez consulter l'Annexe C des rapports par pays du site Internet Santé et pauvreté de la Banque mondiale à l'adresse suivante : www.worldbank.org/hnp/povertyandhealth/countrydata.
- 46 Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.

APPENDICE | POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS

Ressources suggérées

Reaching the Poor Volume

Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff et Abdo S. Yazbeck. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, DC: Banque mondiale, 2005. Ce volume peut être consulté à l'adresse suivante : www.worldbank.org/povertyandhealth, ou en écrivant à :

World Bank
Health Advisory Service
Health, Nutrition and Population Department
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Rapports sur des questions parallèles

Carr, Dara. « Comment améliorer la santé des plus pauvres de notre monde », *PRB Health Bulletin* 1, Washington, DC : Population Reference Bureau, 2004.

Coady, David, Margaret Grosh et John Hoddinott. *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*. Washington, DC : Banque mondiale, 2004.

Evans, Timothy et al., eds. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press, 2001.

Gwatkin, Davidson et al. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, 2d ed. Washington, DC : Banque mondiale, 2004.

Henninger, Norbert et Mathilde Snel. *Where are the Poor? Experiences with the Development and Use of Poverty Maps*. Washington, DC : World Resources Institute et Arendal, Norvège : Programme des Nations Unies pour l'Environnement, 2002.

Khan, M. Mahmud et David Hotchkiss. *How Effective are Health Systems Strengthening Programs in Reaching the Poor? A Rapid Assessment Approach*. Bethesda, MD : Partners for Health Reformplus, Abt Associates, Inc., 2006.

Leighton, Charlotte et Daniel Maceira. « Decision Making for Equity in Health Sector Reform ». Dans *PHR Primer for Policymakers*, ed. Zuheir al-Faqih. Bethesda, MD: Abt Associates, Partnerships for Health Reformplus, 2001.

Rutstein, Shea O. et Kiersten Johnson. « The DHS Wealth Index », *DHS Comparative Reports* 6. Calverton, MD : ORC Macro, MEASURE DHS+ Projet, 2004.

Banque mondiale. *Rapport sur le développement mondial 2004: assurer l'efficacité des services pour les plus démunis*. Washington, DC: Banque mondiale, 2003.

Banque mondiale. *Rapport sur le développement mondial 2006: Équité et développement*. Washington, DC : Banque mondiale, 2005.

Sites Internet recommandés

Enquêtes démographiques et de santé (EDS)

www.measuredhs.com

Le programme des EDS a assuré la collecte de données sur la santé, la population et la nutrition pour plus de 200 enquêtes réalisées dans quelque 75 pays. Le site Internet fournit un accès aux rapports finaux pour chaque pays, à une série de rapports et d'analyses comparatives et aux données par le biais du StatCompiler.

Equitap

www.equitap.org

Equitap, ou *Equity in Asia-Pacific Health Systems*, [Équité des systèmes de santé de la région Asie-Pacifique] est un effort conjoint de plus de 15 équipes de chercheurs d'Asie et d'Europe qui procèdent à l'examen du caractère équitable des systèmes nationaux de santé de la région Asie-Pacifique.

International Journal for Equity in Health

www.equityhealthj.com

L'*International Journal for Equity in Health* est une publication électronique revue par les pairs lancée par l'*International Society for Equity in Health* pour la promotion des connaissances scientifiques sur l'équité en matière de santé.

International Society for Equity in Health (ISEqH)

www.iseqh.org

L'ISEqH assure la promotion de l'équité dans le domaine de la santé et des services de santé à l'échelle internationale, par le biais de programmes d'éducation, de recherche, de publications, de programmes de communication et d'un soutien d'ordre caritatif.

Réseau régional sur l'équité dans le domaine de la santé en Afrique australe (EQUINET)

www.equinetfrica.org

Le réseau EQUINET appuie les activités de recherche et de vulgarisation à orientation stratégique dans les secteurs de la santé et de l'équité des systèmes de santé en Afrique australe. Ce réseau est composé de professionnels de la recherche, de membres de la société civile et de représentants d'organisation du secteur santé et sert de forum au dialogue et à l'échange d'informations sur divers thèmes, notamment la pauvreté et la santé, l'équité des services de santé et l'équité et le VIH/sida.

UNICEF, Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)
www.enfantinfo.org

UNICEF a appuyé les efforts de collecte d'informations de maints pays sur le bien-être des enfants et des familles dans le cadre des enquêtes en grappe à indicateurs multiples — MICS. Le site Internet présente la méthodologie utilisée, des échantillons de questionnaires et des statistiques nationales.

Réseau PovertyNet de la Banque mondiale
www.worldbank.org/povertyenet

Outre la section sur la santé et la pauvreté, le site Internet du PovertyNet met à la disposition des chercheurs et des spécialistes des ressources considérables en matière de mesure, suivi et analyse de la pauvreté et de stratégies de réduction de la pauvreté.

Organisation mondiale de la Santé, Commission sur les déterminants sociaux de la santé
www.who.int/social_determinants

La commission appuie les pays et les organisations mondiales de santé cherchant à améliorer les conditions sociales qui affectent la santé des populations.

Organisation mondiale de la Santé,
Statistiques mondiales de la santé
www.who.int/statistics/en

Les Statistiques mondiales de la santé pour 2006 présentent les données les plus récentes de 50 indicateurs de santé pour les 192 états membres de l'OMS. Cette édition inclut une série élargie de statistiques axées sur l'équité au sein des pays et d'un pays à l'autre.

Ressources techniques pour l'analyse de l'équité des services de santé

L'écart entre les résultats obtenus dans le secteur santé entre les riches et les plus démunis s'est-il creusé ? Ces écarts sont-ils plus marqués dans un pays ou une région qu'un autre ? Les subventions dans le secteur de la santé sont-elles réparties de manière plus équitable dans certains endroits ? Les prestations de santé sont-elles équitables, à savoir est-ce que les soins prodigués pour des conditions similaires sont les mêmes, quels que soient les revenus des patients ?

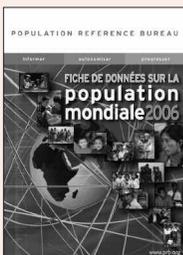
Les réponses à ces questions exigent une série de mesures quantitatives qui permettent de jauger les résultats, notamment en termes d'inégalité et d'injustice, de progressivité des catastrophes et d'impact sur la pauvreté.

Les exemples repris dans les notes techniques de la Banque mondiale indiquées ci-dessous mettent en exergue les questions soulevées dans le cadre de l'analyse quantitative de l'équité en matière de santé. Ces notes sont disponibles sur le site Internet de la Banque mondiale à l'adresse suivante : **www.worldbank.org/povertyandhealth**. Cliquez sur *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis* (Techniques d'analyse quantitative de l'équité en matière de santé).

- ▶ Comment mesurer les niveaux de vie : consommation des ménages et indicateurs de richesse
- ▶ Tableau types des inégalités
- ▶ Courbes de concentration
- ▶ Indice de concentration
- ▶ Analyse multivariable des données de santé : questions d'ordre général
- ▶ Analyse multivariable des données de santé : Facteurs d'estimation non linéaires
- ▶ Qui bénéficie des subventions du secteur de la santé ?
- ▶ Analyse de l'incidence des prestations
- ▶ Mesure des inégalités dans la prestation des services de santé
- ▶ Analyse de causalité : ventilation de l'indice de concentration
- ▶ Mesure de la progressivité des paiements des services de santé
- ▶ Ventilation de l'effet de redistribution sur les paiements des services de santé
- ▶ Impact de la pauvreté sur les paiements des services de santé
- ▶ Données pour l'analyse de l'équité dans le secteur santé : conditions, sources et questions à l'étude

Publications choisies du Population Reference Bureau

Toutes les publications sont disponibles sur le site Internet du PRB : www.prb.org/francais.



Fiche de données 2006 sur la population mondiale

par *Carl Haub*

La *Fiche de données 2006* sur la population mondiale publiée par le PRB contient les toutes dernières estimations et projections démographiques ainsi que divers indicateurs essentiels pour plus de 200 pays, notamment les naissances, les décès, la mortalité infantile et l'espérance de vie, la séroprévalence, l'emploi des contraceptifs, la population vivant avec moins de US\$2 par jour et la densité de population au mile carré. Les nouveaux indicateurs ajoutés à la Fiche de données 2006 comprennent le pourcentage des zones protégées et la population ayant accès à une hygiène améliorée. (décembre 2006)



L'impact du VIH et du sida sur les populations

par *Lori S. Ashford*

Ce dossier examine l'une des grandes tragédies médicales des temps modernes et offre une description de l'impact du VIH et du sida sur la taille des populations, leurs caractéristiques et leur bien-être. Le rapport met en exergue les efforts majeurs exigés pour enrayer l'épidémie, qui continue à se répandre dans le monde malgré les efforts de prévention et les succès rencontrés par quelques pays. (décembre 2006)



La jeunesse du monde 2006

par *Lori Ashford, Donna Clifton et Toshiko Kaneda*

Nombreux sont les jeunes de notre monde dont le bien-être demeure confronté à de graves problèmes. La fiche de données *La jeunesse du monde 2006* brosse un tableau exhaustif du bien-être des jeunes (âgés de 10 à 24 ans), et révèle que nombreux sont ceux qui courent des risques considérables de santé allant des infections sexuellement transmissibles aux complications du tabagisme. (juin 2006)



Les défis mondiaux du VIH et du sida

par *Peter R. Lamphey, Jami L. Johnson et Marya Khan*

L'épidémie du sida est sans doute la catastrophe sanitaire la plus dramatique de l'histoire de l'humanité. La maladie continue à faire des ravages au sein des familles et des communautés du monde. Au moins 40 millions de personnes sont séropositives aujourd'hui. (mars 2006)

Pour commander les publications du PRB, veuillez nous contacter à l'adresse suivante :

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 États-Unis
Tél. : 202-483-1100
Télécopieur : 202-328-3937
Courriel : popref@prb.org
www.prb.org

PRB

POPULATION REFERENCE BUREAU

BRIDGE

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 États-Unis
Tél. : 202-483-1100
www.prb.org



THE WORLD BANK