

# La santé, moteur du développement socio-économique en Haïti

Jean-Claude Fouron

Nos réflexions au sein du GRAHN ont porté sur 10 thèmes présentés en détail dans notre livre *Construction d'une Haïti nouvelle*. Nous voilà aujourd'hui à l'étape de l'intégration du fruit de nos réflexions à la réalité du terrain. D'emblée, je tiens à souligner que nous, du GRAHN, ne voulons donner de leçons à personne. Cependant, comme vous, nous ne pouvons rester insensibles à la réalité socioéconomique de notre patrie qui souffre (et ici, en bon pédiatre, j'emploierai un terme qui nous est familier), qui souffre d'un retard de croissance et de développement.

Tous les experts s'accordent sur le fait qu'il existe une relation entre santé, éducation et économie. Cette unanimité cependant s'effrite très vite quand vient le moment d'établir les priorités. Quelle est, de ces trois variables, celle qui est dominante alors que les deux autres en seraient dépendantes? En d'autres termes, lequel de ces trois éléments pourrait être la locomotive favorisant l'avancement des deux autres? Vous avouerez que pour un décideur politique, il s'agit, à l'évidence, d'une question fondamentale. Par où commencer?

Certains d'entre vous, peut-être à cause de leur formation d'économistes, peut-être simplement à partir d'un certain pragmatisme découlant de leurs activités quotidiennes d'hommes ou de femmes d'affaires, partagent l'opinion d'un nombre non négligeable de décideurs internationaux qui pensent que pour régler le problème du sous-développement et réduire la pauvreté, logiquement, il suffit d'investir massivement dans les programmes de création d'emplois. Création d'emplois! Voilà bien un terme récurrent dans les médias de communication.

Et la pyramide classique, fréquemment proposée, présente au sommet le développement économique et à la base, la santé

d'un côté et l'éducation de l'autre, qui deviennent des variables dépendantes, tributaires de l'économie (fig. 1).

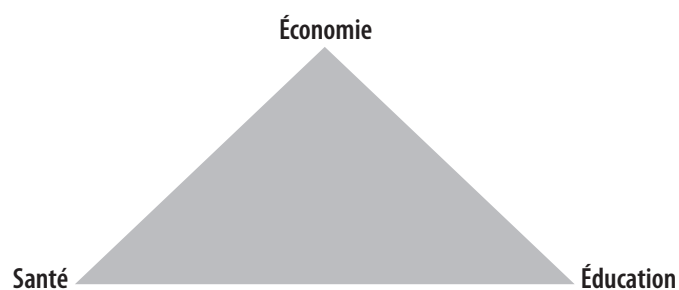


Figure 1 La trilogie Économie – Éducation – Santé

C'est évidemment une opinion qui logiquement paraît séduisante. Les impacts d'une économie forte sur la santé d'une population peuvent être directs et surtout indirects. On peut aisément concevoir qu'un individu qui reçoit un salaire régulier jouisse d'un pouvoir d'achat qui lui permettrait de faire face aux dépenses familiales liées à la santé. On peut également postuler qu'un salarié se nourrit mieux qu'un chômeur, la relation entre revenu, nutrition et santé ayant en effet été bien démontrée [1]. Les impacts sont également indirects, ce même pouvoir d'achat favorisant indirectement un certain développement économique dans la communauté. Cette activité économique faite de ventes et d'achats permettrait alors à l'État, à partir d'une fiscalité saine et équitable, d'augmenter ses ressources et d'améliorer son autonomie financière. Le personnel de santé serait alors rémunéré de façon adéquate et régulière; les dispensaires et hôpitaux seraient bien outillés et approvisionnés adéquatement. La mise sur pied de programmes d'éducation en hygiène, de programmes ►

de fourniture d'eau potable et d'assainissement de l'environnement deviendrait une réalité.

Tous ces enchaînements, apparemment logiques, malheureusement se heurtent à un constat. À partir des années 1950-1960, on a en effet assisté à un décollage économique d'un certain nombre de pays, particulièrement en Asie, mais également en Amérique – surtout du Sud – alors que durant la même période, d'autres pays souffrant des mêmes conditions de sous-développement stagnaient et stagnent encore dans leur état de pauvreté. L'étude des facteurs expliquant cette différence d'évolution est devenue le sujet de recherche de prédilection de nombre de spécialistes en économie, en sciences sociales, en éducation, en sciences politiques et j'en passe. Une étude exemplaire faite par le professeur Jean-Claude Berthélemy de l'Académie des sciences morales et politiques à la Sorbonne, Paris [2], éclaire, je crois, assez bien le débat. L'auteur a identifié 13 pays initialement pauvres et qui, depuis 1960, ont connu une dynamique de croissance. Neuf de ces pays se trouvaient en Asie, trois en Afrique et un dans les Caraïbes. Il a comparé ce groupe à d'autres pays qui, durant la même période, n'ont que peu ou pas progressé. Soulignons qu'aucune différence significative n'existait entre ces deux groupes, qu'il s'agisse du taux d'épargne et d'investissement, de l'existence de conflits internes, du degré de démocratisation ou des conditions géographiques. En revanche, le tableau des différences initiales avant le décollage est éloquent.

En effet, l'étude met bien en évidence la présence, en 1950-1960, de différences significatives dans trois indicateurs classiques de santé des populations :

- espérance de vie (46 ans pour les futurs émergents contre 37 pour les non-émergents) ;
- mortalité infantile (138/1 000 contre 187) ;
- mortalité infanto-juvénile (162/1 000 contre 276).

En éducation :

- proportion d'adultes avec éducation primaire complète, 25 % contre 8 % ;
- taux de scolarisation primaire, 60 % contre 21 ;
- et enfin, taux de scolarisation secondaire, 9 % pour un peu moins de 2 % pour les non-émergents.

Je vous propose de lire avec moi les conclusions de l'auteur :

«La comparaison systématique des données structurelles de ces deux groupes de pays [émergents et non émergents] livre une conclusion dénuée de toute ambiguïté : parmi les variables qui auraient pu justifier un piège de sous-développement initial, seules les variables de capital humain, qu'il s'agisse de la santé ou de l'éducation, différencient ces deux groupes [2].»

Le mot est lâché : **le capital humain ! Aucun pays ne peut décoller si sa population n'est pas instruite et en santé.** Il est

intéressant de souligner qu'aujourd'hui, avec la mondialisation, le défi est encore plus grand. Je ne suis pas certain qu'avec un taux de scolarisation secondaire de 9 %, la République de Corée ou Taiwan auraient pu décoller comme ils ont réussi à le faire à partir de 1960.

Les raisons qui pourraient expliquer ce rôle de locomotive de la santé et de l'éducation sur le développement économique d'une nation sont multiples. Plusieurs études ont en effet démontré une nette amélioration de la productivité chez l'individu en santé [3]. En ce qui concerne l'enfant et l'étudiant en santé, les performances scolaires de l'enfant ou du jeune étudiant en santé sont d'autant plus améliorées qu'il s'absente moins et est en général plus éveillé et moins fatigué. Les observations les plus diverses abondent dans ce sens ; je vous en citerai une, bien connue et qui fait sourire. Au Kenya, en 2004, une étude démontrait que la performance des écoliers qui, choisis au hasard, avaient au préalable reçu des vermifuges était supérieure à celle des étudiants qui n'en avaient pas reçu [4] ! Autre facteur indirect : le risque d'embaucher du personnel qui serait régulièrement affecté par des problèmes récurrents de santé peut freiner l'investissement dans un pays ou une région de ce pays.

Enfin, je voudrais terminer cette analyse de la relation entre santé et développement en parlant de la santé des femmes. Les inégalités économiques entre les hommes et les femmes sont telles qu'un rapport de l'ONU publié en 2000 parle de féminisation de la pauvreté [5]. Il existe une importante littérature concernant l'effet sur la croissance économique globale des inégalités entre hommes et femmes en matière d'éducation [6, 7], la plupart démontrant que ces inégalités réduisaient la croissance économique. En revanche, très peu d'études se sont intéressées aux inégalités hommes/femmes dans le domaine de la santé. Un travail publié en 2005 par Lisa Russo du Département de sciences économiques de l'Université de Montréal démontre bien que ces inégalités constituent un frein au développement économique [8]. Trois mécanismes sont évoqués : premièrement, la diminution de la productivité de la femme malade (comme pour l'homme) ; deuxièmement, l'incapacité ou au moins la difficulté d'assumer le rôle majeur que la société lui assigne qui est celui de la prise en charge des responsabilités domestiques impliquant l'ensemble de la famille, avec comme conséquence secondaire la baisse de performance scolaire des enfants et de la productivité du conjoint.

Un troisième élément souvent oublié et néanmoins important, et qui ne concerne que la femme, est celui de la reproduction. Notre vie à tous, sans exception, a commencé par un séjour de neuf mois dans un utérus. Un grand nombre de travaux de recherche et de publications ont démontré la capacité de l'environnement foetal, intra ou extra-utérin, de modifier l'expression des gènes. On dit alors que le fœtus est « reprogrammé » et devient un être humain différent de ce que son bagage génétique parental permettrait d'anticiper.

La programmation biologique est un concept selon lequel un stimulus, une agression, un nouvel environnement ou une carence en éléments nutritifs essentiels survenant à un moment critique du développement intra-utérin pourraient induire des changements au niveau de l'expression des gènes, affectant de façon durable la structure ou la fonction de cellules, d'organes ou de systèmes dans l'organisme. La relation est aujourd'hui bien établie entre carences et stress durant la vie fœtale, et certaines pathologies de l'adulte, qu'elles soient d'ordre métabolique (certaines formes de diabète), ou cardio-circulatoire (artériosclérose ou hypertension artérielle) [9].

À la lumière de toutes ces données, je vous propose de remplacer la pyramide évoquée au début de ma présentation par un cercle autour duquel santé, éducation et économie interagissent de façon dynamique pour faciliter l'essor collectif et le bien-être de tous les citoyens (fig. 2).



**Figure 2** Interaction Économie – Éducation – Santé

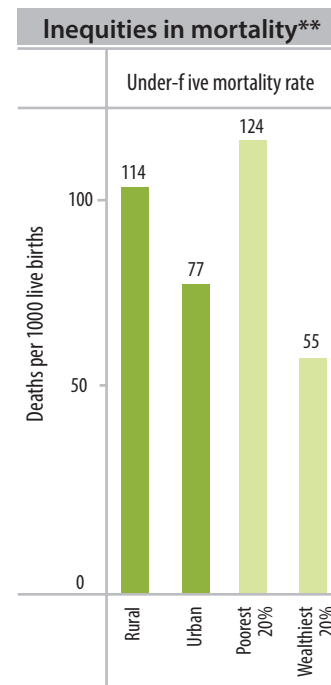
J'ai assez de cheveux blancs pour me douter que je ne réussirai pas à convaincre la totalité de l'auditoire de la priorité qui doit être accordée au capital humain, à son éducation et à sa santé dans un programme de développement. Certains penseront, sans nécessairement le dire, que, bien sûr, je suis un médecin et que je prêche pour ma paroisse. Cette réaction est vieille comme le monde : quand le message dérange, on attaque le messager ! Dans un effort ultime pour tenter de vous convaincre tous, nous allons ensemble lire cette phrase qui traite du développement national :

« Il ne suffit pas de se fixer pour objectif essentiel l'augmentation maximale du revenu ou de la richesse. La croissance économique ne saurait être considérée comme une fin en soi. Le développement doit consister avant tout en l'amélioration de la vie que nous menons et le renforcement des libertés dont nous jouissons. Or l'une des plus grandes libertés est celle de ne pas souffrir d'un mauvais état de santé que l'on peut prévenir et d'échapper à une mort évitable [10]. »

Ce texte a été écrit par Amartya Sen. Amartya Sen n'était pas médecin ! Il était un éminent économiste originaire de l'Inde, gagnant du prix Nobel d'économie en 1998. Pour lui, comme pour bien d'autres, la santé et l'éducation sont des

droits fondamentaux, essentiels à l'épanouissement de toute collectivité.

Je ne peux cependant continuer sans souligner une iniquité embarrassante, clairement illustrée dans le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2012 (fig. 3). On y constate que le taux de mortalité infantile parmi les 20 % plus pauvres de la population haïtienne dépasse le double de celui des 20 % plus riches ! Il est donc impératif de **jumeler systématiquement le mot « équité » aux trois facteurs de développement : santé, éducation, économie**, comme illustré à la figure 2.



**Figure 3** Mortalité infantile en Haïti selon l'OMS, 2012

Le rôle de la gouvernance est essentiel dans ce processus. Ce rôle est multiple et peut se résumer brièvement en cinq points :

1. Le premier concerne la supervision du personnel en santé tant dans le nombre que dans la qualité de sa formation. C'est la responsabilité de l'État de s'assurer de la compétence et de l'intégrité de tout le personnel impliqué dans l'éducation et la distribution des soins de santé.
2. Le deuxième est la gestion des ressources tant financières qu'humaines. Il faut à tout prix enrayer le gaspillage, motiver le personnel et faire disparaître l'absentéisme.
3. L'établissement des priorités tant pour le plan de développement du ministère de la Santé que dans la coordination de l'aide internationale. Nous sommes un pays à faibles ressources ; l'histoire nous apprend que d'accepter d'un donateur, certes généreux, un appareillage à la fine pointe de la technologie peut représenter un lourd fardeau financier pour le Ministère (entretien, personnel technique ►

hautement spécialisé) avec peu ou pas d'impact significatif sur la santé de la population.

4. Favoriser systématiquement l'approche intégrative, c'est-à-dire impliquer la population cible dans la prévention et les activités thérapeutiques médicales.
5. Enfin, de notre point de vue, la responsabilité la plus fondamentale : **assurer l'équité**. Une répartition équitable des ressources tant financières qu'humaines, en santé comme en éducation, est essentielle. Un programme de santé suppose une accessibilité pour tous, peu importe le statut social ou le niveau de richesse du malade.

En guise de conclusion, permettez-moi de vous rappeler les 8 objectifs du Millénaire pour le développement signés par 191 États des Nations Unies :

1. Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'éducation primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes.
4. Réduire la mortalité de l'enfant de moins de cinq ans.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies endémiques.
7. Assurer un environnement durable.
8. **Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.**

C'est le huitième objectif qui m'a le plus interpellé ; cet objectif est, à mon avis, le plus noble puisqu'il implique une sensibilité et une générosité à l'échelle mondiale. Cependant, en attendant que la planète se mette d'accord pour une justice sociale mondiale, pour le respect de la dignité de toute vie humaine, qu'elle soit au nord ou au sud de l'équateur, en attendant le miracle, c'est d'abord à nous et à nous seuls, sur notre petit coin de terre, **de prendre conscience de notre société inégalitaire**, héritée d'un colonialisme esclavagiste, dégradant autant pour celui qui le subit que pour celui qui en profite. Après plus de deux siècles d'esclavage et deux siècles d'indépendance, il me semble que ce spectacle a assez duré. Notre avenir collectif en dépend. C'est ce que j'appellerais notre deuxième indépendance. Je refuse de croire que nous en sommes incapables, comme certains le prétendent. Je crois au contraire

que nous pouvons relever ce défi si nous décidons d'inclure dans cette merveilleuse aventure les cinq millions de cerveaux qui, sur notre île, n'ont pas accès au savoir. Souhaitons ensemble que cette semaine intensive d'ateliers et de séances de travail dépose à la base de ce nouvel édifice social, de cette nouvelle Haïti que nous voulons construire, dépose, donc, ces premières pierres qui ont pour nom **prise de conscience et volonté** ; volonté collective et inébranlable d'une société inclusive. Au nom de l'équité, de la justice et de la simple dignité. Je vous laisse avec cette définition de la conscience telle qu'exprimée par Joseph Ki Zerbo. Ki Zerbo était un professeur, historien, philosophe et sage né au Burkina Faso. Il est mort le 4 octobre 2004. Ce jour-là, l'humanité perdait un géant. Ki Zerbo a écrit :

« La conscience, c'est le fait d'assumer des événements et de les classer non seulement dans l'ordre de la compréhension intellectuelle, mais dans l'ordre éthique du devoir, de l'admissible et de l'inadmissible, du légitime et de l'illégitime. Pas seulement de la légalité mais de la légitimité. » ■

## BIBLIOGRAPHIE

- 1. BERTHÉLEMY, J.-C. (2006). *Revue d'économie du développement*, vol. 14, n° 1, p. 5-44.
- 2. EDWARD, M., et M. KREMER (2004). « Worms: Education and Health Externalities in Kenya », *Econometrica*, vol. 72, p. 159-217.
- 3. HILL, M. A., et E. M. KING (1995). « Women's Education and Economic Well-Being », *Feminist Economists*, vol. 1, p. 21-46.
- 4. JÄRVELIN, M.-R. (2000). « Fetal and Infant Markers of Adult Heart Disease », *Heart*, vol. 84, n° 8, p. 219-226.
- 5. KNOWLES, S., P. K. LOGELLY et P. D. OWEN (2002). « Are Educational Gender Gaps a Brake on Economic Development ? », *Oxford Economic Papers*, vol. 54.
- 6. LEIBENSTEIN, H. (1954). *Theory of Economic-Demographic Development*, Princeton University Press.
- 7. ONU (2000). *The World's Women*, New York, Organisation des Nations Unies.
- 8. RUSSO, L., et A. MARTENS (2005). *Genre, santé et développement : les inégalités entre les hommes et les femmes dans la santé constituent-elles un frein au développement ?*, Rapport de recherche, Département de sciences économiques, Université de Montréal.
- 9. SEN, A. (1999). Allocution prononcée à la 52<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, Genève.
- 10. STRAUSS, J., et T. DUNCAN (1998). « Health Nutrition and Economic Development », *Journal of Economic Literature*, vol. 36, p. 766-817.

Jean-Claude Furon, M.D., C.M., O.Q., est professeur titulaire au département de pédiatrie de l'Université de Montréal. [furon@sympatico.ca](mailto:furon@sympatico.ca)