



*2009 ECOSOC High Level Segment Thematic Debate, Dialogue 1  
(Genève, 9 juillet 2009, 10:00-13:00, Salle XIX, Palais des Nations)*

**Consacrer les ressources de la santé à ceux qui en ont le plus besoin**

Assane Diop  
Directeur exécutif, Secteur de la Protection sociale  
Bureau international du Travail, Genève

\*\*\*

Mes chers collègues,  
Mesdames, messieurs,

Déjà avant la crise du carburant, la crise alimentaire, la crise du climat et la crise financière et économique, près d'un milliard de personnes vivaient en marge de la survie. Ils n'ont pas de travail décent : ils sont au chômage ou travaillent dans la pauvreté, en particulier dans les zones rurales et l'économie informelle. Sans aucun filet de sécurité, ils font face :

- à l'accroissement de la faim,
- aux inondations et sécheresses,
- aux risques sanitaires.

Ils ont moins que jamais les moyens de financer les soins essentiels de santé des membres de leur famille, les accouchements ou pour s'occuper de leurs nouveau-nés.

Dans les pays à fort taux de pauvreté où un grand pourcentage de la population active travaille dans l'économie informelle, l'OIT estime que près de 75% de la population n'a pas accès aux services de santé, en raison principalement du fait que les soins de santé et les médicaments sont inabordables. Au Burkina Faso, le chiffre est de 80%.

En Afrique subsaharienne, en moyenne, les dépenses totales de santé reviennent à 30 US dollars par personne et par an, cent fois moins que dans les pays de l'OCDE. Plus de la moitié de ce montant est dépensé par les ménages privés à eux seuls. L'appauvrissement de millions de personnes y est imputable. Il n'y a ni partage de la charge ni solidarité dans le financement des soins de santé déjà limité, et trop souvent dépensé inefficacement.

Il est donc indispensable de mettre en œuvre ou d'étendre la protection sociale de la santé. Prenant les formes de services nationaux de santé, d'assurance-maladie sociale, de régimes de santé communautaires et autres, la protection sociale de la santé rend efficace l'utilisation des maigres ressources par le biais de la mise en commun des risques et du prépaiement.

- Elle peut accroître l'équité, réduire la pauvreté et améliorer la santé de la population.

- Elle peut réduire les écarts dans l'accès aux services de santé de qualité, améliorer la baisse des taux de mortalité maternelle et de survie du nouveau-né, réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et prévenir et traiter le paludisme.
- Elle cible les ressources limitées sur ceux qui en ont le plus besoin.
- En favorisant le développement et la croissance économique découlant d'une main-d'œuvre en bonne santé, elle aborde elle-même la crise et, en même temps, améliore la situation des plus vulnérables.

Les communautés pauvres, les gouvernements, les travailleurs et les employeurs du monde entier ont mis en place des régimes soit d'assurance maladie, soit financés par les impôts. Ceux-ci démontrent comment la solidarité peut accélérer les progrès dans la protection de la santé. Ils jouent un rôle clé dans la protection des défavorisés, en assurant aussi bien la qualité que l'équité des soins. Au cours des dernières années, la République de Corée, la Thaïlande et le Ghana ont tous réalisé des progrès importants en dépit des contraintes initiales telles que la faiblesse du PIB par habitant ou l'importance de l'économie informelle.

Comme l'indique la convention n° 102 sur la sécurité sociale, notre travail est ancré dans les droits à la sécurité sociale et à la santé qui sont au cœur de notre Agenda du travail décent, lequel est une des pierres angulaires d'une mondialisation équitable.

Vous le savez peut-être : notre programme pionnier STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) a établi des points de référence quant à la promotion et au développement de systèmes à base communautaire, tels que les régimes de micro-assurance pour la santé. Il relie les pauvres, les experts et les ressources et leur donne les moyens de lutter ensemble contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

Maintenant, en période de ralentissement économique, le BIT appelle à des réponses inclusives plutôt que d'exclure des budgets publics les besoins des pauvres en matière de santé. Nous exhortons les gouvernements à utiliser le plein potentiel de la protection sociale de la santé en assurant que les prestations soient aussi bien abordables, qu'adéquates.

Les gouvernements devraient prendre en considération le fait que le déficit mondial d'accès aux services de santé ne peut être traité uniquement par le biais du système de santé. Il y a besoin plutôt d'une approche politique plus large, basée sur la redistribution et la protection, pour aborder les inégalités sous-jacentes autant au sein des sociétés qu'au niveau mondial. Une contribution essentielle à de telles politiques est la nouvelle Initiative pour un socle de protection sociale, faisant partie des Initiatives conjointes sur la crise (*Joint Crisis Initiatives*) lancées récemment par le Comité de haut niveau sur les programmes des Chefs de Secrétariat du Système des Nations Unies (CEB).

Le Socle de protection sociale sera composé de deux éléments principaux qui contribuent à la réalisation des droits humains:

- *Les services essentiels*: l'accès géographique et financier à l'eau et à l'assainissement, à l'alimentation adéquate, aux soins de santé, y compris la santé maternelle et infantile, à l'éducation.
- *Les transferts sociaux*: une base essentielle de ces transferts, en espèces et en nature, versés aux personnes pauvres et vulnérables, afin de fournir un minimum de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé essentiels.

L'accès aux soins de santé, en particulier pour les plus vulnérables, devrait être une priorité dans les politiques nationales. L'accès peut s'améliorer à travers des systèmes pluralistes de protection sociale de la santé, fournissant des prestations essentielles qui répondent aux besoins des femmes, des hommes, des enfants et des personnes âgées.

Nous soulignons également la nécessité de contenir l'exode de travailleurs qualifiés résultant des mauvaises conditions de travail dans de nombreux pays à faible revenu.

Car les travailleurs migrants constituent une population particulièrement vulnérable en termes de santé et de sécurité au travail. Même là où existent des régimes de sécurité sociale ou d'assurance maladie, les travailleurs migrants et leurs familles sont souvent exclus et ne jouissent donc pas du droit fondamental à la santé.

Aujourd'hui, 50% des migrants internationaux sont des femmes, de plus en plus des travailleuses plutôt que personnes à charge. Cette féminisation de la migration exige des approches sensibles à l'équité des sexes.

La crise financière et économique a conduit à une perte d'emplois, notamment parmi les travailleurs migrants. En perdant leur emploi, ces travailleurs peuvent également perdre leur droit de rester dans le pays d'accueil et, par conséquent, leur couverture d'assurance maladie.

Pourtant, les travailleurs migrants en situation régulière cotisent aux régimes de sécurité sociale et d'assurance maladie dans leur pays d'accueil. Les ressources de ces régimes seront donc touchées par toute réduction d'emploi des migrants. En parallèle, la crise actuelle a une forte incidence sur les envois de fonds, qui apportent une contribution majeure aux dépenses sanitaires des familles et des communautés des pays d'origine.

En outre, on constate une pénurie mondiale de personnel de santé, estimé à 4,2 millions de travailleurs dans 57 pays dont 36 sont en Afrique sub-saharienne. Ainsi, environ 23% des médecins formés en Afrique travaillent dans les pays de l'OCDE, tandis que 20 000 travailleurs de la santé ont quitté l'Afrique pour l'Europe et les Etats-Unis. Cela prive les populations des pays d'origine d'accès aux services de santé de qualité, met en péril la viabilité des systèmes de santé – notamment dans les zones rurales – et entraîne une perte des fonds publics investis dans la formation. La réponse des pays d'origine doit comprendre une planification durable de la main-d'œuvre de la santé, ainsi que des stratégies de rétention – mais aussi des accords bilatéraux et multilatéraux fondés sur des instruments pour un recrutement international socialement responsable. La Convention n°149 de 1977 sur le personnel infirmier fournit des conseils en la matière.

Mesdames, messieurs,

La pauvreté est elle-même une crise.

Pour les intéressés, moins d'un dollar par jour c'est juste un chiffre. Mais ce chiffre traduit une tragédie humaine qui se manifeste par un malade qui meurt faute de soins, une femme enceinte malnutrie qui risque de mourir ou qui meurt de faim avec son enfant.

Pensons à ceux qui font 15 à 20 km à pied, à dos d'âne – ou en charrette pour les plus chanceux – pour atteindre un poste de santé souvent sans médicament. Aux malades du sida qui ne savent même pas qu'il existe des antirétroviraux.

Paludisme, maladies diarrhéiques, choléra ... Ces maladies des pauvres qui déciment les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants nous obligent à reconnaître que nous

n'atteindrons pas les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. Pire : dans certains cas nous risquons de constater des reculs par rapport aux progrès enregistrés dans le passé – cela à cause de la crise qui élargit et approfondit la pauvreté.

Si nous voulons apporter une réponse forte maintenant, et à la dimension du déficit, nous devons :

- évaluer le chemin parcouru au plan des financements internationaux,
- évaluer l'impact au niveau national,
- ré-évaluer les déficits,
- nous ré-engager ensemble – le système des Nations Unies, le G20 et les autres intervenants dans le domaine de la santé et de la lutte contre la pauvreté – avec de nouvelles stratégies, de nouveaux indicateurs pour le développement humain, afin d'assurer une vie plus digne, plus juste parce que plus décente pour tous.

Le résultat est à notre portée. Ensemble nous le pouvons.

Je vous remercie.