Chapitre 7

ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE DE LA SANTÉ EN GUINÉE

U. Camen (1) & G. Carrin (2)

(1) Institut des Hautes Études Internationales, Genève
(2) Bureau de la Coopération internationale, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Introduction

En Guinée, selon les estimations, le revenu par habitant était de 450 US$, en 1989, ce qui situe le pays dans la tranche supérieure des nations à faible revenu. Les indicateurs de santé reflètent un niveau de santé inférieur à la normale, phénomène typique dans les pays les plus démunis de l'Afrique subsaharienne. En 1989, l'espérance de vie à la naissance était de 43 ans ; la mortalité infantile atteignait 140,9 pour 1 000 et celle des moins de cinq ans 248 pour 1 000. En dépit de ce sombre tableau, les ressources agricoles et minières de la Guinée en font l'un des pays africains les mieux lotis dans ce domaine. L'exploitation de ce potentiel économique et son utilisation efficace en faveur d'un développement socio-économique d'ensemble, y compris l'amélioration de la santé, représentent une tâche délicate pour les autorités guinéennes. La relance de la croissance économique du pays permettrait aussi d'accroître les ressources du secteur de la santé de manière significative.

Le Gouvernement guinéen s'est efforcé de développer les services de soins de santé primaires. Il procède actuellement à une nouvelle refonte des services hospitaliers. Les politiques en la matière sont un élément essentiel des travaux qui vise à améliorer la santé de la population guinéenne. Cependant, elles doivent obligatoirement prendre en compte la situation économique du pays. Les auteurs du présent document se proposent d'examiner les normes de faisabilité applicables aux dépenses publiques de santé ainsi que les incidences financières des politiques sanitaires dans le contexte macro-économique actuel.

Le canevas de la présente étude est le suivant :

- en premier lieu, on trouvera un exposé de la situation macro-économique actuelle de la Guinée ;
- la seconde partie de l'étude est consacrée aux divers aspects du secteur sanitaire ainsi qu'aux principaux problèmes auxquels sont confrontés les décideurs ;
- dans la troisième partie, nous avons évalué les contraintes budgétaires qui pèsent sur les dépenses publiques de santé, de même que l'incidence de ces contraintes sur les ressources indispensables à une réforme des politiques sanitaires.

1. Environnement macro-économique[1]

1.1. Situation générale et politiques économiques durant les années 80

Au milieu des années 80, l'économie de la Guinée s'est assez sérieusement détériorée. Sur le plan intérieur, le déficit budgétaire a augmenté, principalement à la suite d'une régression des recettes fiscales et de l'accroissement des subventions versées aux entreprises publiques. A l'extérieur, la Guinée s'est trouvée confrontée à une accumulation massive des arriérés de paiement qui, à la fin de 1985, dépassaient 300 millions de US$ tandis que s'alourdissait le service de la dette et que l'on assistait à une fuite des capitaux privés. Le taux de change était par ailleurs considérablement surévalué, avec un taux officiel de 23 sylis pour 1 US$, contre 400 sylis sur le marché parallèle.

Cette dégradation a été pour l'essentiel une conséquence des politiques économiques appliquées sous la Première République, auxquelles se sont ajoutés, dans les années 70, la sécheresse, le choc pétrolier et les inconvénients d'une économie lourdement dépendante du secteur minier. La politique économique de la Première République, qui a débuté avec l'indépendance de la Guinée en 1958, a été caractérisée par des mesures destinées à substituer au secteur privé un réseau d'entreprises d'État avec l'introduction subséquente de contrôles étatiques dans tous les secteurs de l'économie.

Sous la Seconde République — instaurée en avril 1984 — les politiques économiques ont été fondamentalement modifiées à la fin de 1985. En réaction à la dégradation économique du milieu des années 80, un programme de réformes économiques et financières (PREF) a été lancé fin 1985. Le principal objectif de ces réformes était de mettre en place une structure incitative favorable à la relance de la croissance économique par le moyen de mesures propres à soutenir une économie de marché. Ces réformes économiques profondes ont bénéficié dès le début, outre un important programme d'assistance offert par des donateurs bilatéraux, d'un prêt d'ajustement structurel de la Banque Mondiale, de plusieurs mesures de Stand-by et d'ajustement structurel de la part du Fonds Monétaire International (FMI) et d'accords de rééchelonnement de la dette sous l'égide du Club de Paris en avril 1989.

On peut distinguer deux phases essentielles dans ces réformes. Les mesures spécifiques prises pendant la première phase, de 1985 à 1988, ont consisté à corriger l'importante surévaluation du syli et à introduire le nouveau franc guinéen (FG), à libérer les prix (à l'exception de ceux du riz et des produits pétroliers) et à privatiser ou liquider les entreprises d'État. D'autres mesures ont consisté en diverses réformes administratives visant des compressions de personnel, l'amélioration de l'efficacité de la fonction publique, la décentralisation, la création d'un nouveau système bancaire et la libéralisation du commerce intérieur et extérieur.

Les mesures appliquées pendant la seconde phase du programme de réformes économiques, commencé à la fin de 1988, portaient essentiellement sur les points suivants : renforcement de la gestion des finances publiques grâce à une meilleure budgétisation, à une mobilisation plus active des ressources et à un contrôle plus strict des dépenses ; amélioration du cadre légal et institutionnel pour une répartition plus efficace des ressources ; adoption de mesures complémentaires

1. Pour une étude plus détaillée de la structure de l'économie guinéenne, voir Camen et Carrin (1992).

pour soutenir la croissance. Furent également élaborées des mesures compensatoires destinées à améliorer les conditions de vie, notamment celles des groupes les plus vulnérables et des personnes directement affectées par les incidences financières passagères de l'ajustement.

1.2. Situation de l'économie guinéenne[1]

La situation économique est demeurée précaire pendant les années 70 et le début des années 80, comme le montre le faible taux de croissance économique. Pendant pratiquement toute la période 1974-1985, cette croissance est restée inférieure au taux de croissance démographique, lui-même inférieur à 3% par an. La période 1975-1980, pendant laquelle l'économie guinéenne a connu une croissance d'environ 3,5%, principalement en raison d'une augmentation de la production de bauxite, constitue en quelque sorte une exception. Dans l'ensemble, on estime qu'en Guinée, le revenu par habitant est tombé à 250 US$ en 1985, plaçant ainsi le pays au rang des plus démunis du monde.

Le déclin de la production agricole traduit également la fragilité de l'économie guinéenne. En moyenne, la production alimentaire par habitant a été inférieure d'environ 5%, au milieu des années 80, à celle du milieu des années 70, et ceci malgré un important potentiel agricole national. Cette diminution de la production intérieure par habitant a été en partie compensée par l'importation de produits alimentaires. C'est ainsi que la Guinée, qui était un important exportateur de produits agricoles au moment de l'indépendance (1958), est devenue importateur net de céréales. En 1986, le pays en a importé 100 000 tonnes, dont 30% à titre d'une aide alimentaire sous forme de dons.

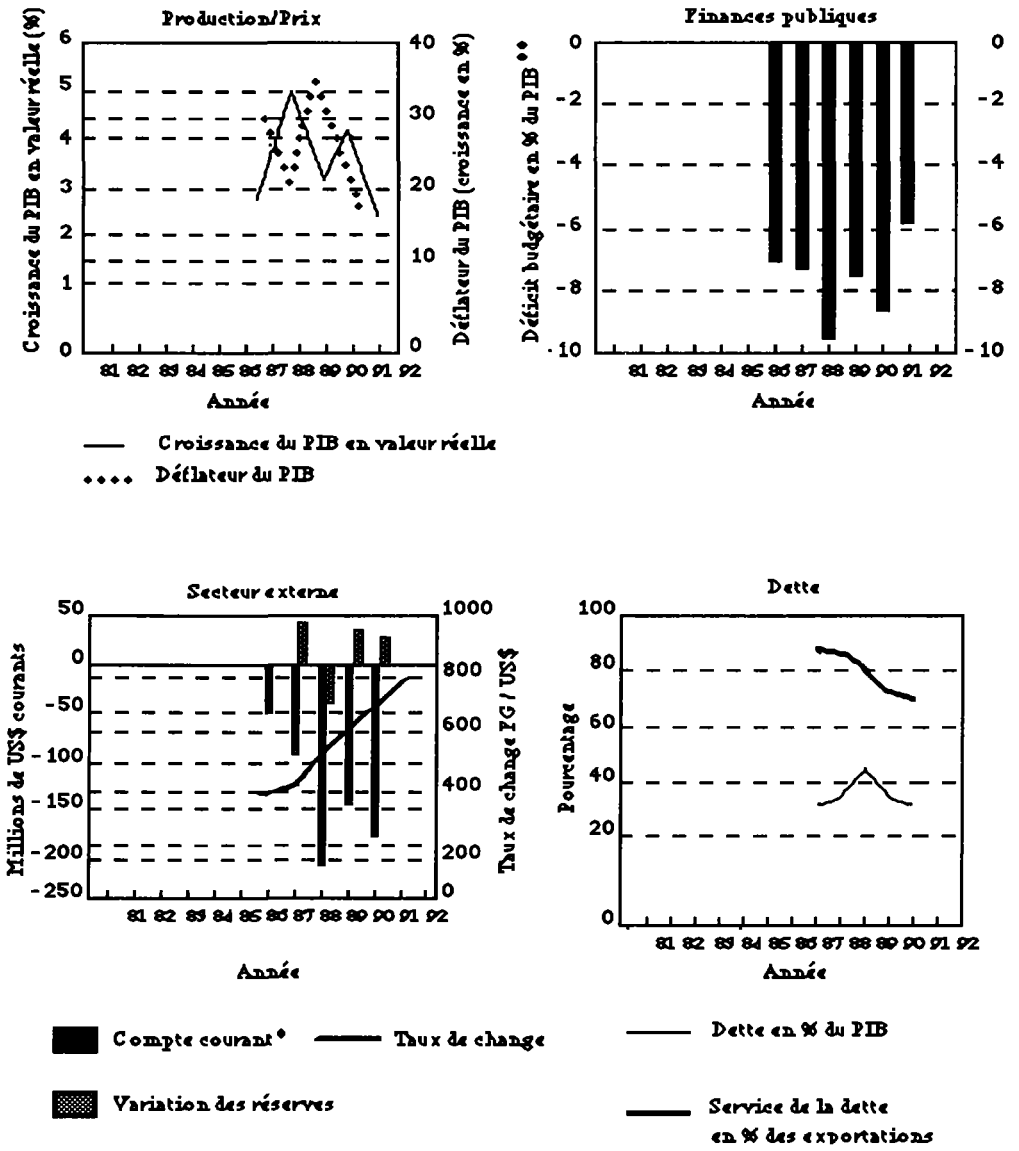
Durant la même période, la dépendance de la Guinée à l'égard des revenus provenant du secteur minier s'est alourdie. L'industrie minière, qui représentait 3% de la production nationale au début des années 70, y figurait pour 21,1% en 1987 de cette même production, alors qu'environ 7 000 personnes seulement travaillaient dans ce secteur. Pendant la période 1986-88, près de 85% des recettes extérieures provenaient du secteur minier ; aussi les recettes publiques, et par voie de conséquence les dépenses, sont-elles devenues largement tributaires des bénéfices des résultats de ce secteur. Au cours des années 1986-88, environ 60% des recettes fiscales de l'État provenaient de cette industrie.

A la fin des années 70, la forte dépendance du pays à l'égard de l'industrie minière a élargi le fossé existant entre le secteur officiel et le secteur non officiel de l'économie. Tandis que, pour ces recettes, le secteur officiel dépendait de l'exportation des produits miniers et des échanges avec l'étranger, le secteur non officiel tirait quant à lui ses revenus d'exportations clandestines, de transferts privés en provenance de l'étranger et d'importations illicites. Au début des années 80, le secteur non officiel satisfaisait la quasi-totalité de la demande en biens de consommation dans les régions rurales et environ 80% en milieu urbain.

Bien que l'on ne possède pas de données sur le revenu des ménages pendant la Première République, il est vraisemblable que la détérioration de la situation économique pendant une partie des années 70 et le début des années 80 a eu des effets négatifs sur ce revenu dans de larges franges de la population.

1. On ne dispose que de relativement peu d'éléments statistiques. Les données utilisées proviennent de diverses sources, notamment le Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991), le FMI (1991a) et la Banque Mondiale (1990).

Figure 1. Aperçu économique, Guinée



Source : FMI (1991a).
** : A l'exclusion des subventions.*
*** : Transactions officielles comprises.*
PIB : produit intérieur brut.

Les profonds changements de politique économique intervenus au milieu des années 80 ont permis d'améliorer la croissance de l'économie guinéenne. Dans la seconde moitié des années 80, le taux moyen de croissance économique de 4,1% dépassait celui de la croissance démographique (Fig. 1). Selon les estimations, le revenu par tête était de 450 US$ en 1989, ce qui situait la Guinée dans la classe supérieure des économies à faible revenu.

On a noté une évolution différente des revenus des ménages et de l'emploi dans les principaux groupes de revenu pendant la période d'ajustement structurel[1]. La production agricole, et par voie de conséquence le revenu des ménages dans le secteur agricole, ont été largement et favorablement affectés par de nombreuses mesures comportant notamment une modification des prix relatifs en faveur des produits agricoles, ainsi que par diverses dispositions comme la suppression du contrôle des prix (à l'exception de celui du riz), le remplacement des sociétés commerciales d'État par des entreprises privées et l'adoucissement de la taxation des producteurs agricoles. De même l'activité des petites entreprises et des services s'est substantiellement accrue en réaction à la libéralisation de l'économie.

Dans la fonction publique, les traitement ont considérablement augmenté pendant cette période d'ajustement. L'on estime que les salaires du secteur public ont triplé, en termes réels, entre 1986 et 1989. En 1990, ils sont restés constants, mais ils ont doublé en valeur nominale pendant le deuxième semestre de 1991.

En revanche, l'emploi dans le secteur public a été affecté négativement par la réforme économique. Le nombre de fonctionnaires a été réduit d'environ un quart, passant ainsi de 72 000 en 1986 à 56 000 à la fin de 1989. Pour ce qui le concerne, le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) n'a pas eu à licencier de personnel. En raison de la situation défavorable du marché de l'emploi, les fonctionnaires licenciés et les sortants du système scolaire ont connu de grandes difficultés à trouver un emploi. Un soutien financier a été temporairement offert pour atténuer les effets du licenciement des fonctionnaires.

La hausse importante des prix a eu des incidences défavorables, notamment chez les ménages disposant de revenus nominaux fixes. Parmi ces augmentations figuraient le prix du riz et les prix de détail des produits pétroliers, avec une hausse de 43% en septembre 1990, et un doublement des tarifs de l'électricité à partir d'avril 1991. Le taux d'inflation, cependant, qui atteignait 71,8% en 1986 après la première dévaluation, a été ramené à environ 20% en 1991. D'après les indications recueillies, il n'existe pas de différence sensible entre les revenus des ménages des diverses régions de Guinée. Certaines régions de la Haute et Moyenne Guinée sont cependant très désavantagées.

Ainsi, bien que la croissance économique ait dépassé l'accroissement démographique pendant la période d'ajustement, il est probable que plusieurs groupes de population ont été plus particulièrement touchés, notamment les fonctionnaires licenciés, les populations urbaines et surtout les jeunes chômeurs, les populations rurales n'ayant pas bénéficié de l'augmentation de la production agricole et les ménages à revenu nominal fixe. Le Gouvernement a admis qu'il convenait d'accorder, dans l'élaboration d'une politique sociale, une attention particulière à ces groupes vulnérables afin d'atténuer certains effets négatifs (section 2).

1. Diverses études ont été préparées pour essayer d'identifier les groupes vulnérables de Guinée, dans le cadre du « projet d'appui au développement socio-économique » (PADSE) pour le compte de la Commission nationale de Politique sociale. Ces études n'avaient pas encore été publiées au moment de la mission des auteurs en janvier 1992.

1.3. Questions d'actualité et perspectives économiques à moyen terme

Les principales difficultés actuelles susceptibles d'avoir une incidence sur le secteur de la santé touchent aux finances publiques, à la balance extérieure et au poids de la dette, ainsi qu'au maintien de la croissance économique à moyen terme.

Au plan des finances publiques, le problème majeur réside dans la nécessité de concilier l'augmentation requise des dépenses avec les contraintes qui pèsent sur les possibilités d'accroissement des recettes. L'augmentation des dépenses du Gouvernement est imputable à la hausse des salaires dans le secteur public, à la progression des coûts dans les ministères couvrant les activités sociales, notamment le MSPP, ainsi qu'à l'augmentation des dépenses courantes qu'entraînent de nouveaux investissements. En ce qui concerne les recettes, on note surtout une étroite dépendance des recettes publiques à l'égard de l'industrie minière[1] alors que la progression des recettes provenant d'autres sources reste limitée. En outre, des doutes subsistent quant au maintien d'un niveau élevé d'aide étrangère à la Guinée[2]. Le fait que les revenus de l'industrie minière dépendent des exportations rend les recettes publiques extrêmement vulnérables aux fluctuations des cours mondiaux de la bauxite et de l'aluminium.

En 1991, le Gouvernement guinéen a été confronté à des difficultés budgétaires liées à la situation que nous venons de décrire. Une chute des cours de la bauxite et de l'aluminium a entraîné une diminution des recettes publiques de FG 13,8 milliards[3]. La même année, de substantielles augmentations des dépenses publiques, consécutives à la hausse des traitements des fonctionnaires ont dû être budgétisées. La conjugaison de ces facteurs a provoqué un déficit budgétaire supérieur aux prévisions. Étant donné que les bénéfices de l'industrie minière n'augmenteront probablement pas d'ici la fin de 1992, il est peu vraisemblable que le déficit budgétaire diminue cette même année. On examinera dans la section 3, les incidences de cette évolution sur les dépenses de santé.

Sur le plan extérieur, c'est le financement des importations, et notamment le service de la dette extérieure, qui lance un défi majeur à l'économie guinéenne. Le déficit du compte courant a considérablement augmenté en 1991 par rapport à 1990. Le montant total de la dette extérieure de la Guinée a plus que doublé, passant de 1 117 millions de dollars US en 1980 à 2 479 millions de dollars US en 1990. Ce dernier chiffre représentait environ 70,8% du PIB en 1990. Le rapport entre le service de la dette et les exportations était de 33,4% en 1990 (Fig. 1). Le problème de la dette reste d'une actualité brûlante, comme le montrent d'importants arriérés de paiement et la nécessité de rééchelonnements répétés. Son fardeau est particulièrement inquiétant, car la Guinée dépend dans une très large mesure, pour le service de la dette, des apports du secteur minier en devises étrangères. La chute récente des bénéfices de l'industrie minière a donc eu des incidences directes sur le service de la dette et le financement des importations. Il est ainsi évident que le réaménagement de la dette de la Guinée, dans le cadre des prochaines négociations du Club de Paris, devra être plus important qu'il n'était prévu à l'origine. On prévoit de dévaluer le franc guinéen d'environ 7% par an par rapport au dollar US, jusqu'en 1995. La raison principale de cette mesure vient de ce que, selon les prévisions, la différence des taux d'inflation persistera entre la Guinée, l'Europe et les États-Unis d'Amérique.

1. En 1991, 61% des recettes publiques provenaient de cete industrie.
2. Banque Mondiale (1990).
3. Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991).

Le taux de la croissance économique en 1991 a été de 2,4%, le plus bas enregistré pendant la période d'ajustement économique. Cette performance médiocre est imputable à plusieurs facteurs : croissance plus faible que prévu dans le secteur minier, diminution des exportations de produits agricoles comme le café et ralentissement de l'activité dans le secteur des produits manufacturés. Certains de ces facteurs sont peut-être révélateurs d'une faiblesse structurelle de l'économie guinéenne, susceptible d'exercer un effet négatif sur le taux de croissance à moyen terme.

Malgré les mauvais résultats économiques enregistrés en 1991, les perspectives paraissent favorables en ce qui concerne la croissance à moyen terme, avec un taux se situant entre 4 et 5%. On estime en effet que les facteurs qui ont ralenti la croissance économique en 1991 n'avaient qu'un caractère passager. L'absence de développement rural et d'investissements dans la production agricole et celle de produits manufacturés constitue l'un des principaux facteurs appelés à agir sur la future croissance économique du pays. Compte tenu du potentiel agricole de la Guinée, la production est trop limitée. Cette agriculture, qui emploie 80% de la population, ne représente que 40% du PIB et les produits agricoles ne comptent que pour 3% des exportations. Un développement de l'agriculture contribuerait à la réduction des importations de produits agricoles, tout en créant des emplois et des revenus dans ce secteur. Cependant, l'on fait ordinairement valoir que, étant donné sa croissance démographique et les dangers d'une agriculture trop poussée, le développement économique à long terme du pays doit également comprendre une certaine forme d'industrialisation.

Les incidences directes des contraintes budgétaires actuelles et de l'évolution du franc guinéen sur le secteur de la santé font l'objet d'un examen plus détaillé dans la section 3, faisant ainsi suite à l'exposé de la section 2 sur les principales caractéristiques de ce secteur et sur la politique récente du Gouvernement en matière de santé.

2. Le secteur de la santé

2.1. Éléments essentiels

2.1.1. La population et son niveau de santé

En 1989, la Guinée comptait 5,5 millions d'habitants. Un quart environ de la population vit en milieu urbain et environ 12% dans la capitale, Conakry. Étant donné le taux de croissance de la population urbaine, c'est-à-dire 5,2% pour la période 1988-2000, les projections indiquent que la population urbaine représentera, d'ici l'an 2000, 33% de l'ensemble de la population.

Le niveau de santé de la population est assez précaire, même en comparaison avec d'autres pays subsahariens ou à faible revenu (Tableau 1). En 1988, l'espérance de vie à la naissance était de 42 ans, le taux de mortalité infantile atteignait 146 pour mille et 248 chez les moins de 5 ans. En comparaison, l'espérance de vie à la naissance était en moyenne de 51,8 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne et en 1989, le taux de mortalité infantile était de 106,9 pour 1000 naissances vivantes. Il convient cependant d'observer que l'état de santé de la population a enregistré dans le pays, au cours des dernières décennies, une légère amélioration.

Tableau 1. Caractéristiques du secteur de la santé en Guinée, 1965-89, et dans d'autres régions

	1965	1975	1985	1989	Afrique sub-saharienne[a]	Pays à faible revenu[a]
Population (en millions)	3,58	4,15		5,55	481,7	2945,0
Taux de croissance	1,5	1,4		2,7	3,1	2,0
Urbanisation (en % de la population totale)	11,7	16,3		25,0	33,1	37,4
Taux de croissance de la population urbaine	4,6	4,5		5,0	5,2	5,6
Nutrition						
Calories quotidiennes par personne	2006,0	2092,0	1762,7	2042,0	2010,0[b]	2342,0[b]
Production alimentaire par personne (1979-1981=100)	96,0	105,0	92,0	87,6	92,6	117,8
Importations céréalières (en milliers de tonnes)	59,0	67,0	140,2	203,0		
Aide alimentaire en céréales (en milliers de tonnes)		33,0	55,0	26,0		
Situation sanitaire						
Espérance de vie (années)	35,1	37,9	41,4	43,0	51,8[c]	61,9[c]
Mortalité infantile	191,0	171,0	151,8	140,9	106,9	69,3
Mortalité de moins de 5 ans	364,0[d]			22,2	157,1	161,0
Soins médicaux						
Nombre d'habitants pour :						
- 1 médecin (en milliers)	47,1			46,4	24,6	1,5
- 1 infirmière (en milliers)	4,1	3,7		5,2	2,2	1,7
Eau potable, en % de la population		14,0		20,0	36,3	
- urbaine				41,0	75,7	77,0[e]
- rurale				12,0	24,2	50,0[e]

Source : Banque Mondiale (1991).

a : Les statistiques pour l'Afrique subsaharienne et les pays à faible revenu se rapportent aux années 1988-1990, sauf indication contraire ; b : 1988 ; c : 1990 ; d : 1960 ; e : 1985-88.

2.1.2. Le système des services de santé

Organisation : Le MSPP est chargé de formuler et d'appliquer des directives nationales en matière de santé et également d'assurer la direction générale, la coordination et la gestion du système de santé du pays. Celui-ci est décentralisé, à l'instar des structures administratives. Dans chaque région, un fonctionnaire médical (Inspection régionale de la Santé, IRS) coordonne et supervise les prestations des services de santé ainsi que d'autres activités telles que la planification financière et administrative, la formation continue du personnel et la distribution des médicaments.

En outre, dans chacune des préfectures, un Directeur de la Santé (Direction préfectorale de la Santé, DPS) a pour mission d'appuyer les programmes de services de santé primaires dans les centres de santé des sous-préfectures. C'est, par exemple, la Direction préfectorale qui reçoit les commandes de médicaments essentiels en provenance des centres de santé et qui les transmet au programme

national des services de santé primaires (Programme national PEV/SSP/ME)[1] En outre, elle coordonne toutes les activités de santé avec l'assistance du Directeur de l'hôpital préfectoral et des chefs des centres de santé.

Types de services : en Guinée, les services publics de santé sont assurés grâce à une structure pyramidale d'établissements comprenant deux hôpitaux universitaires qui forment le centre hospitalier universitaire (CHU), six hôpitaux régionaux, 29 hôpitaux préfectoraux et 346 centres de santé de sous-préfecture (MSPP, 1990a).

Le Centre de santé de sous-préfecture est le premier échelon officiel d'accès au système des soins publics. Ce centre offre différents services curatifs et préventifs, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile, quelques services de médecine interne et des activités d'éducation en santé et en nutrition, de même que divers services périphériques. Les cas ne pouvant être traités à ce niveau sont en principe renvoyés à l'hôpital de préfecture. Les six hôpitaux régionaux et les deux hôpitaux universitaires assurent les soins tertiaires.

En février 1992, 207 centres de santé étaient rattachés au Programme national SSP. Ce programme assure, à l'échelon national, la coordination des achats et de la distribution des médicaments essentiels aux centres de santé. Ces centres ont adopté un système uniforme de recouvrement des coûts qui prévoit la tarification des différentes prestations, notamment en ce qui concerne la prescription et la fourniture directe de médicaments aux malades.

On encourage la participation du secteur privé, notamment celle d'organisations sans but lucratif, au développement du système de santé. En 1990, il existait par exemple dans le secteur privé deux cliniques, 53 cabinets médicaux et dentaires, cinq laboratoires d'analyse biomédicale, 58 services infirmiers, 128 pharmacies et 28 points de vente. Ces pharmacies et ces points de vente sont approvisionnés par six grossistes. En outre, il existe deux cliniques privées gérées par des sociétés minières de bauxite dans les villes de Kamsar et Friah. On compte également quelque 6 000 guérisseurs et plusieurs accoucheuses traditionnelles exercent dans chaque village.

Il est important de noter que plusieurs hôpitaux préfectoraux sont gérés conjointement par des Organisations non gouvernementales, telles que Médecins sans Frontières, Médecins du Monde et l'Association française des Volontaires du Progrès. Ces hôpitaux disposent d'un large degré d'autonomie. Contrairement aux établissements gérés uniquement par le MSPP, ils peuvent utiliser le produit de la tarification sans en référer au Ministère.

2.2. Aspects récents de la politique sanitaire

2.2.1. La Déclaration gouvernementale en matière de politique sanitaire[2]

Cette Déclaration, rendue publique en novembre 1991, définit les principaux éléments de la politique du Gouvernement en matière de santé. L'objectif général de cette politique est d'améliorer la santé de la population, et notamment celle des groupes les plus vulnérables. Cette politique est également assortie de mesures destinées au contrôle de la croissance démographique. Il est également admis que la politique sanitaire doit tenir largement compte de la disponibilité des ressources.

1. Désormais appelé Programme national SSP.
2. Voir « Déclaration de Politique sectorielle de la Santé en République de Guinée » (novembre 1991) et MSPP (1991b). Ces directives sanitaires seront désormais désignées par l'expression « la Déclaration ».

La Déclaration énonce les stratégies suivantes. D'abord et en ce qui concerne la structure du système de soins, l'accent est mis sur la décentralisation de la gestion des services de santé. Ensuite, diverses mesures sont retenues pour améliorer la capacité de gestion des décideurs ainsi que des prestataires à tous les niveaux du système. Il convient enfin d'accroître l'efficacité du système : parmi les objectifs particuliers visés figurent un accès plus facile aux médicaments essentiels ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources humaines disponibles et de l'infrastructure sanitaire.

La Déclaration spécifie également que des ressources supplémentaires seront nécessaires pour mettre en œuvre la politique de santé. Il s'avère à cet égard nécessaire de mettre en place un système de participation aux frais englobant les malades, les collectivités, le Gouvernement et d'autres agents tels que les donateurs. Il serait également utile que le Gouvernement consacre une plus large part de son budget santé au développement des services à l'échelon périphérique.

A la section suivante, nous étudierons les améliorations proposées au plan des soins de santé primaires et des soins hospitaliers. Nous établirons un rapprochement entre les termes de la Déclaration et les différents points étudiés.

2.2.2. Vers une amélioration des services de santé

Soins de santé primaires : Au niveau des centres de santé des sous-préfectures rattachés au programme national SSP, la population participe pour une part importante au recouvrement du coût des soins de santé primaires qui lui sont dispensés. Les patients versent leur quote-part selon un barème tarifaire variant en fonction du type de traitement reçu[1]. Le produit de cette tarification est destiné à couvrir le coût des médicaments essentiels distribués dans les centres de santé, de même que différents frais de fonctionnement comme les fournitures de bureau, l'entretien et les carburants. Des primes sont également versées au personnel de santé à titre d'incitation, cependant leurs salaires émargent au budget de la santé de l'État.

Une caractéristique dominante du système de recouvrement des coûts est que seules les dépenses de fonctionnement mentionnées ci-dessus sont prises en charge par ces centres. La part des recettes destinée à couvrir le coût des produits pharmaceutiques est versée sur des comptes bancaires gelés. La facture est en réalité payée par le Programme national SSP qui reçoit une aide financière importante de l'UNICEF et du Gouvernement italien d'un montant total de 1,8 million de dollars US sur la période 1986-1990.

Plusieurs centres de santé ont récemment acquis une autonomie en matière de budgétisation des prestations ainsi que de collecte et d'utilisation des recettes tarifaires. L'octroi d'une telle autonomie à la majorité des centres de santé exigerait toutefois une préparation minutieuse. En fait, l'une des conclusions de l'étude de Waty et Brudhon-Jakobowicz (1990) sur le budget des centres de santé en Haute-Guinée a été qu'un large degré d'autonomie financière (notamment pour l'achat de médicaments) entraînerait de sérieuses difficultés : la moitié des centres risqueraient la faillite ou connaîtraient un déficit budgétaire ; cela en raison de dépenses excessives liées aux primes d'incitation versées au personnel de santé ainsi qu'à divers coûts autres que les salaires. A son tour, une utilisation insuffisante des services de santé aurait pour conséquence une diminution des recettes tarifaires.

1. La tarification appliquée dépend du type de traitement. Par exemple, en 1991, le traitement du paludisme chez les enfants et les adultes coûtait 50 FG et 100 FG, respectivement ; un traitement à la pénicilline-procaïne contre une maladie sexuellement transmissible, comme les gonococcies et la syphilis, était facturé 2000 FG.

Ensuite, malgré une gestion satisfaisante des approvisionnements en produits pharmaceutiques à l'échelon central de la part du Programme national SSP, certains médicaments spécifiques manquent de temps à autre dans les centres de santé. C'est ainsi qu'une rupture de stock peut intervenir en cas de gestion inappropriée de ces stocks, ou lorsque les délais de livraison sont sous-estimés. Ce qu'il faut voir ici, c'est qu'une pénurie de médicaments dans un centre de santé risque d'inciter à l'achat de produits dans des pharmacies ou des points de vente privés.

On remarque d'autre part que l'utilisation des services de santé est relativement faible, avec en moyenne moins d'une consultation par an et par personne dans 15 des 18 centres étudiés par Waty et Brudon-Jakobowicz (1990) ; cette fréquence n'était supérieure à 2 que dans un seul centre.

Une enquête intéressante patronnée par le GTZ[1] a été conduite sur l'utilisation de soins de santé primaires dans les préfectures de Kissidougou et Guéckédou. Deux des conclusions les plus intéressantes sont les suivantes : i) entre 28 et 38% des ménages enquêtés n'avaient pas régulièrement accès aux soins de santé, et ii) les centres prescrivant des médicaments essentiels et utilisant des normes de diagnostic-traitement attiraient davantage de patients. Il semble qu'il faille désormais accorder beaucoup plus d'attention à l'impact tant du système de tarification des prestations que du montant des redevances sur le comportement du consommateur. Le comportement du prestateur de soins exige lui aussi un examen plus approfondi, notamment en ce qui concerne l'incidence du mode de prescription des médicaments sur le coût de la santé et l'accessibilité du traitement.

La récente Déclaration se réfère aux problèmes que nous venons d'indiquer. Elle admet tout d'abord qu'il est nécessaire de prendre des dispositions pour renforcer le potentiel gestionnaire du personnel et des comités de santé. Il conviendrait notamment d'améliorer, à l'échelon local, la gestion des approvisionnements en médicaments essentiels. Il faut ensuite promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments dans le cadre de stratégies de diagnostic-traitement, de manière à développer l'accessibilité des services de soins de santé primaires. Le MSPP prépare actuellement une étude globale sur le financement du secteur de la santé, comportant une analyse économique et financière des problèmes déjà mentionnés plus haut[2]. Cette enquête fait partie des travaux du second projet « Développement des Services de Santé II » bénéficiant du soutien de la Banque Mondiale.

Services de soins hospitaliers : bien que les centres de santé rattachés au Programme national SSP aient adopté un système uniforme assez élaboré de partage des coûts entre le Gouvernement, les donateurs et la population, ce n'est généralement pas le cas dans le secteur hospitalier. En fait, il convient de distinguer d'une part, les hôpitaux bénéficiant d'une aide financière extérieure et d'une assistance à la gestion financée par les donateurs[3] et, d'autre part, les hôpitaux relevant exclusivement du MSPP.

Les hôpitaux ne bénéficiant pas de l'assistance de donateurs se caractérisent généralement par leur faible taux d'occupation. Ainsi, dans les hôpitaux de préfecture, des taux inférieurs à 30% ne sont pas rares (MSPP, 1990). La qualité inférieure des services est l'une des principales causes de cette désaffection. Cela est notamment dû à la pénurie de produits pharmaceutiques et à l'absence d'hygiène élémentaire dans les locaux. Ce sont, pour une large part, les contraintes sévères

1. Galland *et al.* (1991).
2. MSSP. Projet « Développement des services de santé II », termes de référence de la consultation sur l'étude du financement du secteur santé, 20 novembre 1991.
3. Ce sont généralement des Organisations non gouvernementales (ONG) qui exécutent les programmes d'aide des donateurs.

imposées au Gouvernement dans l'achat des produits pharmaceutiques et de l'équipement, ainsi que l'absence de mécanismes appropriés de répartition des coûts, qui sont à l'origine de la qualité médiocre des prestations (section 3.1.2.).

Le MSPP est parfaitement conscient de la nécessité d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux. En avril 1990, un séminaire sur la réforme hospitalière[1] a été organisé à Conakry et il a été admis qu'il était nécessaire d'accroître les ressources du secteur hospitalier et de renforcer les dispositifs de partage des coûts entre le Gouvernement, la population et les donateurs. La rénovation des bâtiments hospitaliers et l'acquisition d'équipement médical ont également été inscrits en bonne place dans le programme du MSPP.

Il a également été relevé, au cours de ce séminaire, que tout nouveau système de partage des coûts impliquant une contribution du patient devrait tenir compte du niveau des revenus et de la solvabilité de la population, notamment dans les groupes vulnérables. Ordinairement, un tarif est pratiqué dans les hôpitaux publics. Les résultats de cette expérience sont mitigés. D'un côté, les ressources de l'hôpital augmentent. De l'autre, l'augmentation du produit de ces redevances ne bénéficie pas suffisamment à des postes de dépenses tels que les produits pharmaceutiques et l'entretien, qui exigent un financement supplémentaire. Il semble qu'il y ait toujours des ruptures de stocks. Très souvent, les malades doivent acheter les médicaments qui leur sont prescrits dans les pharmacies privées à des prix nettement plus élevés.

Le MSPP a organisé à Faranah, en mai 1991, un « Séminaire-atelier sur la Politique sanitaire », qui faisait suite à un précédent séminaire sur la réforme hospitalière. Les comptes rendus des travaux de ce séminaire soulignent la nécessité de budgétiser les services de santé, de créer des instruments appropriés de gestion et de concevoir un dispositif satisfaisant de partage des coûts. Ce document contient des directives concrètes en matière de budgétisation de même qu'une présentation détaillée des moyens appropriés de gestion ; il recommande également d'adopter un système de paiement forfaitaire au niveau des hôpitaux préfectoraux et un système mixte (forfait et paiement différencié selon les prestations) au niveau des hôpitaux régionaux et des hôpitaux universitaires. Cependant, les liens indispensables entre la budgétisation des services de santé et leur financement font défaut dans ce document. Aucune attention n'est accordée à l'objectif fixé qui consiste, d'une part, à offrir des prestations de meilleure qualité et, d'autre part, à garantir un équilibre financier ainsi qu'une structure appropriée des tarifs. Il est donc impératif que l'étude prévue sur le financement du secteur de la santé examine ces questions en détail.

Les hôpitaux bénéficiant de l'assistance de donateurs ont déjà institué différents systèmes de recouvrement des coûts. Dans certains cas, un tarif détaillé est établi pour les diverses prestations, y compris la prescription de médicaments. Dans d'autres cas, on prévoit plus simplement un tarif forfaitaire pour chaque type d'hospitalisation. Ce dernier type de tarif est habituellement appliqué dans les services de médecine interne, de gynécologie et d'obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie et de laboratoire. Habituellement, les hôpitaux possèdent leur propre réseau de distribution de médicaments. Très fréquemment, les Organisations non gouvernementales prenant part à la gestion des activités hospitalières recourent à des appels d'offre internationaux pour l'achat des médicaments indispensables à des prix abordables. Lorsque les médicaments sont disponibles en quantité suffisante, ils peuvent être achetés par les malades à l'hôpital.

Récapitulatif des principes directeurs : le programme national SSP s'est employé dans une assez large mesure à développer les services de soins de santé

1. Journées de réflexion sur la politique hospitalière nationale, 28-30 avril 1990, Conakry.

primaires en Guinée. Il faut surtout noter l'adoption d'un système de partage des coûts récurrents, notamment en ce qui concerne les produits pharmaceutiques. Ce programme est appelé à se développer, exigeant ainsi davantage de ressources tant de la part du Gouvernement que des donateurs, notamment l'UNICEF. Il existe un point particulier que le Gouvernement doit prendre en considération : dans quelle mesure les contraintes qui pèsent sur le budget du secteur santé permettront-elles de recruter les effectifs supplémentaires de personnel qu'exige le Programme national SSP ?

Pour ce qui concerne la réforme hospitalière, il s'agira essentiellement d'en chiffrer le coût avec précision et de mettre en place un dispositif approprié de partage des dépenses. La réforme hospitalière implique en premier lieu la construction de bâtiments ou la rénovation des anciens bâtiments ainsi que l'achat d'équipement médical. Il importe de connaître le montant de cet investissement initial et de savoir qui paiera. Il convient également de savoir qui fixera les provisions pour amortissements ; en d'autres termes, qui assumera la responsabilité du financement des charges consécutives à la dépréciation des bâtiments et des équipements ? En second lieu, cette réforme entraînera une augmentation des dépenses récurrentes telles que l'achat de produits pharmaceutiques et l'entretien. Il s'agit de savoir quel système de partage des coûts il conviendra d'adopter pour garantir un financement approprié à ces dépenses.

Les points que nous venons d'évoquer sont récapitulés et examinés plus loin. A la section 3.2.2., nous présenterons des analyses de simulation de différents modes de financement de la réforme hospitalière. A la section 3.2.3., nous étudierons les incidences financières d'une augmentation des effectifs de personnel de santé.

3. Budget du secteur public de la santé et économie[1]

Les considérations qui précèdent montrent que les incidences financières de la politique sanitaire constituent pour la Guinée une préoccupation majeure. Deux de leurs aspects présentent un intérêt particulier : les effets de la politique budgétaire du Gouvernement sur le budget de la santé et les ressources nécessitées par la réforme hospitalière. Ils seront l'un et l'autre étudiés dans la présente section à l'aide d'une série de scénarios quantitatifs. En outre, nous examinerons les effets d'une dévaluation du franc guinéen sur les dépenses de santé de l'État.

3.1. Politique budgétaire et dépenses de santé de l'État

3.1.1. Ajustement structurel et niveau des dépenses publiques de santé

Le montant nominal des dépenses courantes de l'État a fortement augmenté pendant la période d'ajustement structurel, triplant largement en 1986 et progressant en moyenne d'environ 30% par an entre 1987 et 1990. Cet accroissement des dépenses publiques rendu possible par celui des recettes de l'État — dont la hausse moyenne s'est établie à 35% par an — était la conséquence de la dévaluation du franc guinéen ainsi que d'une mobilisation des ressources de l'État. En outre, l'appui extérieur au budget du Gouvernement a également augmenté.

Au cours de la période considérée, les dépenses courantes de santé n'ont suivi que partiellement la hausse des dépenses globales de l'État (Tableau 2). En 1986, année durant laquelle le budget ordinaire de l'État a triplé, les dépenses courantes

1. Dans le présent document, nous nous intéresserons exclusivement au budget santé du Gouvernement central.

de santé n'ont été multipliées que par un facteur légèrement supérieur à 2, d'où une chute brutale de leur part de 4,8% en 1985 à 3% en 1986[1]. Au cours des années suivantes, la part des dépenses de santé a d'abord accusé une légère augmentation — passant à 3,5% en 1988 — avant de retomber à 2,3% en 1990. Ce nouveau recul a été provoqué en 1989 par une baisse de 9% du montant nominal des dépenses courantes de santé (alors que le budget global progressait d'environ 22%) et en 1990 par une hausse du budget de la santé inférieure à celle des dépenses globales. L'évolution des dépenses ordinaires de santé en 1989 et en 1990 a abouti à une diminution substantielle de leur valeur réelle[2]. En termes réels, le budget ordinaire de la santé a diminué de 35,1% en 1989 et de 21,6% en 1990.

Le fait que les dépenses courantes de santé se soient développées moins vite que le budget global de l'État entre 1985 et 1990 donne à penser que le Gouvernement guinéen a donné la priorité à d'autres postes budgétaires au cours des premières années du processus d'ajustement structurel. Comme les recettes de l'État ont fortement progressé au cours de cette période, la modification de la répartition intersectorielle des ressources ne semble pas avoir été imposée par une contrainte financière.

L'amenuisement de la part des dépenses de santé constaté entre 1985 et 1990 a fait place à une augmentation de 3,9% en 1991 et sans doute de 4,5% en 1992. Ce phénomène est dû à une croissance substantielle du montant nominal des dépenses courantes de santé. En valeur réelle, ces dernières ont augmenté de 58,3% en 1991 et devraient marquer une nouvelle hausse de 27% en 1992. Cette progression correspond à une politique déclarée du Gouvernement consistant à consacrer davantage de ressources aux secteurs sociaux. Il y a lieu de noter que cette amélioration de la part des dépenses de santé intervient à un moment où la politique budgétaire du Gouvernement se heurte à de fortes difficultés financières, ce qui conduit à se demander si cette évolution pourra se maintenir au cours des prochaines années.

On a vu plus haut que de nouveaux investissements (notamment dans la rénovation des locaux hospitaliers et l'achat d'équipements médicaux) sont prévus dans le cadre des efforts consentis pour améliorer la qualité des services hospitaliers. Il y a lieu de noter que l'investissement total dans le secteur de la santé a crû de 10,2% en valeur réelle en 1990 mais baissé de 5,8% en 1991 ; il devrait progresser à nouveau de 14,6% en 1992.

Les dépenses d'équipement dans le secteur de la santé sont largement tributaires de l'aide étrangère comme le montre le pourcentage important de ces dépenses financées de l'extérieur dans les dépenses globales d'investissement de ce secteur. Ce pourcentage est passé de 82,4% en 1989 à 88,8% en 1991. Selon le budget prévisionnel, il devrait s'établir aux alentours de 87,9% en 1992.

---

1. Dans le présent document, on entend par part des dépenses de santé le pourcentage du budget ordinaire global de l'État consacré au fonctionnement du secteur sanitaire. Ce budget est défini comme la somme des salaires et traitements, des biens et services, des subventions et transferts ainsi que des intérêts versés. Cette définition des dépenses courantes diffère de celles du « total dépenses de fonctionnement » inscrit au Budget national de développement. Ce dernier englobe également le remboursement du capital et des arriérés exclus dans la première définition des dépenses courantes utilisée au plan international. Si l'on adoptait la définition plus large des dépenses courantes, la part des dépenses de santé serait plus faible et son évolution en 1991 et 1992 serait également différente. Au lieu de passer de 3,9% en 1991 à 4,5% en 1992, cette part, calculée par référence au « total dépenses de fonctionnement », fait alors apparaître un recul de 2,2% à 1,7% (Tableau 2).

2. Il convient de faire preuve de prudence en comparant les dépenses de santé au fil des années successives. En effet, de nouvelles définitions des postes budgétaires pourraient influer sur les pourcentages.

Tableau 2. Budget de la santé de l'État (Ministère de la Santé publique et de la Population), Guinée, 1985-1992, (en milliards de francs guinéens et en %)

	1985	1986	1987	1988	1989 Budget remanié	1990 Budget remanié	1991 Budget initial	1992
Dépenses totales					16092	20992	27339	36965
Dépenses de fonctionnement	0,957	2151	3247	4872	4433	4672	8881	12852
Salaires				2500	2700	3228	7424	11287
Autres				3272	1733	1444	1457	1566
Investissement (BND)					2056	1843	2059	2918
Investissement (FINEX)					9603	14447	16400	21195
Taux de croissance[a]								
Dépenses courantes					-9,0	5,4	90,1	44,7
Valeur réelle		124,8	51,0	50,0	-27,8	-17,0	58,3	27,0
Investissement (BND)			12,9	18,8		-10,3	11,7	41,7
Valeur réelle						-29,4	-7,0	24,4
Investissement (FINEX)						50,8	13,3	29,2
Valeur réelle						18,7	-5,7	13,4
Parts								
Dépenses totales								
Dépenses courantes	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Investissement (BND)					27,5	22,3	32,5	34,8
Investissement (FINEX)					12,8	8,9	7,5	7,9
					59,7	69,0	60,0	57,3
Dépenses courantes	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Salaires				51,3	60,9	69,1	83,6	87,8
Autres				48,7	39,1	30,9	16,4	57,3
Rapport dépenses totales de santé/budget de l'État					4,8	4,8	5,5	6,1
Rapport dépenses courantes de santé / dépenses courantes de l'État	4,8	3,0	3,1	3,5	2,6	2,3	3,9	4,5
Rapport investissement du secteur de santé (FINEX) / Investis de l'État (FINEX)						7,3	7,2	9,4
Mémo								
Dépenses de l'État		123,6	192,1	263,6	338,6	439,7	499,9	604,4
Dépenses courantes[b]	20,0	72,6	106,3	140,1	171,3	201,3	230,5	288,9
Taux de croisance (%)		263,0	46,4	31,8	22,3	17,5	14,5	25,3
Investissement (BND)		6,7	11,7	21,1	27,5	41,0	44,0	48,3
Investissement (FINEX)		44,3	74,1	102,4	139,8	197,4	225,4	267,2
Investissement suivant le BND[c]					252,0	407,5	763,0	
Part du secteur de la santé calculée à partir des dépenses courantes inscrites au BND						1,9	2,2	1,7
Indice des prix à la consommation	47,2	81,1	108,5	137,0	172,7	219,4	263,3	300,2
Taux d'inflation		71,8	33,8	26,3	26,1	27,0	20,0	14,0

Source : MSPP (1989) ; Ministère de l'Économie et des Finances (1990, 1991, 1992) ; Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991) ; FMI (1991a). BND = Budget national de Développement ; FINEX = Financement extérieur.

a : Les taux de croissance ont été calculés sous la forme de modifications annuelles de pourcentages. Les dépenses nominales ont été corrigées en fonction de l'indice des prix à la consommation. b : Les dépenses courantes pour 1986 à 1988 sont rapportées par le FMI (1991a) corrigées des dépenses financées par l'Office des Bauxites de Kindia (OBK). Pour les années plus récentes, les chiffres sont ceux du Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991). c Dépenses courantes communiquées par le Ministère de l'Économie et des Finances figurant dans le Budget national de Développement (BND), au poste « Total dépenses de fonctionnement ».

Il a été très difficile d'exploiter à fond les investissements en biens d'équipement inscrits au budget en raison de la faible capacité d'absorption du secteur de la santé. Suivant le programme d'investissements publics, seulement 46,2% du montant prévu ont été dépensés en 1990. En 1991, le taux d'absorption est passé à 61,1%. Il est toutefois difficile de déterminer la mesure dans laquelle cette évolution traduit une amélioration de la capacité d'absorption du secteur de la santé. En fait, une partie de l'augmentation est due à l'inclusion des charges salariales liées aux programmes d'investissement et à la forte hausse des salaires en 1991[1].

Une question importante se pose à propos des investissements : comment financer à l'avenir la dépréciation des bâtiments rénovés et des équipements médicaux ? Aucun débat n'a été explicitement consacré à ce jour au rôle du MSPP dans la planification de la couverture des provisions pour amortissement. On voudra bien se reporter à la section 3.2.2. pour une analyse préliminaire du niveau de ces dernières telles qu'elles résultent de la rénovation et de la construction d'hôpitaux préfectoraux et de leurs effets sur le budget santé de la nation.

3.1.2. La structure des dépenses courantes de santé

La caractéristique la plus marquante du budget actuel de la santé est l'importance globale de la composante salaires. La part de ces derniers dans le total des dépenses courantes est passée de 60,9% en 1989 à 83,6% en 1991 et il est prévu au budget qu'elle montera à 87,8% en 1992. Cette tendance ascendante tient essentiellement à deux raisons. En premier lieu, un nombre substantiel de professionnels de la santé (environ 1 000 fonctionnaires) a été recruté en 1991. En second lieu, le montant nominal des salaires et traitements des fonctionnaires — y compris ceux du secteur de la santé — a été approximativement multiplié par 2 durant l'été 91.

L'ascension de la composante salariale a automatiquement fait baisser la part des autres dépenses courantes de santé parmi celles afférentes aux produits pharmaceutiques, à la maintenance et aux matériels. Si l'on se fonde sur le budget, cette part devrait s'élever à environ 12% des dépenses courantes de santé en 1992. Le relèvement des salaires a presque entièrement absorbé la croissance substantielle des dépenses courantes de santé en 1991 et 1992. Alors que le montant nominal de ces dernières a augmenté de 90% en 1991 et devrait encore progresser de 45% en 1992, les dépenses courantes de santé hors salaires n'ont crû, en valeur nominale, que de moins de 1% en 1991 et devraient progresser de 7,5% en 1992. Ces faibles modifications en valeur non corrigée ont conduit à un recul de 16% en valeur réelle en 1991 et de 5,7% en 1992 des dépenses courantes de santé hors salaires. Or, celles-ci avaient déjà baissé sensiblement, en valeur réelle, en 1989 (environ 42%) et en 1991 (34,4%).

Il importe de réfléchir d'urgence à la bonne répartition des ressources entre les salaires et les autres dépenses courantes. La part très faible de ces dernières et leur recul, en valeur réelle, au cours des dernières années expliquent, dans une large mesure, la pénurie de médicaments et de matériels dans les hôpitaux (section 2.2.2.). La question de l'usage rationnel des personnels de santé a fait l'objet de la Déclaration de novembre 1991. De plus, le MSPP a élaboré un Plan de gestion des personnels de santé[2] qui montre que ses auteurs avaient conscience, dans une certaine mesure, du poids de la facture salariale sur le budget total de la santé. Un arrêt général du recrutement est aussi en vigueur depuis 1991. Il faudra toutefois

1. MSPP (1992).
2. MSPP (1991c).

mettre au point une politique des salaires et de l'emploi plus convaincante pour éviter que d'autres dépenses nécessaires pour des apports complémentaires — tels que les produits pharmaceutiques et la maintenance — ne soient négligées davantage encore. Dans le cas contraire, une action rapide s'imposerait pour élargir le partage des coûts y afférents.

Le budget pharmaceutique — qui fait partie des autres dépenses courantes de santé — a aussi subi des coupes draconiennes depuis 1990. En valeur réelle, il a baissé de 53,7% pour cette année-là et de 8,4% en 1991. Le budget de la santé pour 1992 prévoit un nouveau recul de 4,3% en valeur réelle.

Cette évolution des dépenses publiques de santé au titre des produits pharmaceutiques suscite une interrogation quant à la politique du MSPP en matière de financement public de ces derniers. La Déclaration et le comportement du Gouvernement donnent à penser que celui-ci serait favorable à un mécanisme approprié de partage des coûts qui favoriserait la solidarité entre les divers groupes de la population au niveau communautaire.

La participation de la population au financement des médicaments est déjà importante à l'échelon des centres de santé, où un système de partage des coûts est en usage[1]. Pour qu'il en aille de même à l'échelon hospitalier, il faudrait mettre en place un mécanisme approprié, ce qui obligerait à procéder au préalable à une budgétisation des produits pharmaceutiques. L'étude prévue sur le financement du secteur de la santé devra notamment élaborer un cadre pour la définition des méthodes de budgétisation et de partage des coûts. En l'absence de telles mesures, il sera difficile d'assurer l'amélioration envisagée de la qualité des services hospitaliers. Il conviendrait d'éviter le rationnement des médicaments car une telle solution aurait vraisemblablement des conséquences néfastes, notamment pour les malades à faible revenu qui devraient, comme par le passé, s'adresser aux pharmacies du secteur privé[2], où le niveau des prix constitue une entrave à l'accès aux soins.

3.1.3. Le budget ordinaire de l'État et les dépenses courantes de santé, 1993-1995

Les possibilités d'accroissement des dépenses totales de l'État devraient connaître, dans un proche avenir, une réduction substantielle ; eu égard aux lourdes contraintes budgétaires (section 1.3.), on peut même se demander si la hausse des dépenses publiques prévue pour 1992 est réalisable. Au point de vue du financement, la difficulté tient à une baisse des recettes de l'État due à une chute des cours mondiaux de l'aluminium qui devrait se poursuivre en 1992. Au surplus, les salaires et les traitements des fonctionnaires ont sensiblement augmenté au cours des dernières années ; les possibilités de développer encore les autres dépenses courantes de l'État dans un proche avenir se trouvent, de ce fait, limitées. Dans ce contexte, il n'est pas certain qu'une quelconque croissance en valeur réelle du budget courant de la santé soit possible.

Pour étudier cette question, trois scénarios ont été établis, illustrant les issues possibles du processus budgétaire jusqu'en 1995. Dans le premier — le scénario de base — les recettes et les dépenses globales de l'État sont tirées des projections du MPCI[3], selon lesquelles le budget global de l'État devrait progresser de 15,8% en 1993 et de 8,5% ensuite. Le taux d'inflation devrait s'établir à 10% en 1993 et à 9%

1. Pour 1992, on évalue les dépenses des ménages à 324,9 millions de francs guinéens.
2. Kaddar (1991) met en évidence que les prix pratiqués par les officines privées sont plusieurs fois supérieurs au coût des médicaments essentiels.
3. Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991).

les années suivantes. Dans ce scénario, il a été posé en hypothèse que les dépenses de santé resteraient constantes en termes réels. Cette hypothèse est conforme à certaines déclarations du Gouvernement[1] qui se propose d'accroître les dépenses sociales d'un pourcentage au moins équivalent au taux d'inflation, de manière à les maintenir constantes en valeur réelle. En conservant inchangées les dépenses réelles de santé, le scénario de base suppose qu'une protection minimale est conférée aux programmes sanitaires.

Suivant ce scénario, la part des dépenses courantes de santé dans le budget total de fonctionnement de l'État tombe légèrement, de 4,5% en 1992 à 4,23% en 1993 et 4,25% en 1994 et 1995 (Tableau 3).

Tableau 3. Le budget de l'État et le secteur de la santé (en millions de francs guinéens courants)

Variable	Année	Valeurs de référence	Scénario 1A	Scénario 1B
Dépenses courantes de santé	1993	14 140,9	14 140,9	13 498,1
	1994	15 423,0	15 243,0	14 046,6
	1995	16 821,5	16 821,5	14 671,6
Dépenses d'investissement du secteur de la santé	1993	26 113,8	26 113,8	24 926,8
	1994	28 307,4	28 307,4	25 781,2
	1995	30 685,2	30 985,2	26 664,9
Total des dépenses	1993	40 254,7	40 254,7	38 425,0
	1994	43 730,4	43 730,4	39 827,9
	1995	47 506,7	47 506,7	41 282,4
Dépenses courantes de santé en % du total des dépenses	1993	4,23	4,66	4,45
	1994	4,25	4,25	4,45
	1995	4,25	5,13	4,46
Dépenses de santé en % du budget total de l'État	1993	5,84	6,39	6,10
	1994	5,81	6,70	6,10
	1995	5,77	7,02	6,10

Hypothèses relatives aux scénarios.

Valeurs de référence — les dépenses totales courantes de l'État augmentent de 15,8% en 1993 et de 8,5% ensuite. Le taux d'inflation s'établit à 10% en 1993, puis à 9%. Les dépenses de santé restent constantes en valeur réelle.

Scénario 1A — les dépenses totales courantes de l'État augmentent de 5% ; le taux d'inflation et les dépenses de santé restent ceux du scénario de base.

Scénario 1B — les dépenses courantes totales de l'État et les dépenses de santé augmentent de 5% ; taux d'inflation comme dans le scénario de base.

Compte tenu des graves difficultés budgétaires auxquelles il doit faire face, une hausse d'environ 15% en 1993 des dépenses courantes de l'État semble optimiste. Aussi avons-nous émis, dans le scénario 1A, l'hypothèse d'une augmentation annuelle de ces dépenses de 5%. Pour une inflation de 10% en 1993, ce taux de croissance supposerait une baisse de 5% en valeur réelle des dépenses globales.

1. Voir la déclaration faite à l'occasion de l'approbation de la facilité renforcée d'ajustement structurel du FMI (FMI 1991b).

Comme le précédent, ce scénario repose sur l'hypothèse d'une progression des dépenses courantes de santé au même rythme que l'inflation.

Cet ensemble de politiques budgétaires ferait passer la part des dépenses de santé de 4,5% en 1992 à 5,13% en 1995 (Tableau 3). Ce scénario peut être considéré comme optimiste, puisque les dépenses de santé restent constantes en termes réels malgré la baisse du budget de fonctionnement global.

Un scénario plus pessimiste (scénario 1B) supposerait un taux de croissance des dépenses courantes de santé égal à celui des dépenses courantes globales. Si l'on se fonde sur un taux d'inflation de 10% et une croissance en valeur nominale tant des dépenses de l'État que des dépenses de santé de 5% par an, le budget de la santé marquerait en 1993 un recul de 5% en valeur réelle. Dans ce cas, la part des dépenses de santé resterait inchangée à 4,5%.

Ces trois scénarios reposent sur l'hypothèse d'un maintien des dépenses de santé en valeur réelle à un niveau constant dans le meilleur des cas. Leur accroissement ne serait possible que si les dépenses de l'État dans d'autres secteurs diminuaient en valeur réelle. Un financement public supplémentaire, par exemple à la suite de la réforme hospitalière, nécessiterait une réallocation des ressources en faveur du secteur sanitaire. On voit donc pourquoi il est actuellement difficile d'accroître les dépenses de santé, en valeur réelle. Toutefois, ce problème serait plus aisé à résoudre si les ressources existantes étaient utilisées de manière plus efficace, ce qui permettrait d'affecter les montants économisés à la couverture des besoins additionnels du secteur de la santé. Dans la section 3.2., l'on s'est efforcé de chiffrer, à titre préliminaire, quelques-unes des incidences financières de la réforme hospitalière sur les dépenses courantes de santé.

La conséquence du maintien à un niveau constant, en valeur réelle, des principales composantes des dépenses courantes de santé est fort intéressante : au cours des dernières années la part de la composante non-salariale est tombée à un peu plus de 10%. Comme la valeur réelle du budget ordinaire de la santé reste constante dans le scénario ci-dessus (1A), les dépenses hors salaires ne peuvent se développer en valeur réelle que lorsque la progression de l'élément salarial est inférieure au taux d'inflation. Ce résultat montre qu'un développement, en termes réels, des dépenses publiques non salariales n'est guère probable dans un proche avenir.

Les hypothèses sur lesquelles reposent les scénarios précédents doivent s'accompagner de plusieurs réserves. Si le cours de l'aluminium augmentait sur le marché mondial, les recettes publiques supplémentaires ainsi dégagées amélioreraient la situation budgétaire. Il n'est toutefois nullement certain qu'une hausse des prix mondiaux de l'aluminium permettrait effectivement d'accroître les dépenses. En fait, les prévisions de dépenses courantes pour 1992 reposent déjà sur l'hypothèse d'un accroissement des recettes de l'État, consécutif à la réévaluation des cours de l'aluminium au deuxième semestre de 1992.

Les investissements prévus — 29,735 milliards de francs guinéens en 1992 — devraient s'établir approximativement au même niveau qu'en 1991 (30,174 milliards de francs guinéens). Le principal programme d'investissement actuellement prévu est le « Projet de Développement des Services de Santé (PDSS II) » financé par la Banque Mondiale ; les négociations à son sujet devraient s'achever en 1992. L'un des facteurs limitatifs des dépenses d'investissements est la capacité d'absorption du secteur de la santé (section 3.1.1.).

Dans cette section, l'on a fait valoir qu'en raison de lourdes contraintes budgétaires, le maintien, au cours des prochaines années, des dépenses de santé à un niveau constant en valeur réelle pourra déjà être considéré comme un succès. Ce résultat souligne l'importance d'une mobilisation des ressources dans le secteur de la santé grâce à des mécanismes de partage des coûts et à une utilisation efficace

des ressources. De telles mesures sont particulièrement importantes en Guinée, pays où les besoins en produits pharmaceutiques, en maintenance et en matériels sont urgents, de même que la nécessité de procéder à une réforme hospitalière globale.

3.1.4. L'évolution des taux de change et les dépenses de santé

Les dévaluations ont d'importants effets sur les dépenses et le financement dans le budget national guinéen. D'une part, elles obligent à payer plus cher, en monnaie nationale, des biens d'importation tels que les produits pharmaceutiques. En revanche, le rendement des taxes à l'exportation progresse puisque la valeur des marchandises exportées, libellée en monnaie nationale, augmente[1]. Étant donné qu'en Guinée la part des recettes de l'État afférente à l'exportation de produits miniers est sensiblement supérieure à la part des dépenses d'importation, une dévaluation de la monnaie nationale abaissera le déficit budgétaire, et ce faisant, assouplira la contrainte budgétaire.

Toute dévaluation du franc guinéen entraîne d'importants effets sur la dépense en produits pharmaceutiques du pays, puisqu'environ 80% de ce poste budgétaire est imputable aux importations. Si le franc guinéen est dévalué de 30% (scénario 2), le Gouvernement devrait donc augmenter de 24% le poste budgétaire relatif à l'acquisition de produits pharmaceutiques pour en acquérir la même quantité (Tableau 4). Si le budget pharmaceutique est libellé en valeur nominale, des dévaluations répétées du franc guinéen se traduiront par une érosion progressive du pouvoir d'achat sur ce poste budgétaire.

Le franc guinéen a été dévalué de 30% par rapport au franc français en 1990, et de 17% en 1991, soit une perte de 40% du pouvoir d'achat. Comme l'on s'attend d'ici à 1995 à des dévaluations annuelles du franc guinéen de l'ordre de 7%, le volume des produits pharmaceutiques que le pays pourra importer continuera de diminuer si le poste budgétaire correspondant n'est pas progressivement réajusté.

Cependant, les effets défavorables des dévaluations sur les achats de médicaments pourraient être corrigés si l'on utilisait les recettes publiques supplémentaires résultant de ces dévaluations.

3.2. La politique sanitaire et ses effets sur le budget de la santé de l'État, 1993-1995

3.2.1. Introduction

Dans la section 2.2.2., nous avons examiné quelques-unes des principales caractéristiques de la politique gouvernementale concernant l'amélioration des services de santé. En premier lieu, nous avons fait valoir que le Gouvernement a d'ores et déjà adopté des mesures pour le développement des soins de santé primaires. A ce niveau, le système de la partage des coûts est relativement bien implanté. Les contributions des ménages et des donateurs sont considérables. Il reste cependant au Gouvernement à assurer le financement des salaires et des traitements des personnels de santé ainsi que de l'ensemble des activités administratives et de supervision. Nous ne disposons pas actuellement de données précises sur les besoins en effectifs résultant du développement du programme national de soins de santé primaires ; cependant, les analyses de simulation de la section 2.3, ci-après, donnent certaines indications sur les effets financiers d'une augmentation des effectifs sur le budget de la santé.

1. On a supposé ici que le cours de la marchandise exportée est établi en devises sur les marchés mondiaux.

Tableau 4. Incidences des dévaluations monétaires sur le budget de la santé, Guinée, 1993-95 (en millions de francs guinéens courants)

Variable	Année	Valeurs de référence	Scénario 2
Dépenses courantes de santé	1993	14 140,9	14 300,4
	1994	15 423,0	15 559,7
	1995	16 281,5	17 016,5
Salaires et traitements des personnels de santé	1993	12 415,2	12 415,2
	1994	13 532,5	13 532,5
	1995	14 750,4	14 750,4
Dépenses pharmaceutiques	1993	66,7	823,2
	1994	732,9	909,6
	1995	809,2	1 004,3
Autres dépenses courantes	1993	1 062,0	1 062,0
	1994	1 157,6	1 157,6
	1995	1 261,9	1 261,9
Dépenses courantes de santé en % du total des dépenses courantes de l'État	1993	4,23	4,28
	1994	4,25	4,30
	1995	4,25	4,30
Dépenses de santé en % du budget total de l'État	1993	5,84	5,87
	1994	5,81	5,84
	1995	5,77	5,80

Hypothèses relatives aux scénarios.

Valeurs de référence — les dépenses totales courantes de l'État augmentent de 15,8% en 1993 et de 8,5% ensuite. Le taux d'inflation s'établit à 10% en 1993, puis à 9%. Les dépenses de santé restent constantes en valeur réelle.

Scénario 2 — total des dépenses courantes de l'État et taux d'inflation : comme dans le scénario de base. Le franc guinéen est dévalué de 30% vis-à-vis du dollar des États-Unis par rapport à sa valeur de référence.

Ensuite, la réforme hospitalière constitue un défi pour le MSPP. La planification et le financement des investissements, de même que les dépenses de fonctionnement qui en résultent, seront des éléments majeurs de l'étude sur le financement du secteur de la santé. En ce qui concerne la réforme hospitalière, la réflexion, l'action à court terme et la disponibilité de données financières ont atteint un stade plus avancé pour les hôpitaux préfectoraux. Dans les analyses de simulation ci-dessous, nous nous sommes donc uniquement intéressés aux incidences financières de l'amélioration des services de santé à l'échelon des préfectures.

3.2.2. La politique de réforme hospitalière

Incidences financières : La réforme hospitalière à l'échelon préfectoral suppose la rénovation et la construction de bâtiments, l'achat d'équipements médicaux et de véhicules et l'approvisionnement en médicaments et en vaccins. On dispose actuellement de très peu d'informations sur les coûts escomptés de la politique de réforme hospitalière. Nous utiliserons cependant quelques-uns des résultats d'une

enquête préliminaire récemment effectuée par le MSPP, conjointement avec l'OMS[1], sur les incidences financières de cette réforme. Nous n'étudierons pas la structure du budget d'investissement, ayant fait l'hypothèse que les investissements initiaux seront financés par les donateurs extérieurs. La présente analyse vise à évaluer les coûts de fonctionnement entraînés par la réforme hospitalière et les moyens de les financer. En l'occurrence, ces coûts comprennent les provisions pour amortissement des bâtiments, des équipements médicaux et des véhicules ainsi que les dépenses courantes. Ces dernières sont définies comme la somme des coûts des produits pharmaceutiques, de l'eau, de l'électricité, de l'essence, du matériel de bureau, de la maintenance et des primes d'incitation au personnel de santé, les salaires étant pour leur part exclus.

Les provisions pour amortissement des bâtiments ont été estimées sur la base des coûts de rénovation et de reconstruction de l'hôpital préfectoral de Forécariah, soit un total de 196 410 000 FG. Si l'on suppose que la durée de vie de ces bâtiments sera de 30 ans et que les taux moyens à long terme tant de l'inflation que de l'intérêt s'établiront à 5% au cours des trois décennies à venir, on obtient les provisions pour amortissement suivantes[2] : FG 6 872 250, FG 7 215 863 et FG 7 576 656 pour 1993, 1994 et 1995 respectivement. Si l'on fait, par ailleurs, l'hypothèse que ces chiffres représentent les provisions « moyennes » pour amortissement par bâtiment hospitalier et qu'on les multiplie par 29, soit le nombre d'hôpitaux préfectoraux en Guinée, on obtient un budget total estimatif, au titre des provisions pour amortissement, s'élevant respectivement pour 1993, 1994 et 1995, à FG 199 300 000, FG 209 260 000 et FG 219 720 000.

En ce qui concerne les équipements médicaux et les véhicules à l'échelon des préfectures, les provisions pour amortissement sont fondées sur une étude antérieure sur le coût des services de santé dispensés par l'hôpital préfectoral de Dalaba (voir Carrin et Evlo, 1992), qui donne la liste standard des équipements médicaux et des véhicules pour les hôpitaux de préfecture. Pour 1993, 1994 et 1995, elles s'élèveraient respectivement à FG 20 758 276, FG 22 834 138 et FG 25 117 586, en supposant que les taux à court terme, tant de l'inflation que de l'intérêt, seraient de 10%. En extrapolant à nouveau à l'échelle nationale, nous obtenons les provisions pour amortissement suivantes : FG 601 990 000 pour 1993, FG 662 190 000 pour 1994 et FG 728 410 000 pour 1995.

La dépense annuelle courante peut être estimée à FG 31 122 860 en moyenne sur la base du budget 1992 des deux hôpitaux préfectoraux de Kouroussa (69 lits) et Forécariah (70 lits). Cette estimation englobe le coût de tous les traitements requis une fois le patient admis à l'hôpital. Après correction pour inflation (dont le niveau prévu est de 10% pour 1993 et de 9% pour 1994 et 1995) et extrapolation à l'échelle nationale, nous obtenons les estimations suivantes pour les dépenses courantes des hôpitaux préfectoraux : FG 992 820 000 en 1993, FG 1 082 173 800 en 1994 et FG 1 179 569 400 en 1995.

Deux questions présentent un intérêt particulier : quel est l'effet de la prise en compte des provisions pour amortissement, et quelles sont les possibilités de partage des coûts entre le Gouvernement, les donateurs et les ménages ?

---

1. Voir : Aide-Mémoire, Mission de l'Organisation mondiale de la Santé avec le Ministère de la Santé publique et de la Population, Guinée, 27 janvier-7 février 1992. Cette mission portait sur le calcul du coût des services de santé dans neuf hôpitaux préfectoraux.
2. Nous avons utilisé la méthodologie de Carrin et Evlo (1992) pour calculer les coûts et notamment les provisions pour amortissement. Cette méthode donne une série de provisions pour amortissement qui augmentent au fil des ans.

Les différentes alternatives de financement de la réforme hospitalière : Nous avons simulé trois alternatives de financement des dépenses courantes engendrées par la réforme hospitalière ; elles correspondent à différents degrés de partage des coûts entre le gouvernement, les bailleurs de fonds et les ménages.

Dans un premier scénario (scénario 3A), le Gouvernement prend en charge toutes les provisions pour amortissement et 50% des dépenses courantes dans les hôpitaux préfectoraux, soit la moitié du budget total au titre des produits pharmaceutiques et la moitié des autres dépenses récurrentes. Ce scénario illustre donc une évolution prudente vers le partage des coûts par la population. Dans ce scénario, sont ajoutées aux dépenses courantes correspondant au scénario de base les dépenses basées sur les résultats de la section précédente — soit FG 1 297 700 pour 1993, FG 1 412 537 pour 1994 et FG 1 537 915 pour 1995 — étant entendu que le scénario de base suppose une croissance zéro réelle de toutes les dépenses de santé. On suppose également que la dépense totale de l'État est celle du scénario de base, ce qui implique que seule la structure du budget de l'État, c'est-à-dire la part des dépenses de santé, est appelée à évoluer.

Dans le tableau 5, nous présentons quelques-unes des principales incidences de ce scénario sur le niveau du budget de la santé et sa part dans le budget total de l'État pour les années 1993 à 1995. Dans ce scénario, le budget pharmaceutique et les autres dépenses de santé sont sensiblement relevés, la hausse du premier étant d'environ 48% et les autres dépenses courantes augmentant de quelques 91% par rapport à la situation initiale. La dépense courante de santé progresse ainsi de 9,1%. Les niveaux de prix étant identiques dans tous les scénarios, ces augmentations correspondent à un accroissement des dépenses en termes réels.

La part des dépenses courantes de santé dans le budget ordinaire total de l'État progresse de 4,25% (base) à 4,5% en 1995. La part de la dépense de santé totale dans la dépense totale de l'État devrait pour sa part passer de 5,77% (référence) à 5,89%.

Le Gouvernement pourra juger que de telles augmentations des dépenses de santé sont excessives ; dans un autre scénario (3B), il ne finance que les provisions pour amortissement. Implicitement, le Gouvernement opte alors pour un passage rapide au partage des coûts (produits pharmaceutiques et autres dépenses courantes) avec la population. Suivant ce scénario, cette dernière assurerait donc l'autofinancement des médicaments et autres dépenses courantes à l'échelon des hôpitaux préfectoraux[1]. La hausse des dépenses courantes de santé par rapport aux valeurs de base, à savoir 6%, est plus modeste que dans le scénario précédent. Ici encore, la part de la santé dans les dépenses de l'État progresse, mais moins nettement que dans le scénario 3A.

Au lieu de financer les provisions pour amortissement, comme dans le scénario précédent, le Gouvernement pourra décider de budgétiser l'ensemble des produits pharmaceutiques nécessaires (scénario 3C). Le tableau 5 montre que les dépenses courantes de santé augmenteraient de 4,6% par rapport aux valeurs de référence, et que la part de la santé dans les dépenses de l'État s'élèverait également. On notera aussi que les effets de ce scénario sur le budget de la santé sont légèrement moins marqués que ceux du scénario 3B.

1. D'une certaine manière, on suppose donc que dans les hôpitaux régionaux et universitaires ainsi que dans les centres de santé, le budget de base couvrirait le coût des médicaments.

Tableau 5. Incidences financières de la réforme hospitalière, Guinée, 1993-95 (en millions de francs guinéens courants)

Variable	Année	Valeurs de référence	Scénario 3A	Scénario 3B	Scénario 3C	Scénario 3D
Dépenses courantes de santé	1993	14 140,9	15 438,6	14 989,9	14 789,9	14 140,9
	1994	15 243,0	16 835,5	16 356,9	16 130,5	15 423,0
	1995	16 821,5	18 359,4	17 848,8	17 592,6	16 821,5
Salaires et traitements des personnels de santé	1993	12 415,2	12 415,2	12 415,2	12 415,2	12 415,2
	1994	13 532,5	13 532,5	13 532,5	13 532,5	13 532,5
	1995	14 750,4	14 750,4	14 750,4	14 750,4	14 750,4
Dépenses pharmaceutiques	1993	663,7	988,2	663,7	1 312,7	61,7
	1994	732,9	1 086,6	732,9	1 440,3	70,7
	1995	809,2	1 194,7	809,2	1 580,3	80,8
Autres dépenses courantes	1993	1 062,0	2 035,2	1 911,0	1 062,0	1 661,0
	1994	1 157,6	2 216,4	2 091,5	1 157,6	1 819,8
	1995	1 261,9	2 414,3	2 289,2	1 261,9	1 990,3
Dépenses courantes en % du total des dépenses	1993	4,23	4,62	4,48	4,42	4,23
	1994	4,25	4,64	4,51	4,44	4,25
	1995	4,25	4,64	4,51	4,45	4,25
Dépenses de santé en % du budget total de l'État	1993	5,84	6,03	5,97	5,94	5,84
	1994	5,81	6,00	5,94	5,91	5,81
	1995	5,77	5,96	5,90	5,87	5,77

Hypothèses relatives aux scénarios.

Valeurs de référence — les dépenses de fonctionnement globales de l'État augmentent de 15,8% en 1993 et de 8,5% ensuite. Le taux d'inflation s'établit à 10% en 1993, puis à 9%. Les dépenses de santé restent constantes en valeur réelle.

Scénario 3A — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base. La totalité des provisions pour amortissement et 50% des dépenses pharmaceutiques et autres dépenses de fonctionnement consécutives à la réforme hospitalière au niveau des préfectures sont financées par l'État.

Scénario 3B — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base ; seules les provisions pour amortissement sont financées par l'État.

Scénario 3C — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base ; seul le coût des produits pharmaceutiques est pris en charge par l'État.

Scénario 3D — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base ; seules les provisions pour amortissement sont financées par l'État — le budget total de la santé était cependant identique à celui du scénario de base.

Supposons à présent que le secteur public de la santé soit tenu de respecter les contraintes budgétaires fixées par le scénario de base pour les dépenses de santé. Posons également en hypothèse que le financement des provisions pour amortissement reste prioritaire. En fait, le Gouvernement pourrait réussir à les prendre en charge, mais en rognant sur d'autres composantes de la dépense courante de santé. Le scénario 3D offre la possibilité de réduire le budget en produits pharmaceutiques en contrepartie d'un plus large partage des coûts. Le

tableau 5 montre que le budget en produits pharmaceutiques devrait baisser d'environ 10% par rapport au budget de référence pour que le budget de la santé se maintienne en équilibre. La question se pose alors de savoir s'il est possible de mettre en place un système de partage des coûts qui soit à même de garantir la disponibilité des médicaments, tout en assurant un accès équitable de toutes les catégories socio-économiques aux soins de santé.

L'une des principales conclusions à tirer de ces scénarios est que la réforme des hôpitaux préfectoraux ne gonflerait pas sensiblement les dépenses courantes de santé. Il est particulièrement intéressant de noter que le financement des provisions d'amortissement liées aux investissements dans les hôpitaux préfectoraux semble imposer au gouvernement une charge supportable, à condition toutefois que soit mis en place un système de partage des coûts des médicaments et des autres dépenses courantes. En outre, la budgétisation des provisions pour amortissement exige un effort continu et, partant, une discipline stricte, si le Gouvernement veut se donner les moyens de financer lui-même les investissements à venir.

Ces scénarios appellent un certain nombre de mises en garde. Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné plus haut, nous ne tenons pas compte du financement de l'investissement initial. Ensuite, notre analyse repose sur des estimations fondées sur un nombre restreint d'hôpitaux préfectoraux. Des analyses détaillées du fonctionnement des 29 hôpitaux préfectoraux s'imposent donc ; elles permettraient de construire un ensemble de scénarios plus réalistes. De plus, les chiffres sont tirés de données relatives à des hôpitaux connus en Guinée pour leurs efforts de rentabilité ; ils achètent des médicaments bon marché et s'efforcent d'appliquer des schémas normalisés de diagnostic-traitement. Il s'ensuit que lorsqu'on extrapole ces données à l'ensemble du pays, nous faisons implicitement l'hypothèse que tous les hôpitaux préfectoraux agissent de la même manière. Et enfin, la présente analyse ne prend pas en compte l'impact financier de la réforme sur les hôpitaux régionaux et les hôpitaux universitaires, or ceux-ci exerceront certainement une pression supplémentaire sur le budget national de la santé.

3.2.3. La politique des salaires des personnels de santé

Comme on l'a vu plus haut, la décision du Gouvernement de doubler les salaires pendant l'été de 1991 a intensifié le rôle déjà dominant du poste « personnel » dans le budget ordinaire de la santé dans lequel la part des salaires est passée de 60,9% en 1989 à 87,8% en 1992. Ce dernier pourcentage n'a été maintenu que dans le scénario de base.

Supposons cependant que dans l'un des scénarios possibles (scénario 4A), la facture salariale réelle continue d'augmenter — par exemple, au même rythme que le PIB, soit, suivant les prévisions, de 5,1% en 1993, 4,3% en 1994 et 3,7% en 1995. Le montant de cette facture pourrait évoluer, par exemple, sans qu'il y ait modification des effectifs, à la suite d'un relèvement des salaires en valeur réelle. Il est bien évident qu'elle augmenterait si l'on recrutait de nouveaux personnels de santé, le niveau des rémunérations restant par ailleurs inchangé. Les résultats de ces simulations sont présentés dans le tableau 6 ; ils montrent qu'une telle politique aurait à elle seule, d'ici 1995, un effet plus profond sur le budget de la santé que la participation financière de l'État au programme de réforme hospitalière telle qu'étudiée dans le scénario 3A. A noter également que la politique salariale envisagée ici, ferait passer la part des rémunérations dans les dépenses courantes de santé à 89% en 1995.

Si le Gouvernement décidait de stabiliser les dépenses courantes de santé au niveau de référence, cette politique salariale aurait des effets négatifs sur les autres dépenses ordinaires. Dans le scénario 4B, on a supposé que ces dernières sont réduites, dans un premier temps, pour financer les hausses de salaire ; vient

ensuite, si nécessaire, une diminution du budget pharmaceutique. On observe dans le tableau 6 que le poste « autres dépenses courantes » passerait entièrement en 1994 et 1995 au financement de la composante salaires. L'équilibre budgétaire ne serait alors obtenu qu'au prix de l'anéantissement du budget en produits pharmaceutiques.

Tableau 6. Incidences financières de la politique salariale appliquée aux personnels de santé, Guinée, 1993-95 (en millions de francs guinéens courants)

Variable	Année	Valeurs de référence	Scénario 4A	Scénario 4B
Dépenses courantes de santé	1993	14 140,9	14 639,9	14 140,9
	1994	15 423,0	16 685,7	15 423,0
	1995	16 821,5	18 886,0	16 821,5
Salaires et traitements des personnels de santé	1993	12 415,2	12 914,2	12 914,2
	1994	13 532,5	14 795,2	14 795,2
	1995	14 750,4	16 814,9	16 814,9
Dépenses pharmaceutiques	1993	663,7	663,7	663,7
	1994	732,9	732,9	627,8
	1995	809,2	809,2	6,6
Autres dépenses courantes	1993	1 062,0	1 062,0	563,0
	1994	1 157,6	1 157,6	0,0
	1995	1 261,9	1 261,9	0,0
Dépenses courantes de santé en % du total des dépenses	1993	4,23	4,38	4,23
	1994	4,25	4,60	4,25
	1995	4,25	4,78	4,25
Dépenses de santé en % du budget total de l'État	1993	5,84	5,92	5,84
	1994	5,81	5,98	5,81
	1995	5,77	6,03	5,77

Hypothèses relatives aux scénarios.

Valeurs de référence — les dépenses de fonctionnement globales de l'État augmentent de 15,8% en 1993 et de 8,5% ensuite. Le taux d'inflation s'établit à 10% en 1993, puis à 9%. Les dépenses de santé restent constantes en valeur réelle.

Scénario 4A — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base ; la facture salariale progresse, en valeur réelle, au même rythme que le PIB.

Scénario 4B — dépenses de fonctionnement globales de l'État et taux d'inflation — comme dans le scénario de base. La valeur réelle de la facture salariale progresse au même rythme que le PIB. Budget total de la santé — comme dans le scénario de base.

La principale conclusion à tirer de ces scénarios est que le budget de la santé est très sensible à toute politique des salaires et de l'emploi des personnels de la santé. Ce résultat montre l'importance critique qu'assume la politique des personnels de santé dans la bonne gestion du secteur de la santé. Toute politique conduisant à un alourdissement de la facture salariale aboutira automatiquement à une réduction du budget des autres intrants, sauf si le Gouvernement est disposé à accroître la part du secteur sanitaire dans les ressources publiques.

Cependant, une certaine croissance de l'effectif des personnels de santé — et partant de la facture salariale — pourrait se révéler nécessaire à la suite du développement du programme national de soins de santé primaires ou de la réforme hospitalière. En cas de difficultés budgétaires sévères, la nécessité d'un mécanisme viable de partage des coûts s'en trouverait renforcée. Ce système devrait assurer le financement des intrants que le budget public de la santé ne peut pas prendre convenablement en charge.

4. Conclusions

Dans cette étude, nous avons analysé les liens existant entre l'environnement macro-économique guinéen et le secteur public de santé. Plus précisément, nous avons mis en parallèle les développements récents de la politique de santé et la politique budgétaire, en insistant sur la faisabilité d'un financement des réformes dans le cadre du budget santé de l'État.

Plusieurs conclusions se dégagent de cette analyse. En premier lieu, il sera difficile, du fait des problèmes budgétaires auxquels est confronté le Gouvernement, d'accroître à court terme les dépenses courantes de santé en termes réels. Une telle augmentation n'apparaît réalisable qu'à la faveur d'une baisse des dépenses publiques dans d'autres secteurs.

Ensuite, selon les estimations préliminaires, il s'avère que la réforme hospitalière au niveau préfectoral donnera lieu à une hausse relativement modeste des dépenses courantes. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour accroître les dépenses non salariales, qui ont été sensiblement réduites du fait de la majoration de la part des salaires dans les dépenses courantes de l'État pour la santé. La mesure dans laquelle ces ressources seront apportées par le Gouvernement dépend au premier chef du degré de partage des coûts qui sera instauré.

Enfin, eu égard aux contraintes budgétaires et en dépit du fait que les ressources nécessaires au développement des dépenses courantes sont relativement modestes, il sera très difficile pour le Gouvernement guinéen d'en assurer la prise en charge, même partielle, à court terme. Aussi le partage des coûts et une meilleure utilisation des ressources dans le secteur public de santé guinéen revêtent-ils une importance capitale, en particulier dans le court terme. Compte tenu de la sensibilité du budget public de santé à toute décision concernant les salaires et l'emploi des personnels de santé, une gestion financière saine du secteur sanitaire repose sur la politique adoptée en matière de main-d'œuvre. Une augmentation progressive des dépenses publiques de santé en termes réels semble possible à moyen terme, compte tenu de l'accroissement des recettes de l'État. Cette étude montre qu'il est impératif que les planificateurs du système de santé d'une part, et les décideurs d'autre part, confrontent les besoins aux possibilités économiques. Le fait que le Gouvernement se trouve dans l'incapacité d'assumer le poids financier des réformes qui s'imposent ne signifie pas que ces réformes ne peuvent pas être entreprises, mais que des formes nouvelles et durables de partenariat financier doivent être instituées entre le Gouvernement, les donateurs et les ménages.

Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leurs plus sincères remerciements aux responsables du Ministère de la Santé de Guinée pour leur aide pendant l'élaboration de ce document, et tout particulièrement le Dr O. Bangoura, Secrétaire général du Ministère de la Santé, le professeur M.K. Kondé, Directeur national de la Santé et Mr. M.M. Kourouma, Directeur des Affaires administratives et financières.

Références bibliographiques

Banque Mondiale (1990) *République de Guinée*, Mémorandum économique, Washington DC.

Banque Mondiale (1991) *Social Indicators of Development*, Washington DC.

Camen, U. & Carrin, G. (1992) *Macroeconomic Evolution and the Health Sector-Guinea* (Series in Macroeconomics and Health, No. 2.1), Genève, OMS.

Carrin, G. & Evlo, K. (1992) *Une Méthode pour le calcul des Coûts des Soins de Santé et leur Recouvrement* (Série Macroéconomie et Santé, No. 2), Genève, OMS.

Fonds Monétaire International (1991a) *Guinée*, Annexe statistique, Washington DC.

Fonds Monétaire International (1991b) *International Monetary Fund Survey*, 2 décembre, Washington DC.

Galland, B. & Sall (1991) Enquête sur les comportements et sur les dépenses de soins des ménages des préfectures de Kissidougou et Guéckédou, Guinée forestière. In : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, *Étude socio-économique et budgétaire dans le cadre du projet santé rurale*, Kissidougou/Guéckédou, Guinée, Conakry.

Kaddar, M. (1991) *Politique des prix et des génériques. Rapport d'une mission OMS, 9-23 mars 1991*, Genève, OMS, Programme d'action sur les médicaments essentiels et les vaccins.

Ministère de l'Économie et des Finances (1990) *Budget national de développement*, Conakry.

Ministère de l'Économie et des Finances (1991) *Budget national de développement*, Conakry.

Ministère de l'Économie et des Finances (1992) *Budget national de développement* Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1989) *Plan national de développement sanitaire* (propositions de financement), ICO/GUI/90.1, Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1990), *Annuaire statistique 1989*, Conakry, Bureau d'Étude, de la Planification et de la Recherche.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1991a) *Rapport annuel d'activités*, Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1991b) *Annuaire statistique 1990*, Bureau d'Étude, de la Planification et de la Recherche, Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1991c) *Plan d'emploi et de redéploiement des ressources humaines au MSPP*, Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1991d) *Projet « Développement des services de santé II », Termes de référence de la consultation sur l'étude du financement du secteur santé, 20 novembre 1991*, Conakry.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1992) *Plan triennal à l'horizon glissant pour la période 1992-1994*, Bureau d'Étude, de la Planification et de la Recherche, Conakry.

Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991) *Cadrage macro-économique Spécial*, Direction nationale du Plan et du Développement économique, Conakry.

Waty, M.-O. & Brudon-Jakobowicz, P. (1990) *Rapport d'une mission OMS*, février 1990, Programme National PEV/SSP/ME, République de Guinée, Genève, OMS.

Chapitre 8

LES CHANGEMENTS MACRO-ÉCONOMIQUES ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN GUINÉE-BISSAU

K. Evlo

Université du Bénin, Lomé, Togo

Introduction

La Guinée-Bissau, pays de la côte occidentale de l'Afrique, a une superficie de 36 125km^2 et une population évaluée à 998 963 habitants en 1990. Ancienne colonie portugaise, la Guinée-Bissau a accédé à la souveraineté internationale en 1974 après une longue guerre d'indépendance.

Avec un revenu par habitant de 180 US$ en 1989, la Guinée-Bissau est l'un des pays les moins avancés. Le secteur de la santé est également peu développé. La couverture sanitaire de sa population est très faible et les indicateurs des conditions de santé sont parmi les moins favorables d'Afrique.

1. Le contexte économique

1.1. Aperçu sectoriel

Les principales ressources naturelles du pays sont les terres agricoles, relativement fertiles, les potentialités de la pêche maritime et les ressources forestières. Ces trois secteurs — agriculture, sylviculture et pêche — constituent l'essentiel de l'activité économique : ils emploient 90% de la population active et fournissent la moitié du Produit Intérieur Brut (PIB) et la quasi-totalité des produits d'exportation.

Malgré l'existence de ces ressources naturelles — relativement importantes mais largement sous-exploitées — le développement économique du pays se heurte à un certain nombre de contraintes dont les principales sont le manque de capitaux, la carence en cadres nationaux et en main-d'œuvre qualifiée, les conditions climatiques et l'état de délabrement dans lequel la guerre d'indépendance a laissé le pays.

1.1.1. L'agriculture

L'agriculture qui, à elle seule, représente la moitié du PIB est fortement dépendante des aléas climatiques ; la productivité est très faible à cause d'un état rudimentaire des techniques de production. Depuis l'indépendance, le pays a toujours connu des déficits alimentaires à cause l'insuffisance de production des principales denrées alimentaires. Le riz, en particulier, principale culture vivrière

du pays, a vu sa production baisser d'environ un tiers du fait de la guerre d'indépendance. Cet état de fait a sérieusement affecté l'équilibre vivrier du pays qui, depuis 1962, est devenu importateur net de riz. Trois cultures de rente — noix de cajou, noix de palme et arachide — constituent la moitié des recettes à l'exportation.

1.1.2. La sylviculture et la pêche

L'exploitation des forêts ne constitue que 10% des recettes à l'exportation. Les vastes ressources forestières du pays sont non seulement sous-exploitées mais en outre exploitées de manière anarchique. La pêche, secteur dans lequel le pays présente les ressources naturelles les plus importantes, est très peu développée à cause du manque de capitaux. Elle représente environ le vingtième du PIB et rapporte au pays près du quart des recettes à l'exportation.

1.1.3. L'industrie

Le secteur industriel, dominé par des unités de production publiques ou semi-publiques, est à l'état embryonnaire. Il est constitué presque entièrement par un secteur manufacturier, l'industrie extractive étant pratiquement inexistante bien que des explorations soient envisagées pour certaines ressources minières dont le phosphate. Le secteur industriel emploie environ 5 000 personnes et ne représente que 5% du PIB Les principaux freins au développement dans ce secteur sont le manque de main d'œuvre qualifiée et l'insuffisance de devises étrangères nécessaires à l'approvisionnement en biens de production importés.

1.1.4. Le commerce et les transports

Ces secteurs qui représentent 15% du PIB ont pendant longtemps été dominés par des monopoles d'État. Avec les réformes exigées par les programmes d'ajustement structurel, le secteur privé a commencé à jouer un rôle croissant dans le commerce, notamment dans les opérations d'exportation et d'importation. L'ouverture aux opérateurs privés a contribué à la croissance du secteur commercial à la fin des années 80. Le secteur privé joue également un rôle important et croissant dans le domaine des transports urbains.

1.1.5. L'éducation

C'est l'un des secteurs où le pays a accusé le plus grand retard par rapport aux autres pays de la région. Malgré le développement incontestable des infrastructures scolaires au cours des années 80, le système d'éducation reste confronté à de multiples difficultés dont le manque de personnel enseignant qualifié et de matériel didactique.

1.2. La situation macro-économique

1.2.1. Les tendances macro-économiques

Dans l'ensemble, le niveau de l'activité économique a peu évolué depuis 1974, année d'accession à l'indépendance. Le taux de croissance du PIB est relativement faible : 3,5% par an en moyenne entre 1973 et 1989 ; avec un taux d'accroissement démographique de l'ordre de 3,3%, le revenu par habitant a donc stagné au cours de cette période. Le taux d'inflation est relativement élevé : entre 1980 et 1989, le déflateur implicite du PIB s'est accru de 3,695%, ce qui correspond à un taux d'inflation moyen de l'ordre de 50% l'an.

L'économie est très ouverte mais les insuffisances de la production face à une demande diversifiée — et qui croît plus vite que la production — ont conduit à une situation de dépendance permanente et croissante vis-à-vis de l'extérieur en ce qui concerne la satisfaction des besoins de la population. Les exportations couvrent moins du quart des importations et, de ce fait, la balance commerciale est largement déficitaire.

Les finances publiques sont caractérisées par un déséquilibre structurel entre recettes et dépenses du Gouvernement. Le budget national a toujours, au cours des années 1980, enregistré des déficits équivalents à 30% des dépenses. Le financement de ces déficits par des emprunts extérieurs a conduit à l'endettement extérieur du pays. La dette publique extérieure a atteint des proportions inquiétantes vers la fin des années 80 où son encours s'est situé autour de 275% du PIB. Le service de la dette est également très lourd : en moyenne 40% des recettes d'exportation au cours de la deuxième moitié des années 80.

1.2.2. Politique macro-économique

Après l'indépendance en 1974, le Gouvernement s'est retrouvé devant la tâche difficile de reconstruction de l'économie, dévastée par la guerre. Cette tâche a été encore compliquée par les diverses perturbations rencontrées dans l'environnement économique international depuis le début des années 70.

La stratégie de développement économique adoptée par le Gouvernement depuis le milieu des années 70 visait essentiellement la diversification de la production avec un accent particulier sur le secteur de l'industrie manufacturière. Un programme ambitieux d'investissement public financé principalement par l'extérieur a été entrepris afin de développer le secteur manufacturier. Malheureusement, les meilleures potentialités de développement économique du pays ne résident pas dans ce secteur. Étant donné la rareté des ressources financières de l'État, la mise en œuvre d'un tel programme d'investissement n'a eu lieu qu'aux dépens de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, secteurs où le pays présente des avantages naturels certains. A la fin, il s'est avéré que l'accent mis par le Gouvernement sur le secteur manufacturier a été une erreur de politique dans la mesure où ce secteur n'a jamais démarré mais a plutôt constitué une charge pour les finances de l'État.

Outre la priorité accordée au secteur manufacturier, un autre élément important de la politique économique du Gouvernement a été le contrôle des prix. Des politiques de prix inappropriées ont été mises en œuvre, causant des distorsions dans l'allocation sectorielle des ressources au détriment du secteur agricole.

En matière de politique fiscale, le Gouvernement n'arrive pas véritablement à contrôler le déficit budgétaire dont une partie a trop souvent été financée par l'émission monétaire, ce qui a contribué à l'inflation puis à la surévaluation de la monnaie nationale, le peso guinéen. Outre cette surévaluation du peso, l'inefficacité du système de commercialisation des produits de rente a entraîné une baisse de la production agricole et des exportations. Il s'en est suivi un développement du marché parallèle et, par voie de conséquence, une complication des problèmes de balance commerciale.

Pour corriger ces grands déséquilibres macro-économiques, le Gouvernement a entrepris, depuis 1983, un certain nombre de réformes dans le cadre des programmes de stabilisation financière (PSF) et d'ajustement structurel (PAS) soutenus par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale. Les mesures spécifiques comprennent la dévaluation du peso, l'augmentation du prix au producteur des produits agricoles, la libéralisation du commerce, la réforme des entreprises publiques et la réduction des effectifs dans la fonction publique.

En 1987, un programme plus global d'ajustement à moyen terme a été mis en œuvre comprenant des mesures non seulement pour rétablir les grands équilibres macro-économiques, stimuler la croissance et améliorer l'allocation sectorielle des ressources mais aussi pour normaliser les relations avec les créanciers étrangers. Ce programme a permis au Gouvernement de mettre de l'ordre dans les finances publiques et de réduire le déficit budgétaire de 14,7% du PIB en 1985 à 4% du PIB en 1988. Cette nette amélioration de la situation provient du fait que les recettes fiscales et non fiscales du Gouvernement ont triplé tandis que les dépenses étaient maintenues aux niveaux programmés. La réduction du déficit s'est accompagnée d'une politique monétaire et de crédit plus restrictive. Cependant, le taux d'inflation est resté très élevé du fait de la libéralisation des prix et de la dévaluation atteignant 100% en 1987-88 et 70% en 1989. La situation de la balance des paiements n'a guère connu d'amélioration après la mise en œuvre du programme. De même, malgré la remise de dettes dont le pays a bénéficié au Club de Paris en 1987 et 1989 et le rééchelonnement du paiement d'une partie du service de la dette, ce dernier représente encore 40% des recettes à l'exportation.

Les programmes d'ajustement structurel constituent la base sur laquelle sont définies les orientations générales de politique économique du pays. Le Gouvernement compte les poursuivre pour redynamiser l'activité et atteindre un taux de croissance de 5% l'an au cours des cinq années à venir.

2. Le secteur de la santé

2.1. L'organisation des services de santé

Le secteur moderne de la santé est presque entièrement public. Il n'y a pas de formation sanitaire privée mais il existe quelques cliniques privées dans le secteur traditionnel[1] et également des pharmacies privées qui se sont installées à Bissau depuis les trois dernières années. Les services de santé sont organisés à trois niveaux :

- le niveau local avec des centres de santé et des unités de soins de base (USB)[2] ;
- le niveau du secteur (district) avec des hôpitaux de secteur ;
- le niveau régional avec des hôpitaux régionaux , et
- le niveau central avec deux hôpitaux nationaux de référence à Bissau, la capitale.

Les soins sont pratiquement gratuits dans toutes les formations sanitaires, sauf dans les centres de santé participant au programme de l'« Initiative de Bamako » où sont pratiqués des tarifs substantiels pour les différents services de soin. Dans les autres centres de santé comme dans les hôpitaux les patients paient pour avoir accès aux soins mais ces tarifs sont très bas et sans conséquence économique. D'une manière générale, après avoir payé les tarifs, les patients ont droit à l'ensemble des soins dans les centres de santé mais, dans les hôpitaux ils n'ont accès qu'à la consultation où ils reçoivent souvent des ordonnances pour des médicaments à acheter en pharmacie. Même dans les centres de santé lorsque les médicaments ne sont pas disponibles, ils sont prescrits aux patients qui doivent se les procurer en pharmacie.

1. Nous disposons de peu d'informations sur l'organisation et le fonctionnement de ce secteur qui serait relativement actif dans les régions les plus pauvres comme Biombo.
2. Le niveau local est constitué par des aires de santé. Une aire de santé comprend un centre de santé et plusieurs USB.

La Guinée-Bissau a adopté une politique de médicaments essentiels soutenue par l'OMS (à travers le Programme d'Action en Médicaments essentiels DAP), l'UNICEF, la France et la Suède. Le programme est géré par le Dépôt Central de Médicaments (DCM) qui les fournit à toutes les formations sanitaires qui en font la demande.

2.2. Les obstacles au développement du système de santé

Les services de santé rencontrent des obstacles de plusieurs ordres :

(i) Infrastructures sanitaires inadéquates : dans ce domaine, la couverture de la population est inadaptée. Le problème se pose d'ailleurs plus en termes de qualité que de quantité. En effet, la plupart des infrastructures sanitaires existantes, depuis les centres de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux de référence, sont en très mauvais état et nécessitent une sérieuse réhabilitation des bâtiments et de l'équipement.

(ii) Insuffisance de personnel qualifié : le personnel qualifié, tant médical que paramédical, n'est pas assez nombreux à tous les niveaux du secteur de la santé. Malgré la présence relativement importante d'assistants techniques étrangers, le déficit en personnel de santé reste l'une plus sérieuses contraintes que rencontre le système de santé.

(iii) Planification et gestion inadéquates du système : du fait du manque de personnel qualifié, de système d'information sanitaire et d'équipement, le Ministère de la Santé n'arrive pas à organiser correctement les services de santé. Il n'existe aucun système permanent d'évaluation des besoins ni de définition des priorités. Souvent, l'exécution des programmes dépend de la disponibilité de ressources financières et non pas de la position de ces programmes par rapport à une échelle bien établie de priorités. L'ensemble du système est mal géré et la coordination des activités des différents intervenants dans ce secteur laisse largement à désirer.

(iv) Contraintes financières : les contraintes financières sont probablement parmi les plus sérieuses en raison de la situation économique peu favorable du pays. Il est difficile non seulement de trouver des ressources en monnaie nationale, mais également, du fait des problèmes de balance des paiements, de convertir une partie de ces ressources en devises étrangères pour importer les médicaments et d'autres biens. Malgré l'assistance de bailleurs de fonds et des Organisations non gouvernementales, les ressources financières affectées au secteur de la santé restent insuffisantes.

2.3. Le financement des services de santé

En 1989, les dépenses totales de santé (y compris celles financées par l'assistance étrangère) s'élevaient à 13,1 millions de dollars US, soit 13,1 dollars US per capita. Bien qu'elles aient connu une évolution en dents de scie au cours des années 80, les dépenses de santé se sont néanmoins accrues de 63,75% en dollars courants, 33,3% en termes réels et 13% per capita entre 1980 et 1989.

Les services de santé sont financés presque entièrement par des fonds provenant de sources publiques, c'est-à-dire du budget du Gouvernement ou de l'assistance étrangère (bailleurs de fonds et Organisations non gouvernementales). La contribution des ménages est estimée à moins de 3% des dépenses totales.

Tableau 1. Dépenses de santé en Guinée-Bissau, 1980-89 (en millions de US$ courants et équivalents en pesos guinéens [GP], également en millions)

Année	Taux de change (GP/US$)	Dépenses de fonctionnement		Dépenses d'investissement		Total	
		US$	GP	US$	GP	US$	GP
1980	33,80	4,5	152	3,5	118	8,0	270
1981	36,00	4,7	169	3,3	119	8,0	288
1982		4,7		4,8		9,5	
1983	42,10	4,4	184	9,6	219	9,6	403
1984	105,29	3,4	358	6,0	632	9,4	990
1985	159,62	3,1	495	2,7	431	5,8	926
1986	203,95	6,2	1 264	5,5	1 112	11,7	2 386
1987	559,33	5,2	1 909	7,7	4 307	12,9	7 216
1988	1 111,06	3,5	3 889	5,5	6 111	9,0	10 000
1989	1 811,42	3,6	6 251	9,5	17 209	13,1	23 730

Sources : Ministère de la Santé publique ; Ministère de l'Économie et des Finances ; Ministère du Plan ; FMI ; Estimations.

Le Gouvernement consacre environ 8% de son budget à la santé. Il finance les dépenses de santé à travers le budget du Ministère de la Santé publique (MINSAP) pour les dépenses récurrentes et du Ministère du Plan pour les dépenses d'investissement. La contribution du Gouvernement — dont une partie est recouvrée à travers les systèmes de partage des coûts — représente environ 15% du total des dépenses de santé.

Tableau 2. Dépenses de fonctionnement du MINSAP par catégorie, Guinée-Bissau, 1988-90 (en % du total)

Catégorie	1988	1989	1990
Salaires	58	60	69
Déplacements	11	13	14
Nourriture	13	11	8
Médicaments	5	5	3
Carburants et lubrifiants	1	5	5
Entretien	6	1	1
Autres		5	—

Sources : Ministère de la Santé publique ; Ministère de l'Économie et des Finances ; Estimations.

L'assistance étrangère intervient principalement dans le financement des projets qui recouvrent aussi bien des dépenses récurrentes que des dépenses d'investissement. Selon les données du Ministère du Plan, en 1989, 76% de l'assistance étrangère étaient consacrés à des dépenses récurrentes (personnel -33% ; biens consommables -36,6% ; autres biens et services -6,8%).

Environ 60% de l'assistance étrangère sont constitués de dons. Le reste est constitué de prêts généralement consentis à des conditions préférentielles. L'assistance étrangère vient des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et d'Organisations non gouvernementales étrangères.

Tableau 3. L'aide étrangère au secteur de la santé, Guinée-Bissau, 1986-90 (en milliers de US$ courants et en % du total)

Source	1986	1987	1988	1989	1990
Multilatérale	2 750,8 (34,7%)	2 620,4 (24,3%)	3 894,9 (55,9%)	7 048,4 (62,0%)	6 844,2 (58,7%)
Bilatérale	2 756,2 (34,7%)	5 100,5 (47,2%)	1 014,2 (14,6%)	2 290,3 (20,21%)	2 239,9 (19,2%)
ONG[a]	2 429,0 (30,6%)	3 080,7 (28,5%)	2 060,0 (29,5%)	2 038,6 (17,9%)	2 582,0 (22,1%)
Total	7 936,0	10 801,6	6 969,1	11 377,3	11 666,1

Sources : MINSAP ; Ministère du Plan ; Estimations ; a : Organisations non gouvernementales.

Les principaux bailleurs de fonds multilatéraux sont l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et la BAD. L'assistance des deux derniers bailleurs de fonds se présente sous forme de crédits destinés au financement de projets d'investissement. Celle de l'OMS comprend essentiellement l'appui au programme de pays et le programme de coopération intensifiée. L'UNICEF, quant à lui, intervient principalement dans deux domaines, le programme universel d'immunisation et le programme de médicaments essentiels, auxquels s'ajoute un programme moins important d'équipement et de moyens de transport.

Les principaux bailleurs de fonds bilatéraux sont la Suède, l'Italie, les Pays-Bas, le Danemark et la France (Tableau 2). La Suède reste généralement le plus important bailleurs de fonds bilatéral. L'essentiel de son action va à deux programmes, le programme de médicaments essentiels et le projet du laboratoire national de santé publique. Les Pays-Bas dont l'assistance a considérablement baissé depuis 1986, vont accroître leur contribution d'environ 1 million de dollars US pour la période 1992-95 afin d'appuyer le programme national de médicaments essentiels. Le Danemark construit des centres de santé dans les régions de Oio, Biombo et à Bissau. La France intervient à deux niveaux : au niveau national, où elle offre un appui au programme de médicaments essentiels et au programme du laboratoire national à l'hôpital Simaõ Mendes, et au niveau régional, à Oio où elle aide plusieurs programmes. Elle a notamment réhabilité et équipé l'hôpital régional de Farim auquel elle fournit des médicaments et une assistance technique sous forme d'un médecin. Elle contribue à la mise en place de mécanismes devant faciliter la mise en œuvre du programme de l'« Initiative de Bamako » dans la région, donne un appui au programme de lutte contre le paludisme et fournit une assistance technique à la Direction régionale de la santé de la région.

Il y a au moins une vingtaine d'Organisations non gouvernementales qui interviennent dans le secteur de la santé en Guinée-Bissau. Les plus importantes sont pour la plupart italiennes. Les Organisations non gouvernementales jouent un rôle crucial dans le fonctionnement du système de santé du pays. Contrairement à la plupart des bailleurs de fonds, leur présence sur le terrain est effective et permanente et leur renfort est particulièrement apprécié du personnel technique du MINSAP. Malheureusement, leurs activités ne sont pas toujours parfaitement coordonnées par le MINSAP, ce qui réduit sans aucun doute leur efficacité.

Tableau 4. Dépenses de santé par source de financement, Guinée-Bissau, 1986-90 (en milliers de US$ courants et en % du total)

Source	1986	1987	1988	1989	1990[a]
Gouvernement[b]	3 736,8	2 007,9	1 279,2	1 502,4	1 537,8
Fonctionnement	11,5	13,0	680,0	187,0	200,0
Investissement					
	3 748,3	2 020,9	1 959,2	1 689,4	1 737,8
Total	(31,9%)	(15,6%)	(20,4%)	(12,8%)	(12,9%)
Aide extérieure					
Multilatérale	2 750,1	2 620,4	3 894,9	7 048,4	6 844,2
Bilatérale	2 756,2	5 100,5	1 014,2	2 290,3	2 239,9
ONG[c]	2 429,0	3 080,7	2 060,0	2 038,6	2 582,0
Total	7 936,0	10 801,6	6 989,1	11 377,3	11 66,1
	(67,6%)	(83,7%)	(72,6%)	(86,4%)	(86,6%)
Sécurité sociale	60,8	89,3	104,6	101,9	74,5
	(0,5%)	(0,7%)	(1,0%)	(0,8%)	(0,5%)
Total	11 745,0	12 912,0	9596,5	13 168,6	13 478,4
	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)

Sources : Ministère de la Santé ; Ministère de l'Économie et des Finances ; Estimations a : Estimations ; b : Y compris la contribution des ménages au travers des programmes de partage des coûts ; c : Organisations non gouvernementales.

3. Les changements macro-économiques et le secteur de la santé

En Guinée-Bissau, où le secteur de la santé est presque entièrement public, la détermination des liens entre la situation macro-économique et le développement du secteur de la santé est relativement simple. Elle peut se faire en deux étapes : il s'agit d'évaluer (i) les relations entre le secteur de la santé et l'ensemble du secteur public, et (ii) entre le secteur public et le reste de l'économie. Ce qui nous intéresse le plus ici, ce sont les incidences des récents événements macro-économiques (comme les problèmes macro-économiques et les mesures prises pour les résoudre) sur le financement et les prestations dans les services de santé.

3.1. Les programmes de redressement économique des années 80 et le rôle du Gouvernement dans le financement des services de santé

Pendant longtemps, l'offre des services de santé était perçue par le public et par le Gouvernement comme relevant principalement de la responsabilité de ce dernier. Mais cette perception a commencé à changer en grande partie à cause de la crise économique qui a mis en évidence les limites financières du Gouvernement. Les difficultés financières ont donc permis de remettre en question le système de financement des services de santé et d'amener le Gouvernement à reconnaître la nécessité d'entreprendre des réformes structurelles.

3.1.1. Évolution de la contribution du Gouvernement au financement des services de santé

La réduction des dépenses de l'État imposée par les PSF et les PAS a eu pour conséquence la baisse des dépenses de santé du Gouvernement qui sont passées de 3 748,3 US$ en 1986 à 1 737 8 US$ en 1990, ou encore en pesos constants de 1986, de 765 à 555 millions, soit une baisse de 27,4%. Ce recul est dû non seulement au fait que le budget général du Gouvernement a diminué, mais aussi la part de la santé dans l'ensemble des dépenses récurrentes de l'État a baissé de 11% en 1986 à 7,7% en 1990.

La baisse continue de la contribution du Gouvernement a eu des effets néfastes sur les catégories de dépenses traditionnellement financées par l'État. La rémunération des personnels, les petites dépenses d'entretien et certaines autres dépenses de fonctionnement ont été sévèrement affectées. Il s'en est suivi une baisse sensible de la productivité du personnel, moins motivé, et une dégradation constante de l'état des infrastructures sanitaires, des équipements et des véhicules. De son côté, l'assistance étrangère, qui finance principalement les dépenses d'investissement continuant de croître, il se produit un déséquilibre croissant entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement, ce qui pose des problèmes vitaux pour la survie et la pérennité des acquis des programmes d'investissement.

En raison de la situation macro-économique et du poids des programmes d'ajustement structurel dans les orientations de politique économique, la baisse des dépenses du Gouvernement doit être considérée comme une contrainte qui doit être respectée et prise pour telle dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé. Pour atténuer les effets de cette contrainte il faut trouver d'autres moyens d'accroître ou compléter les dépenses de santé du Gouvernement. Deux possibilités peuvent être envisagées : (i) effectuer une réaffectation partielle de ressources publiques des secteurs non économiques ou non sociaux (tels que la défense) vers le secteur de la santé ; (ii) mettre en place un système de partage des coûts.

Étant donné que les dépenses militaires et de sécurité représentent environ le tiers des dépenses du Gouvernement, la réaffectation d'une partie de ces dépenses vers le secteur de la santé apparaît naturellement comme une idée intéressante bien que politiquement extrêmement sensible. Quant au partage des coûts, son principe est socialement bien accepté et se pratique dans tout le pays.

3.1.2. Le partage des coûts

Actuellement, deux systèmes de partage des coûts sont pratiqués : celui de l'« Initiative de Bamako » dans les centres de santé et celui des *abota* dans les USB.

L'« Initiative de Bamako » dans la région de Gabu : le Gouvernement a mis en œuvre, à titre expérimental, le programme des médicaments essentiels de l'« Initiative de Bamako » dans la région de Gabu en 1989, avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et du Gruppo di Volontariato Civile, une Organisation non gouvernementale italienne. L'objectif à long terme de ce programme est d'aider les centres de santé qui y participent à recouvrer une partie de leurs coûts récurrents, notamment les dépenses de fonctionnement hors salaires. Le recouvrement des coûts est basé sur un système de tarification par traitement. Le tarif est fixé en fonction du coût des médicaments utilisés dans le traitement de maladies, ce traitement étant codifié sur un ordinogramme national.

A ce stade expérimental, le programme ne permet de recouvrer que la moitié du coût des médicaments, donc une proportion encore plus faible de l'ensemble des

coûts récurrents des soins de santé. Bien qu'un tel taux de couverture paraisse encore trop faible pour permettre la pérennité du système, le programme a permis de mettre en place un meilleur système de soins que celui qui existait avant. Ce système peut être amélioré aussi bien sur le plan financier que sur le plan des prestations pour contribuer à la résolution d'une partie des problèmes de santé.

Le système des *abota* et le partage des coûts : les *abota* sont des systèmes de tontine ou de cotisation qu'un groupe d'individus ou une communauté met en place pour rassembler des fonds pouvant être utilisés à des fins diverses (santé, mariage et d'autres activités économiques ou sociales). Les modalités de contribution des membres varient d'une communauté à l'autre et en fonction de la destination des fonds rassemblés. Selon les cas, il peut s'agir de cotisations individuelles ou de participations à des activités économiques collectives génératrices de revenu monétaire. C'est à travers les *abota* que les communautés participent au financement de l'approvisionnement des USB en médicaments.

Le système *abota* permet de recouvrer de 7 à 10% du coût des médicaments utilisés dans les USB, le reste de cette catégorie de coûts étant pris en charge par le programme de médicaments essentiels. Comme dans le cas du système « Initiative de Bamako », l'objectif du Gouvernement n'est pas de recouvrer la totalité des coûts récurrents (même pas du coût des médicaments) mais de faire participer la communauté au financement et à la gestion des systèmes de soins de base.

En apportant des ressources financières supplémentaires au secteur de santé, les systèmes de partage des coûts pourraient permettre aux instances sanitaires concernées d'augmenter la quantité et la qualité des soins. Ils constitueraient donc une solution au problème posé par la baisse des dépenses récurrentes de santé du Gouvernement s'ils remplissaient un certain nombre de conditions notamment si les tarifs à adopter respectent les critères d'équité, d'efficacité économique et de faisabilité administrative et tiennent bien compte des conditions socio-économiques du pays.

Les systèmes de partage des coûts en application dans le pays n'ont pas perdu de vue ces critères. Pour le système de l'« Initiative de Bamako », la Guinée-Bissau profite de l'expérience de pays voisins, telle la Guinée où ce système fonctionne depuis quatre ans. Dans l'ensemble, la tarification par traitement préconisée dans le système « Initiative de Bamako », répond bien aux critères d'efficacité économique, d'efficacité administrative et d'équité. En outre, le tarif qui représente seulement 50% du coût des médicaments est à la portée de la majorité de la population. Néanmoins, il est cependant encore trop tôt pour déterminer l'effet du programme de partage des coûts sur l'utilisation des services de santé en Guinée-Bissau. Mais, dans la mesure où il apporte des recettes au système de santé, le programme de l'« Initiative de Bamako » pourrait permettre d'augmenter la quantité et la qualité des soins. Quant au système *abota*, il ressemble à un système d'assurance sociale qui répond également favorablement aux critères d'équité et d'efficacité administrative.

3.2. Effets à long terme des récents changements macro-économiques sur le secteur de la santé

Les changements macro-économiques qui sont intervenus dans le pays ont entraîné des modifications structurelles dans le secteur de la santé. Ces modifications ont affecté, entre autres, (i) la structure des dépenses de santé par sources de financement et par devises, (ii) l'offre des services de santé et (iii) l'utilisation des services de santé et l'état de santé de la population.

3.2.1. Effets sur le financement des services de santé

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, les dépenses du Gouvernement dans le secteur santé sont en baisse sensible depuis le début des années 80. Mais comme l'indique le tableau 2, cette baisse est largement compensée par l'augmentation de l'assistance étrangère et celle de la contribution des ménages au travers des différents systèmes de partage des coûts. C'est pourquoi les dépenses totales de santé ont augmenté de 33% en termes réels entre 1980 et 1989, soit 13% per capita.

Cette nouvelle tendance pose néanmoins un autre problème : celui de la dépendance croissante vis-à-vis de l'assistance étrangère qui finance plus des quatre cinquièmes des dépenses de santé. Dans l'état actuel des choses, il est difficile de savoir si et quand les ressources nationales prendront la relève dans le financement d'une part significative de ces dépenses.

Cette croissance de l'assistance étrangère reflète l'évolution de l'ensemble des aides reçues par le pays au cours de cette même période, la part de la santé n'ayant guère évolué en se maintenant autour de 7% du total. Quant à la contribution des ménages, son évolution illustre la tendance dans laquelle les soins de santé sont de plus en plus perçus comme un besoin, mobilisant une partie du budget des ménages. En fait, la volonté du ménage africain de payer les services de santé n'est pas un phénomène nouveau. Même si depuis l'époque coloniale les soins de santé ont souvent été assurés gratuitement dans les centres de santé publique, le caractère entièrement privé du secteur traditionnel de santé en Guinée-Bissau indique que culturellement, le ménage africain accepte volontiers de payer pour les soins de santé. Il les place en effet sur le même plan que les aliments, le logement, le transport, l'habillement, etc., tout en sachant que l'ordre de priorité de ces besoins varient parfois d'un ménage à l'autre.

Un autre effet des changements macro-économiques dans ce domaine concerne le besoin d'une plus grande disponibilité en devises étrangères. En effet, le secteur santé réclame des devises étrangères pour l'importation des médicaments, des fournitures, des matériels et des équipements. Bien que la majeure partie de l'assistance soit octroyée en devises, le problème n'est pas entièrement résolu dans la mesure où la plupart des projets d'investissement comprennent des coûts récurrents tant en devises qu'en monnaie domestique, que le pays doit supporter pour assurer la pérennité des projets. Lorsqu'un pays tel que la Guinée-Bissau souffre de problèmes chroniques en matière de balance des paiements, les devises étrangères deviennent rares et leur allocation sectorielle peut ne pas favoriser le secteur de la santé.

Dans ces conditions, puisque l'un des objectifs à long terme des PAS est d'établir un équilibre de la balance des paiements, les changements économiques structurels en cours pourraient être favorables au secteur de la santé s'ils pouvaient permettre de mettre à la disposition de ce secteur les devises étrangères nécessaires à son fonctionnement normal.

3.2.2. Effets sur l'offre des services de santé

Les changements macro-économiques ayant entraîné un accroissement substantiel des ressources de santé, il y a de fortes chances pour que cela se traduise également par une augmentation de la quantité et de la qualité des services. Par ailleurs, la rareté des ressources provoquée par la crise a incité les agents économiques à rechercher un rendement maximum dans l'utilisation des ressources disponibles. Le rôle croissant joué par les prix dans la détermination de l'équilibre entre l'offre et la demande des services — en particulier les soins curatifs — peut contribuer à cette efficacité. Il en est de même des efforts entrepris pour éliminer ou réduire le gaspillage dans les centres sanitaires. De tels efforts

permettraient de libérer des ressources supplémentaires pouvant être affectées plus utilement, au bénéfice de la quantité et de la qualité des services.

3.2.3. Effets sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions de santé

Pour l'instant, nous disposons de peu d'informations en ce qui concerne l'effet du programme de partage des coûts de l'« Initiative de Bamako » sur l'utilisation des services. Même si le recours aux tarifs entraîne des problèmes d'équité et une baisse de la demande des soins dans certaines couches de la population, les programmes de recouvrement des coûts permettront une certaine redistribution du revenu des riches vers les pauvres, si les systèmes de tarification prévoient des exemptions en faveur des pauvres. En Guinée-Bissau, les systèmes de tarification — « *abota* », « Initiative de Bamako » et celui que le Gouvernement veut mettre en place dans les hôpitaux — renferment de telles mesures. La prise en compte de la capacité de chacun à payer les tarifs en vigueur est une manière d'appliquer le principe de l'équité et de rendre les services de santé plus accessibles à l'ensemble de la population.

Les changements macro-économiques peuvent avoir des effets directs sur l'utilisation des services de santé et se traduire par des modifications des conditions de santé, toutes choses égales par ailleurs. Mais ces changements n'ont pas que des effets directs sur les conditions de santé. Des effets indirects provenant de la combinaison des effets directs sur le reste de l'économie et des relations entre la santé et les autres secteurs — agriculture, éducation, nutrition, etc. — peuvent se manifester. Dans la mesure où les politiques macro-économiques menées dans le cadre des PAS visent, à long terme, le développement continu et harmonieux de tous ces secteurs, des changements pourront avoir lieu dans ces secteurs et avoir des effets indirects sur les conditions de santé.

4. Conclusion

La Guinée-Bissau, pays pauvre et dévasté par la guerre, est confrontée depuis son indépendance à de nombreux problèmes macro-économiques qui touchent tous les secteurs de son économie, y compris celui de la santé. La nécessité de trouver des solutions durables à l'ensemble de ces problèmes et rétablir les grands équilibres macro-économiques a conduit le Gouvernement à mettre en œuvre des programmes de stabilisation financière (PSF) et d'ajustement structurel (PAS). Ces programmes ont eu diverses conséquences dans le secteur de la santé. En particulier, les mesures d'austérité financière prônées par les PAS ont entraîné une baisse importante des dépenses de santé du Gouvernement au cours des années 80 et imposé à ce dernier la nécessité de trouver d'autres sources de financement. Des efforts sont entrepris pour mettre en place des systèmes de partage des coûts dont deux sont déjà expérimentés dans le pays : il s'agit des systèmes « *abota* » dans les unités de santé de base et « Initiative de Bamako » dans les centres de santé de la région de Gabu. Même si des questions restent posées concernant leurs effets sur l'utilisation des services, ces systèmes de partage des coûts offrent des éléments de solution au financement du secteur de la santé.

Chapitre 9

LE DÉVELOPPEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU MALAWI

E.E. Ngalande Banda

Département d'Économie, Université du Malawi, Zomba, Malawi

Introduction : Analyse des développements macro-économiques

La population actuelle du Malawi, pays du sud-est africain, dépasse 8,2 millions d'habitants qui vivent dans une zone d'environ 118 000 km^2. De 1980 à 1988, le Malawi a enregistré une des plus fortes croissances démographiques du monde — même en regard des taux africains — estimée à environ 3,8% par année, y compris les réfugiés (Banque Mondiale, 1990a). Depuis son accession à l'indépendance en 1964, la population du pays a plus que doublé et environ la moitié a moins de 15 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans (PNUD, 1990), tandis que la mortalité infantile est l'une des plus fortes du monde : 149 pour 1000 naissances vivantes (PNUD, 1990 ; Banque Mondiale, 1990b). Parmi les enfants qui survivent au-delà de leur première année, la malnutrition est quasi chronique — 24% des enfants au-dessous de cinq ans ont un poids inférieur à la normale (PNUD, 1990) — en dépit du fait que le Malawi est un pays d'agriculture dans lequel l'autosuffisance alimentaire est notoire.

Le contexte dans lequel succès et échecs seront le mieux compris peut être divisé en deux grandes périodes. La période de plus forte croissance se situe immédiatement après l'indépendance et jusqu'en 1978-79. De 1979 à environ 1987, le Malawi traversa une période difficile, caractérisée par une succession de programmes d'ajustement structurel. Le rétablissement a pu être enregistré sur la période 1987-91 mais, jusqu'à ce jour, l'économie n'a pas encore retrouvé ses niveaux d'avant 1979.

Dans les sections 1 et 3 de cet article, nous retraçons quelques-unes des étapes marquantes de la période de croissance, de la période d'ajustement structurel et, autant qu'il est possible, la période de reprise du point de vue purement économique. La quatrième partie est entièrement consacrée au secteur de la santé. La cinquième partie expose les implications des développements macro-économiques dans le secteur de la santé.

1. Développement économique suivant l'Indépendance

1.1. Production

Le Malawi est un pays d'économie agricole du fait même qu'il ne dispose d'aucune ressource minérale exploitable. En plus de terres arables extrêmement riches, le Malawi ne manque pas de main-d'œuvre. Ces deux ressources ont modelé les politiques macro-économiques successives de ce pays. De manière à établir une économie indépendante, une politique pragmatique de développement agricole a été instituée à l'époque de l'indépendance avec une attention toute particulière pour les petits propriétaires.

Les résultats de cette politique agricole durant les 15 premières années après l'indépendance ont été très encourageants, puisque le produit intérieur brut a augmenté d'environ 6% l'an (Economist Intelligence Unit, 1991). Cette augmentation a également donné une croissance du produit national brut, dans la mesure où le revenu net des facteurs n'a guère changé en termes réels, durant cette période. La majeure partie de la croissance a été l'œuvre du secteur agricole, du fait que les autres secteurs de l'économie étaient réduits. Les exportations ont aussi augmenté au rythme régulier de 4,1% l'an (Banque Mondiale, 1990a).

Le succès de l'agriculture se refléta dans d'autres secteurs tels que l'industrie manufacturière, qui augmenta d'environ 8,2% entre 1964 et 1978. En conséquence, l'emploi augmenta à un rythme encore plus soutenu, autour de 10%. L'augmentation de la production industrielle fut due à l'apparition d'industries de substitution aux importations, à l'expansion du marché intérieur et à des industries légères orientées vers l'exportation. C'est durant cette période que le Malawi fut décrit comme « une véritable réussite économique » (Acharya, 1981).

Cette perception de l'économie du Malawi fut toutefois de courte durée, en grande partie à cause des événements qui débutèrent en 1979. Les hausses du prix du pétrole et la guerre au Mozambique déstabilisèrent l'économie. Dans le même temps, l'échec du renversement de l'état de stagnation dans lequel se trouvaient les petits propriétaires agricoles a rendu l'économie extrêmement vulnérable aux chocs extérieurs, car elle ne pouvait plus s'appuyer sur ce secteur (Kydd & Christiansen, 1982). En conséquence, la production chuta et, pour la première fois depuis l'indépendance, le produit intérieur brut a enregistré des taux de croissance négatifs tombant de 3,3% en 1979 à -0,4% en 1980 et jusqu'à -5,2% en 1981 (Tableau 1).

La période de 1979 à 1982 vit le plus fort déclin, le PIB chutant de 5,6% et les termes de l'échange du Malawi de 40%, la guerre du Mozambique obligeant le Malawi a trouver des solutions de rechange beaucoup plus coûteuses pour ses voies de transport terrestre et maritime. Ces effets négatifs mirent à jour certaines erreurs politiques commises durant les années de croissance : les exportations n'avaient pas été suffisamment diversifiées par rapport aux produits traditionnels comme le tabac, le thé et le sucre ; en outre, les voies de communication de rechange n'avaient elles-mêmes pas été développées. La nature de la croissance agricole n'avait pas été correctement analysée, en particulier pour déterminer quel secteur était en stagnation (cf. Kydd & Christiansen, 1982).

Tableau 1. Taux de croissance du produit intérieur brut et ses différents composants, Malawi, 1981-89

Secteur	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PIB	-5,2	2,7	3,6	4,4	4,3	2,6	1,4	3,6	4,6
Agriculture	-8,5	6,4	4,4	5,4	1,1	0,1	3,4	3,6	5,3
Petite exploitation	-8,9	2,5	3,7	7,2	1,2	0,4	2,4	2,6	2,9
Grande exploitation	4,9	22,4	7,1	0,8	0,6	-1,1	7,2	7,1	13,3
Indus. manufacturière	3,6	-0,3	7,1	2,4	0,5	5,3	0,9	3,8	5,0
Électricité et eau	0,7	2,1	8,2	1,9	1,9	6,1	8,1	3,2	4,7
Construction	-17,5	0,6	-8,6	-10,3	32,8	4,6	-0,3	9,0	4,4
Distribution	-11,0	-2,1	2,5	5,6	9,4	3,4	-2,2	-0,7	2,2
Transports et communication	-7,3	-2,5	-2,5	2,2	4,9	3,7	-5,2	5,5	7,3
Services financiers et tertiaires	-7,9	2,9	2,9	1,6	7,2	2,4	0,0	3,9	5,7
Immobilier	-1,5	2,8	3,0	2,4	4,6	3,0	1,9	2,9	4,4
Services per capita	6,3	5,5	4,9	10,3	3,2	8,5	2,4	5,3	3,3
Services privés et sociaux	5,2	1,3	6,8	3,6	3,8	2,0	1,9	3,6	3,8

Source : Gouvernement du Malawi (1990) et Kandoole (1989).

Les autres éléments de ce déclin étaient constitués par une hausse brutale des prix des biens d'équipement et des biens intermédiaires importés et l'inflation chez les partenaires commerciaux du Malawi. Ces facteurs négatifs affectèrent également le budget qui subit une forte détérioration en termes absolus : le déficit budgétaire s'éleva de 84,2 millions de kwachas — la monnaie locale — en 1979-80 à 145 millions en 1985-86. Le déficit qui représentait 9,7% du PIB en 1979-80, augmenta jusqu'à 11,6% en 1980-81 et 11,7% en 1981-82. En retour, la situation du budget se dégradant, elle affecta de manière négative la balance des paiements (Gouvernement du Malawi, 1987a ; Tableau 2).

Tableau 2. Principaux indicateurs économiques, Malawi, 1977-88 (pourcentages)

Année	Taux de croissance du PIB	Balance commerciale/ PIB	Déficit comptes courants/ PIB	Déficit commercial global / PIB	Déficit budgétaire / PIB	PIB per capita	Termes de l'échange	
							Produit	Revenu
1977	4,3	2,1	7,1	-4,8	7,6	124,4	ND	ND
1978	8,3	-6,6	17,8	2,5	8,5	130,7	ND	ND
1979	3,3	-8,6	24,7	8,6	12,4	131,0	ND	ND
1980	-0,4	-2,9	22,2	0,7	11,5	126,4	100,00	100,0
1981	-5,2	2,5	11,4	3,3	15,9	116,3	121,61	96,49
1982	2,7	3,9	11,2	5,6	15,6	116,5	123,40	101,68
1983	3,6	2,8	12,4	9,0	11,3	116,2	113,24	123,68
1984	4,4	12,8	1,3	3,4	10,3	117,8	118,10	93,71
1985	4,3	7,2	9,6	6,3	8,8	119,1	110,84	93,71
1986	2,6	9,6	6,2	0,3	8,8	118,2	87,78	86,84
1987	-0,2	7,4	5,1	-1,2	10,3	114,8	93,23	93,06
1988	1,2	537	5,5	ND	8,3	113,3	88,04	86,03

Source : Scarborough (1990), p. 34.
PIB : produit intérieur brut ; ND : non disponible.

Ce fut dans le but de lutter contre cette situation défavorable que le Malawi se lança dans un programme d'ajustement structurel. La stratégie que ce Gouvernement adopta pour remédier à la crise de 1979 s'avéra cependant mal adaptée car elle ne réussit pas à mettre en place les réformes nécessaires dans les secteurs tels que la commercialisation des produits agricoles et les stratégies d'investissement de certaines industries. Les prêts d'ajustement structurel de la Banque Mondiale furent sollicités pour résoudre ces problèmes. Le premier des trois prêts introduits en 1981 fut destiné à résoudre un certain nombre de problèmes, en particulier ceux liés aux structures incitatives, l'agriculture, la balance des paiements et la gestion des ressources. Le premier prêt fut également employé pour améliorer la gestion et les pratiques financières des institutions dominantes des secteurs publics et privés.

Une des entreprises publiques qui a joué un rôle de premier plan dans le secteur agricole est l'Agricultural Development and Marketing Corporation[1] (ADMARC). Sa mission fut de fournir un marché à toutes les récoltes des petits fermiers en leur achetant à des prix fixés et préétablis avec l'accord du Gouvernement. L'ADMARC fut également chargée de distribuer des crédits à ces fermiers. Toutefois, en remplissant son mandat, l'ADMARC fit baisser les prix à la production et transféra le surplus vers le développement de la propriété foncière. Les études commandées au début des années 80 révélèrent qu'une partie de la stagnation observée dans la production des petits fermiers pouvait s'expliquer par les bas prix d'achat pratiqués par l'ADMARC (cf. Kydd & Christiansen, 1982 ; Tableau 3-5).

Tableau 3. Évolution des prix du maïs pratiqués par l'ADMARC, Malawi, 1968-84

Année	Prix nominal (kwacha/tonne)	Prix de détail (1970 = 100)	Prix réel (kwacha/tonne)	Indice du prix réel (1970 = 100)
1968	24,38	90,5	26,94	91,2
1969	24,34	91,3	26,66	90,2
1970	29,55	100,0	29,56	100,0
1971	29,39	108,2	27,19	92,0
1972	25,58	112,1	22,8	77,1
1973	28,85	117,8	24,4	81,8
1974	36,11	135,7	26,57	89,9
1975	35,02	157,0	22,31	75,5
1976	45,00	163,8	27,47	92,9
1977	44,45	170,7	26,05	88,1
1978	42,64	185,2	23,02	77,9
1979	42,82	206,1	20,77	10,3
1980	60,06	143,9	24,87	83,3
1981	60,10	267,2	22,49	76,1
1982	100,59	292,8	34,35	116,2[a]
1983	100,46	349,0	28,78	97,4
1984	100,91	413,0	26,37	89,2

Source : National Statistical Office, Malawi Statistical Yearbook, 1978 et 1985. Cité par Ngalande Banda (1989a) ; a : Le prix du maïs a augmenté de 67% en 1982.

1. Agence de commercialisation et de développement agricole.

Bien que toutes les récoltes ne profitèrent pas à l'ADMARC, les profits réalisés sur la production de tabac des petits exploitants furent suffisants pour compenser les pertes consécutives à la commercialisation des récoltes de produits alimentaires, comme on peut le voir dans le tableau 5. De 1974 à 1984, l'ADMARC ne subit des pertes sur les achats de récoltes qu'une seule année, bien qu'au début de la crise de 1979 les profits sur ces produits aient été négligeables.

1.2. Revenus

En 1988, le produit national brut per capita du Malawi était de 170 US$ (Banque Mondiale, 1990a) et est depuis resté grosso modo à ce niveau. La plupart des revenus au Malawi sont engendrés par la vente de produits agricoles. Dans le sous-secteur des petits propriétaires fermiers, les revenus ont été fortement et négativement influencés par les activités de l'ADMARC. Les mouvements des prix producteurs réels versés aux petits fermiers, comme indiqué dans le tableau 4, sont une claire indication que la plupart des petits producteurs, et en particulier ceux qui comptaient sur la vente de leur maïs, n'ont pas vu augmenter leurs revenus réels.

Une autre source de revenu est le salariat qui repose également sur le succès dans le cadre du secteur agricole. Les relations de travail dans ce secteur reposent sur des accords de fermage (Kydd & Christiansen, 1982 ; Ngalande Banda, 1989a) défavorables au locataire.

Dans les situations où un salaire a été décidé, la croissance des revenus a été freinée par la politique salariale suivie depuis l'indépendance (Ngalande Banda, 1989a ; tableau 6 et 7). Pour que les salaires pratiqués n'étouffent pas l'investissement industriel et la croissance, le salaire minimum préconisé par cette politique s'est trouvé au-dessous de la productivité marginale du travail et s'est vu encore aggravé par de longues périodes de déséquilibre (Gouvernement du Malawi, 1987a ; Ngalande Banda, 1989a). Je reviendrai sur ce point un peu plus loin.

Tableau 4. Prix perçus par l'ADMARC lors de ventes aux enchères et prix payés aux petits fermiers pour le tabac, Malawi, 1966-79 (kwacha/kg, moyennes mobiles sur 5 ans)

Année	Prix payés aux petits fermiers (enchères)	Prix payés à l'ADMARC	Ratio prix fermiers/enchères[a]
1966	0,038	0,070	0,55
1967	0,037	0,078	0,48
1968	0,037	0,087	0,42
1969	0,040	0,106	0,38
1970	0,040	0,122	0,33
1971	0,044	0,132	0,33
1972	0,046	0,148	0,31
1973	0,048	0,184	0,26
1974	0,052	0,223	0,23
1975	0,059	0,277	0,21
1976	0,071	0,296	0,24
1977	0,085	0,300	0,28
1978	0,088	0,289	0,31
1979	0,094[b]	0,227	0,42

Source : Kydd & Christiansen (1982), statistiques figure 3, p. 369.
a : Calculs de l'auteur ; b : Moyenne mobile sur 3 ans.

Pour le reste de l'économie la politique des salaires et traitements a exigé que tous les revenus soient uniformisés, de manière à décourager une trop rapide rotation de la main-d'œuvre. De plus, avant d'approuver une révision des salaires on doit fournir la preuve que la productivité a augmenté. L'effet de cette politique n'a guère été satisfaisant en matière de protection contre les pertes de main-d'œuvre au profit d'autres régions ainsi qu'en matière de stabilité économique.

Tableau 5. Achats de récoltes par l'ADMARC et bénéfice global, Malawi, 1974-85 (en millions de kwachas)

Année	Tabac	Coton	Arachides	Riz	Maïs	Toutes récoltes confondues	Bénéfice global
1974	2,56	1,45	1,77	0,41	1,58	9,98	7,37
1975	4,91	3,16	1,08	0,57	0,22	22,69	23,74
1976	10,61	0,46	1,27	-0,03	-2,87	30,04	17,40
1977	15,76	1,91	5,99	-1,08	-1,61	4,18	2,62
1978	25,86	1,41	4,50	-0,78	-2,33	0,07	-2,62
1979	4,22	1,21	2,22	-0,68	-3,34	0,33	-6,20
1980	2,71	0,46	3,75	-1,56	-4,18	8,86	0,62
1981	3,23	-0,08	4,23	-1,40	-4,49	12,22	3,04
1982	9,14	2,75	3,28	-0,66	-5,13	6,55	7,92
1983	18,62	0,72	0,78	-1,12	-5,77	12,85	4,27
1984	13,36	-0,25	0,28	-0,46	-5,49	13,53	-26,03
1985	15,73	-1,21	-0,90	-1,18	1,18	ND	ND

Source : Ministère des Finances, de l'Économie et du Plan, 1986. Cité par Scarborough (1990) ; ND : non disponible.

Tableau 6. Évolution nominale et réelle des salaires, Malawi, 1970-87

Année	Salaire nominal[a] (Kwachas/mois)	Indice détail[b] (1980 = 100)	Salaire réel (Kwachas/mois, valeur 1980)	Taux de croissance annuelle des salaires réels (%)
1970	9,88	41,0	24,10	—
1971	9,88	44,4	22,27	-7,59
1972	9,88	46,0	21,50	-3,46
1973	10,40	48,3	21,53	0,14
1974	10,40	55,6	18,69	-13,19
1975	10,40	64,4	16,16	-13,54
1976	10,40	67,2	15,49	-4,15
1977	10,40	70,0	14,86	-4,07
1978	11,18	75,9	14,72	-0,94
1979	11,70	84,5	13,85	-5,91
1980	11,70	100,0	11,70	-15,52
1981	18,20	109,6	16,61	41,88
1982	21,06	120,0	17,54	5,60
1983	21,06	143,1	14,72	-16,08
1984	21,06	169,3	12,44	-15,49
1985	26,00	187,1	13,89	11,66
1986	28,86	213,2	13,53	-2,59
1987	28,86	267,2	10,80	-20,18

Source : Gouvernement du Malawi (1978, 1985, 1987a) ; a : Calculé d'après les salaires minima statutaires pour la ville de Blantyre ; b : Indice des prix de détail correspondant aux bas revenus pour la ville de Blantyre, pour tous articles de consommation.

Tableau 7. Revenus mensuels moyens au Malawi, 1984-88 (en kwacha)

Secteur	1984	1985	1986	1987	1988
Agriculture, sylviculture et pêche	23,83	26,00	26,42	29,08	30,50
Mines et carrières	70,67	47,17	44,25	42,92	43,75
Industrie manufacturière	72,42	69,75	79,00	125,75	138,25
Électricité et eau	99,25	99,50	114,42	116,50	135,17
Construction	52,00	56,08	58,08	64,58	73,08
Commerce gros et détail, hôtels et restaurants	94,58	96,68	111,53	111,35	135,68
Transport, magasinage et communications	84,08	89,33	93,25	103,08	125,08
Finances, assurances et affaires	227,25	224,56	265,67	327,25	364,67
Services communautaires, sociaux et individuels	94,58	104,33	109,92	117,58	124,67
Toutes industries	59,25	62,25	68,08	80,67	87,25
Secteur public	74,00	78,50	83,08	89,42	95,42
Secteur privé	55,33	58,17	64,50	78,08	85,17

Source : Gouvernement du Malawi (1990, 1991). Cité par The Economist Intelligence Unit (1991), pp. 14-15.

1.3. Salaires et emploi

La politique décrite plus haut fut employée avec une combinaison d'actions spécifiques permettant de suivre une politique des salaires très rigoureuse. La politique de restriction des salaires devait conduire à stabiliser les coûts de production, à soutenir la concurrence internationale et à générer des emplois (Kandoole, 1989). De manière à assurer le succès de la législation du salaire minimum, toute représentation syndicale fut désactivée, non pas en démantelant les syndicats eux-mêmes mais en liant étroitement leur hiérarchie à celle du système politique. Cette mesure, toutefois, ne réussit à lever qu'un seul des obstacles dans la voie des restrictions salariales (Ngalande Banda, 1989a). Ainsi, au Malawi, l'évolution des salaires fut très faible même depuis la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel.

De tous les objectifs de la législation du salaire minimum, seule la stabilisation des coûts de production a pu être réalisée ; l'objectif qui consistait à protéger les ouvriers contre le sous-paiement ne fut pas réalisé. De même, le maintien de la compétitivité internationale n'a pas abouti. L'un des effets de cette législation a été de ne pas rémunérer correctement le travail à tous les niveaux de qualification. Comme résultat, la migration de la main-d'œuvre continue de constituer un grave problème, même depuis le lancement des programmes d'ajustement structurel. Les données indiquent de manière irréfutable que même après la mise en place des programmes, la signature d'un contrat de mineur en Afrique du Sud était plus attrayante pour les travailleurs du Malawi, qualifiés ou non (Ngalande Banda, 1989a).

1.4. Prix

Durant la période de forte croissance des années 70, le taux d'inflation annuel moyen fut d'environ 9%. Le Malawi étant un pays d'économie ouverte, il a été sujet aux chocs extérieurs au travers des prix. L'inflation à un chiffre se transforma radicalement avec l'intensification de la guerre au Mozambique et les pressions inflationnistes, en particulier au Royaume-Uni. La guerre du Mozambique contribua à augmenter les coûts de transport, se reportant sur les prix à la consommation et résultant en une inflation problématique. On ne sait pas exactement quel fut le taux d'inflation atteint mais, officiellement, il fut de 33% au début de 1989 et la Banque Mondiale (1990a) cite un taux de 33,9% pour 1988.

Tandis que les prix à la consommation étaient plus libres du fait de la pression des milieux d'affaires, les prix à la production, en particulier ceux des petits fermiers, subissaient la même tendance à la chute que subirent les salaires réels dans les années 70. Les petits producteurs n'ayant pas les moyens de former un lobby pour soutenir leurs prix se retirèrent de cette activité non rémunératrice et en particulier dans les années 80, ils louèrent leurs terres. De cette manière, ils n'avaient plus besoin de traiter avec l'ADMARC et gagnaient un statut foncier qui les autorisait à cultiver du tabac blond et à le vendre eux-mêmes aux enchères.

2. Le secteur extérieur

2.1. Balance des paiements

Comme de nombreux autres pays en développement, le Malawi a enregistré des déficits dans le compte courant de sa balance des paiements tout au long de la période qui a suivi l'indépendance (Kydd & Hewitt, 1968a, b). Jusqu'au milieu des années 70, ces balances négatives étaient généralement compensées par des injections de capitaux à long terme (Kydd & Hewitt, 1968 a, b), mais les déficits n'ont cessé de croître au long des années. Le premier signe d'affaiblissement du secteur extérieur se produisit au début de la crise de 1978-80, lorsque le déficit du compte courant de la balance des paiements explosa de 7,1% du PIB en 1977 à 17,8% en 1978 et jusqu'à 24,8% en 1979 (Kandoole, 1989). La dégradation de la balance des paiements, à cette époque, s'expliqua par l'échec de l'envoi de la plupart des biens exportables (Economist Intelligence Unit, 1991).

Au milieu des années 80, le déficit s'améliora légèrement et retomba à moins de 10% du PIB, mais il a depuis remonté à plus de 10% (Tableau 8). L'amélioration du déficit est à mettre au compte de deux facteurs : la mise en œuvre « réussie » de programmes d'ajustement structurel et la restriction sur les importations dans les années 80. Ce dernier facteur fut mis en place grâce à des quotas sur les échanges avec l'étranger et l'exigence d'un dépôt de la part des importateurs de 25% du montant de leurs importations auprès de la Banque centrale, à l'instant même où ils passent leurs commandes. La réduction des importations renversa la situation, faisant passer le déficit commercial du début des années 80 à une situation de surplus durant et jusqu'à la fin des années 80. Ainsi, en 1987 et 1988, la balance commerciale fut excédentaire malgré une nouvelle augmentation du volume des importations.

Tableau 8. Balance des paiements, Malawi, 1983-88 (en millions de dollars US)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Exporations de marchandises FOB[a]	246,2	311,8	245,5	248,4	278,5	297,0
Importations de marchandises FOB[a]	-216,2	-162,0	-176,7	-154,1	-177,6	-253,0
Balance commerciale	30,0	149,8	68,8	94,3	100,9	43,9
Export de services, d'intérêts, bénéfices et dividendes	37,1	38,0	37,7	27,8	43,7	37,8
Import de services, d'intérêts, bénéfices et dividendes	-249,8	-277,5	-270,5	-258,0	-232,8	-230,3
Transferts privés nets	8,3	11,5	11,1	13,1	13,8	15,1
Transferts officiels nets	29,5	24,4	24,5	29,2	30,1	80,4
Balance compte courant	-144,9	-53,8	-128,4	-93,5	-44,3	-53,1
Investissement direct	2,6	—	0,5	—	0,1	—
Investisisment en portefeuille	0,4	1,0	0,4	1,3	4,2	0,8
Autres capitaux à long terme	34,0	48,7	-2,0	33,5	65,6	123,9
Balance des comptes en capital	35,1	45,3	-3,7	48,6	76,5	131,4
Erreurs et omissions	11,7	12,0	106,5	44,4	13,2	-18,0
Contreparties	3,2	1,2	-18,3	-20,3	-16,8	-2,6
Financement exceptionnel	60,1	24,4	7,5	3,3	22,8	47,4
Variations de réserves[b]	34,7	-29,1	36,4	17,6	-51,4	-105,0

Source : International Financial Statistics, FMI. Cité par The Economist Intelligence Unit (1991), p. 30. a : Freight on board ; b : le signe (-) représente une augmentation.

Un autre facteur qui contribua à l'amélioration de la balance commerciale se situe au niveau de l'accroissement des gains d'exportation sur le tabac dans les années 80. A la suite de la mise en place des programmes d'ajustement structurel et sur l'insistance de la Banque Mondiale, le Gouvernement du Malawi leva la restriction sur la culture du tabac blond afin d'intégrer les petits exploitants (Scarborough, 1990 ; Economist Intelligence Unit, 1991). Le résultat fut une production accrue et, bien sûr, une augmentation consécutive des volumes de tabac à l'exportation. De plus, le prix d'exportation du tabac était extrêmement favorable (Patchett & Harnett, 1990).

L'aggravation consécutive du compte courant de la balance des paiements fut suivie, en 1989, par l'instauration d'un programme de libéralisation des importations. Le total des importations augmenta substantiellement car les importateurs, sceptiques vis-à-vis du programme, s'empressèrent d'accumuler pièces détachées et inputs importants (Gouvernement du Malawi, 1991). Cette situation devrait s'améliorer en réaction aux mesures prises par le Gouvernement durant l'année 1991.

Une autre cause d'optimisme se situe dans la perspective de négociation qui semble s'ouvrir entre le Gouvernement Frelimo du Mozambique et la faction Renamo qui furent en guerre civile ouverte durant plus de 15 ans (Economist Intelligence Unit, 1991). Si un accord devait intervenir, la baisse substantielle des coûts de transport qui en résulterait conduirait probablement à une amélioration de la balance des paiements.

La chute des apports en capitaux dans les années 80 contribua également au déficit global. Cela s'est aggravé par la réduction de certaines recettes du secteur privé, en particulier provenant d'envois de fonds venant de l'étranger. La fin du contrat avec le Witwatersrand Native Labour Association provoqua le tarissement de cette source de recettes ; elles passèrent de 57,2 millions de kwachas en 1988 à 12,7 millions en 1989 pour parvenir à 0,2 million en 1990. Les recettes provenant d'autres Organisations non gouvernementales ont également chuté en partie à cause d'une diminution du financement d'opérations de routine concernant les réfugiés mozambicains (Gouvernement du Malawi, 1991).

Dans les années 80, les déficits de la balance des paiements furent financés par les sources suivantes : une série de facilités accordées par le Fonds Monétaire International sous forme d'arrangements de « stand-by » et des mécanismes élargis de crédit (cf. Kydd & Hewitt, 1986a, b ; Gouvernement du Malawi, 1987b), des prêts d'ajustement structurel de la Banque Mondiale — trois depuis 1980 — et le rééchelonnement des dettes gouvernementales et commerciales, comme nous le verrons plus loin.

2.2. La dette extérieure

Le Malawi, comme d'autres pays d'Afrique, fut, après son indépendance, un gros demandeur en ressources destinées au financement de ses projets d'infrastructure et autres projets d'investissement. La plupart de ces ressources furent rassemblées par des emprunts qui, dans les années 60 et 70, furent principalement concessionnels. La plupart de ces dettes arrivent à maturité soit en ce moment-même, soit d'ici le tournant du siècle. Avec l'apparition des problèmes des années 80, le Malawi dut faire encore plus appel à la solution de l'emprunt, mais de plus en plus, cette fois-ci, à des conditions commerciales.

Selon les critères du Fonds Monétaire International, le Malawi n'est pas un pays sinistré par sa dette. Toutefois, c'est une situation qui pourrait ne pas se prolonger encore très longtemps. Tout au long des années 70, lorsque la croissance de l'économie était importante, la dette du Malawi se maintint à un niveau modeste. En 1987, cependant, celle-ci s'élevait à 1.363 millions de dollars US, ce qui représente presque quatre fois ce qu'elle était en 1978 (Kaluwa *et al.*, 1991). Cette accélération de l'accumulation de la dette extérieure fut causée en partie par la nécessité de financer les programmes d'ajustement structurel.

Le nombre des rééchelonnements de dettes négociés avec les Clubs de Londres et de Paris dans les années 80 — trois en tout : 1982-83, 1987 et 1988 — est la marque évidente des problèmes rencontrés par le Malawi durant ces années. En 1987, le ratio dette/exportations du pays était d'environ 490%, ce qui était inférieur à la moyenne de 25 pays subsahariens mais tout de même plus élevé que la moyenne des pays de la Conférence de Coordination du Développement de l'Afrique australe (333,7%).

Le service de la dette ne représente que 8,7% des exportations en 1978, mais en 1987, il passe à presque la moitié (49%) ce qui représente 11% de la valeur du PNB. La Banque Mondiale (1987) a estimé que durant la période 1988-92, les besoins financiers extérieurs supplémentaires du pays s'élèveront à 1.403 millions

de dollars US. Cela est, semble-t-il, plus élevé que le total de la dette extérieure cumulée en 1987. Presque 30% des sources de financement identifiées seront associées avec des prêts d'ajustement structurel (Kaluwa *et al.*, 1991).

2.3. Le taux de change

Immédiatement après son indépendance de la tutelle britannique, le Malawi adopta sa propre monnaie, la livre Malawi, qui fut couplée à la livre sterling britannique. En 1971, une nouvelle monnaie, le kwacha, fut introduite et cotée initialement à 2 kwachas pour une livre sterling. Le 18 novembre 1973, à la suite du flottement de la livre sterling, le Malawi opta pour le couplage de sa monnaie à un panier de devises étrangères.

Le premier couplage, de 1973 à 1975, consista en une moyenne pondérée de la livre sterling et du dollar US afin d'éviter une dépréciation du kwacha et réduire les fortes fluctuations du kwacha qui se produisaient lorsqu'il flottait aux côtés de la livre britannique. Lorsque le Fonds Monétaire International passa en 1974 des droits de tirage spéciaux basés sur l'or et le dollar US à un panier de monnaies, le Malawi choisit de lier sa monnaie à ces nouveaux droits, ce qui dura jusqu'en 1984. Le but de ce couplage était là encore d'éviter les fortes fluctuations du taux du kwacha. Depuis 1984, le kwacha est lié à un panier constitué des monnaies des 7 principaux partenaires commerciaux du Malawi : le dollar US, la livre sterling, le mark allemand, le rand sud-africain, le franc français, le yen japonais et le florin hollandais.

Dans les années 80, les dévaluations du kwacha furent reçues comme des mesures réalistes pour restaurer la compétitivité des exportations du Malawi et à influer sur les importations. L'autre objectif des dévaluations était de se plier aux exigences des programmes d'ajustement structurel. En avril 85, par exemple, le kwacha fut dévalué de 15% dans ce qui semblait refléter partiellement les termes d'une prolongation de prêt de trois ans auprès du Fonds Monétaire International, accordée par cet organisme à la fin de 1983 (Economist Intelligence Unit, 1991). D'autres dévaluations ont suivi, répondant aux problèmes croissants de la balance des paiements (Economist Intelligence Unit, 1991). On pensait également que les dévaluations encourageraient une diversification favorisant les exportations originales vis-à-vis des exportations plus traditionnelles. Tout indique, cependant, qu'une telle diversification ne s'est pas produite et que le pays s'appuie toujours sur ses trois biens d'exportation traditionnels — le tabac, le thé et le sucre — ceci pour plus de 90% de ses recettes d'exportation (Kaluwa *et al.*, 1991).

3. Politiques macro-économiques récentes

Les politiques macro-économiques depuis les années 80 ont eu pour objectif principal de restructurer l'économie. Les politiques en place sont plus particulièrement assujetties aux programmes d'ajustement structurel. Elles couvrent trois grands secteurs de l'activité économique : l'agriculture, l'industrie et le secteur extérieur. Les changements de politique agricole ont commencé en 1982 lorsqu'intervint la réforme de l'ADMARC. Les nouvelles politiques destinées à dynamiser le sous-secteur des petits propriétaires impliquent la libéralisation de la vente de leurs produits (Kydd & Hewitt, 1986a, b ; Scarborough, 1990), ce qui permet à l'ADMARC de faire face à la concurrence des commerçants privés. Cette politique est destinée à tirer profit des réponses très positives des petits propriétaires aux changements de prix (Dean, 1966 ; Ngalande Banda, 1989a).

Avec la libéralisation du marché, le rôle de l'ADMARC en tant que distributeur d'engrais aux petits propriétaires dut être abandonné (Scarborough, 1990). Privé de son monopsone antérieur, l'ADMARC ne peut effectuer de versements sur des engrais achetés à crédit. Ce rôle échoit à présent aux groupements d'agriculteurs. Les petits propriétaires sont également progressivement débarrassés de leur dépendance vis-à-vis des subventions aux achats d'engrais par l'intermédiaire de ce qui est connu sous le nom de Fertilizer Subsidy Removal Programme[1]. Cette politique est en train de donner des résultats divers dans différentes régions du pays, en particulier dans celles qui ont très peu de terres cultivables (Kandoole, 1988 ; Scarborough, 1990). L'agriculture des petits propriétaires étant précisément entravée par la faible taille des parcelles, le sous-secteur foncier est indirectement contraint d'augmenter l'utilisation des terres (estimées à moins de 20%) en augmentant les loyers (Kydd & Hewitt, 1986a, b). Ainsi, toute terre que le foncier ne pourra exploiter pourra être morcelée en lots et vendue aux fins d'installation de petits exploitants.

Une autre mesure du secteur agricole consiste en la levée des restrictions sur les types de cultures d'export pouvant être exploitées par les petits propriétaires. Jusqu'au milieu des années 80, les petits propriétaires n'avaient pas le droit de cultiver du tabac blond pour leur propre compte, et la Banque Mondiale proposa une nouvelle politique afin d'étendre les bénéfices de cette culture très rentable aux petits propriétaires (Patchett & Harnett, 1990 ; Scarborough, 1990). La Smallholder Tea Authority[2] aide ceux qui ont décidé de se lancer dans la culture de cette plante.

Dans le domaine de l'industrie, le Malawi mène l'une des politiques les plus résolument orientées vers le marché de toute la région subsaharienne (Kaluwa *et al.*, 1991). Le pays lève progressivement toutes les restrictions à l'importation (Gouvernement du Malawi, 1991) mais également quelques restrictions à l'exportation. En outre, le Gouvernement a mis en place un code d'investissement destiné à encourager les entrepreneurs ayant la capacité d'investir dans les secteurs d'exportation. Des incitations sont mises en place pour stimuler les entrepreneurs locaux. La principale contrainte à laquelle se heurtent les petits entrepreneurs étant la disponibilité en liquidités, un certain nombre d'organismes ont vu le jour, tels la Small Enterprise Development Organization of Malawi[3], le Development of Malawian Traders Trust[4] et la Malawi Union of Savings and Cooperatives[5], tous destinés à aider les entrepreneurs locaux à s'infiltrer dans les diverses branches de l'industrie (Scarborough, 1990).

Dans le secteur extérieur, les échanges ont été largement libéralisés. Les entreprises n'ont plus à s'adresser à la Banque centrale (Gouvernement du Malawi, 1991), et ce rôle a été transféré aux banques privées (Kaluwa *et al.*, 1991). En outre, les voies de communication sont en train de se diversifier afin d'intégrer le corridor du nord qui regroupera route, rail et transport lacustre (lac Malawi). La culture et la fabrication de biens d'exportation sont vivement encouragées. Le cours de la monnaie est géré de manière à conserver sa stabilité et assurer la compétitivité du Malawi dans ces domaines (Scarborough, 1990 ; Kaluwa *et al.*, 1991 ; Gouvernement du Malawi, 1991).

Les récentes politiques macro-économiques sont choisies de manière à faire du Malawi un pays davantage fondé sur le marché et plus compétitif au plan intérieur

1. Programme de suppression des subventions aux engrais.
2. Office du thé pour les petits propriétaires.
3. Bureau de développement des petites entreprises du Malawi.
4. Fonds de développement pour le commerce du Malawi.
5. Union d'épargne et de coopératives du Malawi.

comme au plan extérieur. Ces politiques sont des extensions des politiques de marché du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale, mises en œuvre par l'intermédiaire de trois programmes d'ajustement structurel et d'une facilité financière spéciale accordée au pays.

4. Le Secteur de la Santé

4.1. Population, nutrition et état sanitaire

4.1.1. Population

En 2015, en supposant une fertilité constante, on estime que la population aura doublé, débouchant sur un déficit foncier de l'ordre de 13% (Banque Mondiale, 1987). Au taux actuel de 3,8%, il sera difficile pour l'économie du Malawi de réaliser une croissance positive.

La majorité de la population est concentrée dans les zones rurales (environ 88% en 1990, après avoir été 91,5% en 1977). La densité de la population est d'environ 74 habitants au km^2, l'une des plus élevées du globe même selon les critères africains. Avec un cinquième de sa population au-dessous de 5 ans, environ la moitié (46%) au-dessous de 15 ans et 3 à 5% au-dessus de 65 ans, le Malawi présente un ratio de dépendance de 101 personnes pour 100 individus actifs.

Le taux de natalité de 54 pour 1000 et le taux de mortalité de 23 pour 1000 se situent parmi les plus élevés. La mortalité infantile est d'environ 149 pour 1000 naissances vivantes, ce qui la place là encore parmi les plus élevées de la région.

4.1.2. Nutrition

La nourriture de base du Malawi est le maïs. Le régime alimentaire est donc très riche en hydrates de carbone, tout en étant complété par des protéines provenant principalement du poisson. Le Malawi est parvenu à l'autosuffisance alimentaire aux alentours de 1973. Mais, comme chacun le sait, l'autosuffisance alimentaire est de deux types : nationale et familiale. Le Malawi a incontestablement réalisé le premier mais pas encore le second. L'autosuffisance alimentaire nationale fut atteinte lorsque le pays cessa d'importer du maïs et construisit ses propres silos à grains, mais plusieurs milliers de foyers continuent de connaître un déficit alimentaire durant près de la moitié de l'année.

Le Ministère de la Santé nota en 1987 que 5 mois après la récolte du maïs 30% des foyers avouaient avoir épuisé leurs réserves de nourriture, et 8 mois après la récolte 60% des familles n'avaient plus de réserves. Plusieurs facteurs sont responsables de cette situation. Tout d'abord, puisque le maïs est une récolte facilement négociable, il se vend non seulement à l'époque de la récolte mais également durant toute l'année. Deuxièmement, en tout cas jusqu'au milieu des années 80, le maïs était acheté à bas prix par l'ADMARC de sorte qu'il fallait en vendre une grande quantité pour satisfaire aux besoins des familles. Enfin, les effets conjugués de la dégradation des sols et de la densité de population n'ont fait que réduire les récoltes de maïs durant ces dernières années.

Les déficits en maïs débouchent sur une mauvaise nutrition en particulier chez les enfants. Une autre cause de la malnutrition est, il faut le dire, une certaine ignorance des modes de préparation des repas, au détriment en particulier des jeunes enfants. La valeur nutritive de la farine de maïs — base du régime alimentaire — est très faible et de nombreuses mères n'ont pas les moyens d'acheter des aliments de complément à cause de leurs faibles revenus monétaires. Même lorsque d'autres aliments sont disponibles, les enfants ne sont pas nourris à la fréquence souhaitable ; dès qu'ils sont en mesure d'absorber des nourritures

solides, ils sont soumis au même rythme nutritionnel que les adultes. Cela tient aussi au fait que les femmes, trop occupées par les tâches agricoles, n'ont pas le temps de se consacrer à l'alimentation régulière de leurs enfants.

Les observations et les études cliniques, telles que le National Sample Survey of Agriculture, révéla que, selon l'époque de l'année et la région, 25 à 60% des enfants de moins de 5 ans présentent un poids inférieur à la normale. Cette étude fit, en outre, remarquer que 65% des enfants qui survivent au-delà de 5 ans présentent des arrêts de croissance et que 20% des enfants de faible poids pour leur âge présentent un poids trop faible pour leur taille, des difformités ou une maigreur anormale. Les deux causes de cet état de fait sont les maladies et le manque de nourriture (Ministère de la Santé, 1987).

La malnutrition maternelle a été très peu étudiée. L'UNICEF rapporte que 15 à 25% des femmes enceintes sont anémiques (Ministère de la Santé, 1987). Une alimentation maternelle pauvre est étroitement liée à un faible poids à la naissance, ce qui influe à son tour sur les taux élevés de mortalité infantile. Une alimentation pauvre conduit également à une importante mortalité maternelle.

4.1.3. État sanitaire

Au Malawi, on compte un médecin pour 52 893 personnes et une infirmière pour 2.978 personnes, chiffre extrêmement faible si l'on considère le nombre d'infirmières brevetées dans le pays ; par ailleurs, on compte un lit d'hôpital pour 7.127 personnes. En 1984, 60% des naissances avaient lieu en présence de personnel qualifié — parmi lequel au moins 5 000 sages-femmes peu formées mais qui connaissent bien certaines tâches — et 70% des femmes recevaient des soins prénataux de la part de ces personnels. La proportion des enfants entre 1 et 2 ans complètement vaccinés était de 55% (Ministère de la Santé, 1987).

Ces quelques statistiques ne sont que des indicateurs sommaires car, au Malawi, la loi ne rend pas obligatoire la déclaration des naissances et des décès. Même les statistiques provenant des structures de santé sont extrêmement limitées car elles sont tenues de manière très inégale. En dépit de ces faiblesses, il est tout de même possible de tirer certaines conclusions.

Les enfants de moins de 5 ans qui représentent 20% de la population, représentent également 57% de tous les décès du Malawi. Sur les décès qui interviennent dans ce groupe d'âge, un quart se produisent durant le premier mois de la vie, un autre quart entre le second mois et la première année et la moitié restante entre la première et la quatrième année. La malnutrition entre pour une bonne part dans cette forte mortalité durant la première année de vie, cruciale dans le processus de développement de l'enfant. Les décès sont plus importants dans les zones rurales et chez les pauvres en milieu urbain. La mortalité infantile en milieu rural est deux fois plus importante qu'en milieu urbain, et dès lors que 90% de la population vit en milieu rural celui-ci enregistre près de 95% des décès d'enfants (Ministère de la Santé, 1987).

Les données sur les patients hospitalisés indiquent que la principale cause de décès au Malawi parmi les enfants de moins de 5 ans est la rougeole qui représente 16% des décès (Tableau 9). Vient ensuite la pneumonie qui représente 13% des décès déclarés et enfin les carences alimentaires (11,2%) et le paludisme (10,1%). Ces quatre grands facteurs de mortalité représentent ensemble un peu plus de la moitié des décès intervenus en milieu hospitalier dans ce groupe d'âge.

Il est à noter qu'au moins 60% de ces causes de décès peuvent être évitées ou traitées dans le cadre des soins primaires. Les carences alimentaires représentant peut-être un facteur sous-jacent ou tout au moins favorisant dans les 10 principales causes de décès, il devrait être possible de renverser la tendance de la mortalité infantile.

Tableau 9. Les 10 principales causes de décès chez les enfants entre 0 et 4 ans, Malawi, 1983, basé sur les rapports hospitaliers

Maladie	Total des décès	Pourcentage de tous les décès	Pourcentage cumulé
Rougeole	975	16,2	16,2
Pneumonie	786	13,0	29,2
Carences alimentaires	673	11,2	40,4
Paludisme	611	10,1	50,5
Anémie	549	9,1	59,6
Maladies diarrhéiques	504	8,4	68,0
Tétanos	256	4,2	72,2
Maladie du système nerveux	96	1,6	73,8
Accidents et blessures	89	1,5	75,3
Tuberculose	28	0,5	75,8
Autres	1 461	24,2	100,0
Total	6 028	100,0	100,0

Source : Ministère de la Santé (1987).

La principale raison de la plupart des consultations externes en hôpital pour les enfants de moins de 5 ans est le paludisme, qui représente 25 à 35% de ces consultations. Viennent ensuite les infections pulmonaires et les troubles abdominaux et gastro-intestinaux. Ces trois causes confondues représentent 50 à 65% des consultations externes chez les moins de 5 ans. Les principales causes de morbidité au Malawi sont illustrées par ces maladies. Bien que la schistosomiase et la lèpre n'apparaissent pas sur la liste des 10 grandes causes de morbidité, elles constituent néanmoins un problème de santé publique important au Malawi. La schistosomiase ne représente que 2% de la morbidité totale, tous âges confondus, et 1,5% chez les enfants âgés de 4 ans ou moins. Cette maladie est toutefois largement répandue même dans les régions non irriguées et des études menées dans différentes parties du pays ont indiqué que le taux de transmission pourrait atteindre 50% (Ministère de la Santé, 1987).

4.2. Le système de santé

4.2.1. Organisation du secteur santé

Le secteur santé est organisé principalement autour des activités du Ministère de la Santé dont la responsabilité essentielle est la mise en œuvre des politiques, la planification et les programmes de soins. La Private Hospital Association of Malawi[1], l'autre grand pourvoyeur de soins du pays, est constituée en majorité d'organismes de santé confessionnels ou d'associations bénévoles. Le Ministère des Régions participe également aux activités sanitaires tout comme l'Armée, la Police, les industries et le secteur foncier, intervenant chacun sur une population spécifique.

Les soins de santé primaires sont dispensés à 5 niveaux : la communauté, les centres de santé et hôpitaux ruraux, les hôpitaux de district, les hôpitaux centraux et les hôpitaux spécialisés (Tableau 10). Ces différents niveaux correspondent étroitement aux services assurés par le Ministère de la Santé, bien qu'il se produise

1. Association des hôpitaux privés du Malawi.

inévitablement des chevauchements de compétence avec des services assurés par la Private Hospital Association. Les cinq niveaux sont organisés de manière à ce que les hôpitaux de district puissent agir comme centres de référence aux centres de santé, tout en fournissant des soins aux populations de leurs régions d'implantation. Les hôpitaux centraux sont des centres de référence régionaux et se distinguent des hôpitaux de district en ceci qu'ils offrent, au niveau régional, les services de spécialistes. Enfin, les hôpitaux spécialisés sont des institutions qui offrent des services particuliers entre autres dans le domaine psychiatrique et pour l'accueil des lépreux et des tuberculeux.

Tableau 10. Services de santé au Malawi, 1986

Unité de soins	Nombre total d'unités	Nombre total de lits
Hôpitaux généraux[a]	48	6 981
Léproserie et hôpitaux spychiatriques	6	459
Centres de santé primaires	38	1 459
Maternité-dispensaires	164	1 962
Maternités	96	351
Centre de santé	310	303
Postes de santé	67	8
Total	729	11 523

Source : Ministère de la Santé (1987). a : Comprend les hôpitaux centraux et de district ; le total comprend les unités gérées par le ministère de la santé, la Private Hospital Association of Malawi, les instances locales et les autres intervenants dans le domaine santé.

Le point important dans cette hiérarchie est le rôle de centre de référence de chaque niveau. Ainsi, les patients entrent tout d'abord en contact avec un centre de santé puis sont dirigés progressivement vers le haut de l'organigramme, au fur et à mesure des besoins en compétence. De cette manière, chaque niveau devrait fournir les soins pour lesquels il a été conçu. Toutefois, ce n'est pas ce que l'on a pu constater dans la pratique et les niveaux supérieurs sont souvent encombrés par des patients qui franchissent indûment les étapes intermédiaires.

La Private Hospital Association est très liée au Ministère de la Santé par le biais de subventions salariales ; toutefois, ce lien ne concerne pas la gestion et l'Association est dirigée de manière très autonome. L'autre lien se situe à l'échelon des approvisionnements en médicaments car les hôpitaux qui dépendent de l'Association ont le droit de s'approvisionner auprès des Magasins Centraux, lesquels sont subventionnés par le Gouvernement.

Il existe également un petit sous-secteur de praticiens privés mais, vers le milieu des années 80, seuls exerçaient 35 médecins privés. La politique récente du Gouvernement a encouragé la pratique privée de la médecine de manière à faire revenir au pays les médecins qualifiés qui exercent à l'étranger. On trouve, en outre, des guérisseurs traditionnels, dont on ignore le nombre exact et qui n'ont aucun lien avec le Ministère de la Santé ; ils n'en constituent pas moins un élément vital du système de santé (Ministère de la Santé, 1987).

4.3. Financement de la santé

A l'échelon général, le secteur public est la source la plus importante de financement de la santé. Il est suivi par la Private Hospital Association qui est la principale source de financements privés. Alors que les associations bénévoles contribuent très peu au financement, elles génèrent et réinvestissent leurs fonds comme des paiements directs pour la santé. Les trois principales sources de financement sont le secteur public, les paiements privés directs et l'aide internationale ; le secteur privé est une quatrième source mais très minoritaire (Tableau 11).

Tableau 11. Financement de la santé au Malawi, par sources, 1980-81

Source	Montant	
	Milliers de Kwachas	%
Secteur public		
Gouvernement central		
Ministère de la Santé	14 424	39,42
Autres ministères	1 111	3,04
Gouvernements locaux	2 132	5,83
Autres instances officielles	264	0,72
Total secteur public	17 931	49,00
Secteur privé		
Associations bénévoles locales	728	1,99
Assurances	1 200	3,28
Industrie	533	1,46
Total secteur privé	2 461	6,73
Private Hospital Association of Malawi		
Paiments directs	11 668	31,89
Aide internationale		
Officielle	2 935	8,02
Privée	1 598	4,37
Total	4 533	12,39
Total général	39 593[a]	100,0

Source : Ministère de la Santé (1983), p.22 ; le document de référence a été simplifié par souci de clarté. a : Ce total diffère de celui présenté dans le document de référence — 36 646,6 kwachas — provenant soit d'une erreur d'impression soit d'une erreur de calcul.

4.3.1. Organismes dépendant du Ministère de la Santé

Les services et organismes du Ministère de la Santé sont gratuits et dépendent du Gouvernement sur le plan financier. Chaque année fiscale, le Ministère de la Santé soumet ses budgets prévisionnels à l'Assemblée Nationale pour approbation. Jusqu'en 1990 environ, les prévisions de dépenses approuvées n'étaient qu'indicatives mais désormais un strict respect des postes budgétaires est exigé. Les budgets des hôpitaux sont décidés au vu des tendances observées et des changements qui devront être entrepris. Il n'est tenu aucun compte des besoins de la population.

Les chiffres disponibles révèlent que le gros des enveloppes allouées par le Ministère de la Santé est dépensé sur les organismes de santé (Tableau 12). L'essentiel de la formation du personnel est assuré soit sur place par la Private Hospital Association soit par des bourses à l'étranger, et ainsi 3% seulement du budget du ministère vont à la formation. Un examen plus fin des sommes allouées aux organismes de santé montre qu'un peu moins de la moitié est dépensée sur les deux hôpitaux centraux et sur un hôpital général (Tableau 13). Une grande importance est ainsi accordée aux soins hospitaliers : plus de 85% du budget du Ministère de la Santé va aux hôpitaux et 3 à 5% aux organismes de formation. L'administration absorbe une forte proportion des sommes restantes, le reste allant à divers programmes de planning familial et de protection maternelle et infantile, constitués principalement d'actions préventives (Tableau 12).

Tableau 12. Allocations financières du Ministère de la Santé, Malawi, 1987-90 (en millions de kwachas)

Programme	1987-88	1988-89	1989-90
Administration et services généraux	7,98	8,89	11,56
Organismes de santé	31,69	39,88	57,35
Organismes de formation	1,08	1,52	1,94
Total	40,75	50,30	70,85

Source : Gouvernement du Malawi, budgets 88 et estimations de dépenses 1989-90.

Tableau 13. Pourcentage des dépenses du Ministère de la Santé par type d'hôpital, Malawi, 1987-90

Organisme	1987-88	1988-89	1989-90
Hôpital Central Kamuzu	16,16	17,85	17,18
Hôpital Central Queen Elizabeth	24,32	22,49	21,59
Hôpital Général Zomba	6,72	7,35	7,55
Hôpitaux de district[a]	39,54	42,68	40,00
Autres institutions	13,25	9,63	12,65

Calculé d'après Appropriations Accounts and Budget Document N°1 pour l'année fiscale 1989-90 (Ministère de la Santé). a : Comprend les dispensaires et les hôpitaux ruraux.

Alors que les trois hôpitaux possèdent des services payants, seulement 2 à 3% des dépenses totales sont générés par ces services (Ngalande-Banda, 1989b). Les hôpitaux du Malawi dépendent donc presque entièrement du budget du Ministère de la Santé.

4.3.2. Financement des hôpitaux privés (Private Hospital Association of Malawi)

Les hôpitaux fonctionnant au sein de l'Association des Hôpitaux privés du Malawi ont quatre sources de financement (alors que les hôpitaux du Ministère de la Santé n'en ont que deux) : les subventions du Gouvernement et celles des institutions religieuses dont ils dépendent, les soins payants qu'ils prodiguent et les dons provenant de l'étranger. Ces sources contribuent aux budgets dans des proportions variables selon les années et, hormis les subventions gouvernementales et les règlements des patients, elles sont très imprévisibles.

Le Gouvernement contribue généralement pour plus d'un tiers des fonds, tous types d'unité médicale confondus, principalement sous forme de paiement des salaires du personnel local. Un autre tiers est généré par les règlements des soins facturés au patient et les fonds provenant de l'étranger constituent également près d'un tiers. La quatrième source compte pour moins de 10% et comprend essentiellement des dons locaux. Les institutions de la Private Hospital Association ne dépendent pas toutes de ces quatre sources dans les mêmes proportions (Ngalande-Banda, 1989a ; Tilak, 1989 ; Tableau 14).

Tableau 14. Pourcentage des différentes sources de financement pour les unités de soins dépendant de la Private Hospital Association of Malawi

Type d'unité	État	Tarifs	Étranger	Autres
Hôpitaux	37,6	38,3	18,8	5,3
Centres de soins de santé primaires	41,4	44,1	7,2	7,4
Centre de santé	42,6	44,9	7,9	4,6
Sous-centres de santé	41,3	54,7	0,7	3,4
Unités spéciales	7,7	—	67,4	24,9
Autres	52,5	24,3	17,1	6,1
Moyenne	38,7	37,6	17,4	6,3

Ministère de la Santé (1983), p. 26.

Il existe une différence fondamentale de fonctionnement entre les institutions dépendant du Ministère de la Santé et celles dépendant de la Private Hospital Association : les premières sont rattachées au Ministère de la Santé, qui perçoit tous les revenus collectés ; les autres institutions conservent les revenus qui assurent la bonne marche de leurs services. Ces dernières sont donc fortement incitées à faire payer leurs services.

4.4. Politiques de santé

Les politiques de santé sont du ressort du Ministère de la Santé, et les politiques en cours entrent dans le cadre du Plan National de Santé qui s'étend sur la décennie 1986-95. Bien que ce plan soit le troisième du nom, il ne diffère guère des deux précédents en ce qu'il n'est qu'une longue liste de souhaits sans réelles directives opérationnelles. La principale raison de cet état de fait vient sans doute de ce que le plan considère que la santé est un terrain sensible, étroitement associé aux approches culturelles de la vie et de la mort (Ministère de la Santé, 1987).

4.4.1. Accès aux soins

Le Ministère de la Santé n'est pas resté inactif pour ce qui est de la distribution régionale équitable des structures de soins procurant ainsi une qualité de soins uniforme dans tout le pays. C'est pour cette raison que la pratique médicale privée fut longtemps découragée.

Les efforts du Gouvernement pour assurer un bon accès aux soins ont cependant été contrariés par des problèmes de communication et la prédominance des personnels féminins dans le secteur de la santé. Les femmes sont généralement disponibles dans les régions proches des lieux de travail de leur mari, généralement dans les zones urbaines. Les problèmes financiers ont également constitué un autre facteur négatif important. Dans le cadre du Plan National de Santé actuel, le Gouvernement a révélé que l'implantation de nouveaux postes de soins et de nouveaux centres de santé a été abandonnée (cf. p. 331).

Le National Sample Survey of Agriculture[1] pour la récolte 1980-81 indiquait que 62% de la population rurale du Malawi se trouvaient dans un rayon de 2 à 8 km autour d'une clinique pouvant s'occuper d'enfants de moins de cinq ans, et un peu moins de 55% vivaient près d'un dispensaire. Cette étude montrait également qu'environ 37% de la population habitait à plus de 8 km d'un dispensaire (Tableau 15).

Pour encourager les habitants à utiliser les installations médicales, les soins ont été dispensés gratuitement. Même dans les établissements où les services sont payants (Tableau 16), on ne s'efforce pas de déterminer si tel ou tel client est en mesure de payer et ceux qui ont les moyens de payer leurs soins ont la possibilité d'en demander la gratuité. Le Plan National de Santé ne donne aucune indication pour changer cette politique.

Tableau 15. Accès aux structures de santé dans les zones rurales du Malawi : pourcentage des foyers en fonction de leur éloignement des structures

District agricole	Dispensaires			Cliniques infantiles		
	< 2 km	2-8 km	> 8 km	< 2 km	2-8 km	> 8 km
Karonga	0,8	56,5	42,7	30,4	59,6	10,0
Mzuzu	5,4	48,3	46,3	18,0	57,5	24,4
Kasungu	7,5	43,3	49,2	15,8	65,8	18,5
Salima	16,1	48,7	35,2	30,5	50,3	19,2
Lilongwe	6,4	58,9	34,7	14,1	70,3	15,6
Liwonde	8,6	48,7	42,7	12,7	58,0	29,3
Blantyre	8,7	63,6	27,7	19,3	66,1	14,6
Ngabu	12,5	60,9	26,6	32,5	48,6	18,9
Malawi	8,3	54,6	37,1	18,2	62,3	19,5

Source : National Sample Survey of Agriculture, 1980-81.

Tableau 16. Montants perçus par patient dans les services externes ou internes des hôpitaux publics du Malawi, 1988

Service	Kwachas
Consultation externe	9,0
Hospitalisation (par jour)	12,5
Hospitalisation en chambre individuelle (par jour)	25,0
Maternité (par jour)	10,0
Chirurgie	55,0
Radiologie	11,0
Laboratoire	3,5
Seconde visite	3,5
Clinique dentaire	11,0
Examen hépatique	14,0
Examen sanguin complet	14,0
Examen médical du permis de conduire	5,5
Caution	20,0-30,0

Source : Dossiers du Ministère de la Santé, Gouvernement du Malawi, cité par Tilak (1989).

1. Étude nationale de l'agriculture.

4.4.2. Planning familial

Le Gouvernement s'est longtemps tenu à l'écart de toute ingérence directe dans les affaires familiales. A l'heure actuelle, il propose un programme encourageant l'espacement des naissances dans les familles qui le souhaitent. On espère que ce programme influera sur le taux de croissance de la population, mais son succès n'est mesurable que si l'on connaît le nombre de familles participant au programme. On sait déjà que le volet des techniques contraceptives est largement utilisé. Bien que les contraceptifs soient distribués à tous ceux qui souhaitent les utiliser, ce programme diffère des autres programmes de planning familial en ce qu'il ne comprend pas de volet avortement.

4.4.3. Politique du médicament

Jusqu'à ce que l'actuel plan santé entre en vigueur, les médicaments étaient distribués aux hôpitaux par la Pharmacie Centrale à des prix subventionnés. Avant avril 84, le prix des médicaments représentait leur prix CAF (coût-assurance-frêt) majoré de 3% pour les frais généraux ; depuis lors le prix CAF a été majoré de 12,5% (Banque Mondiale, 1987). La Pharmacie Centrale était responsable de la gestion de tous les médicaments y compris ceux provenant de donateurs, ainsi que de la préparation des produits pharmaceutiques de base.

Les politiques d'ajustement structurel recommandèrent l'abandon de tout système de subvention, de sorte qu'en avril 1984, la Pharmacie Centrale était en mesure de s'autofinancer grâce à un fonds spécial mis en place dans ce but. Compte tenu des restrictions budgétaires, l'effet de cette politique sera d'augmenter, pour les hôpitaux, le prix des médicaments et de limiter encore la disponibilité de certains médicaments essentiels, déjà en quantité insuffisante. Comme l'indique le changement de règle tarifaire, cet effet était déjà visible en 1984.

4.4.4. Politiques liées à la Private Hospital Association

Le lien entre la Private Hospital Association et le Ministère de la Santé ne signifie pas que l'Association est contrôlée par le ministère. Hormis le paiement des salaires du personnel, l'Association peut gérer ses propres structures indépendamment du Gouvernement. Cette situation est, cependant, sur le point de changer de manière à ce que les deux principaux pourvoyeurs puissent se renvoyer mutuellement leurs patients et leurs techniques de gestion ; ces dernières constituent le point le plus utile car les structures de la Private Hospital Association semblent être mieux gérées que celles qui dépendent du ministère.

L'Association continue d'avoir accès aux services de la Pharmacie Centrale. Si elle souhaite ouvrir de nouvelles unités, l'Association doit demander l'aval du Ministère de la Santé. De même, le ministère s'interdirait de construire une nouvelle unité à proximité d'un centre dépendant de l'Association.

4.4.5. Pratique privée

Il existe un secteur privé, petit mais en expansion, constitué de praticiens hospitaliers à la retraite, de médecins de formation privée et de guérisseurs traditionnels. Le Gouvernement a encouragé ce secteur en reconnaissant officiellement ces praticiens et, parfois, en sous-traitant auprès d'eux dans des régions aux besoins particulièrement criants.

5. Influences des développements macro-économiques sur le secteur de la santé

La santé, sujet social, est un secteur passif qui n'apparaît pas de manière évidente dans les options de politique macro-économique. La politique de santé a subi quelques évolutions durant les 26 années écoulées depuis l'indépendance, mais les changements ont été indirects. Les conditions sanitaires sont pourtant importantes pour l'avenir de toute économie. Dans cette section, nous examinerons certaines implications des développements macro-économiques étudiés plus haut sur le secteur de la santé.

5.1. Effets sur la nutrition et la santé

Au Malawi, le secteur de la santé est étroitement lié au secteur agricole : la santé et le statut nutritionnel de la majorité des citoyens du Malawi dépendent des politiques agricoles. Nous avons déjà étudié plusieurs évolutions du secteur agricole ayant un impact direct sur la nutrition et la santé de la population.

La libéralisation générale des prix affecte le secteur de la santé de diverses manières. En premier lieu, elle fait grimper les prix des denrées agricoles, comme cela s'est déjà produit dans la plupart des zones urbaines du pays (Scarborough, 1990). Pour les fermiers produisant en surplus, de telles augmentations constituent d'excellentes nouvelles ; cependant, pour la plupart des citoyens qui doivent acquérir ces denrées à certaines époques de l'année (60% des foyers depuis le mois de septembre — National Sample Survey of Agriculture, 1980-81), cela se traduit par un déficit alimentaire plus important. Face aux restrictions sur les traitements et salaires, des prix alimentaires élevés conduisent à une dégradation du revenu réel pour la plupart des actifs. La perte de pouvoir d'achat qui en résulte affecte le statut nutritionnel des familles et en particulier celui des enfants, des mères et des personnes âgées.

En second lieu, la libéralisation des prix a pour effet de convertir les récoltes de subsistance en récoltes marchandes. Un plus grand nombre de personnes sont donc incitées à vendre une partie de leur production ce qui ne fait qu'augmenter le nombre de mois de déficit alimentaire. Lorsque ce second effet se combine avec le premier, la nutrition subit une dégradation considérable et avec elle l'état de santé général du pays. Lorsque ces déficits alimentaires sont ressentis au sein d'une famille, ce sont les enfants qui en souffrent le plus puisque le nombre de leurs repas est réduit.

La libéralisation des prix peut entraîner de tels effets négatifs pour au moins deux raisons. La première est que la concurrence, d'une part entre acheteurs privés et d'autre part entre les acheteurs privés et l'ADMARC va faire monter les prix. Cela affectera principalement le prix du maïs, principale récolte céréalière. Scarborough (1990) estimait que les commerçants privés sont attirés par le maïs parce que son rendement est élevé, ce qui était vrai dès le début de la libéralisation des prix en 1987. La seconde raison est que la libéralisation des prix, avec ses effets sur la hausse des prix, tend à favoriser la culture du maïs hybride qui est surtout cultivé pour la vente, car la plupart des familles n'apprécient guère ses qualités gustatives et ne possèdent pas les techniques adaptées à son stockage. Comme nous l'avons dit plus haut, la vente des récoltes de subsistance joue à l'encontre du statut nutritionnel de la population.

L'abandon du rôle de l'ADMARC comme distributeur d'engrais constitue une autre évolution dans la petite exploitation agricole et est peut-être une conséquence de la libéralisation des prix. L'abandon de la règle selon laquelle les petits

propriétaires devaient vendre exclusivement à l'ADMARC a signifié que celle-ci n'avait plus le contrôle des revenus des fermiers et que les dettes contractées lors de l'achat d'engrais ne pouvaient plus être perçues directement au point de vente de la récolte. Les groupements de fermiers ont désormais pris en charge le rôle de fourniture d'engrais sur la base de paiements à tempérament, alors que l'ADMARC les distribue moyennant paiement comptant. Cependant, les groupements deviennent très vite impopulaires, à cause de leur politique de recouvrement agressif des dettes et de l'application de mesures rigides lorsque l'un des membres n'honore pas ses dettes. Les exemples de confiscation de biens abondent parmi les fermiers qui n'ont pu faire face à leurs échéances. Le résultat de ces pratiques hautement impopulaires sera qu'on achètera et qu'on utilisera moins d'engrais, ce qui se ressentira sur la production des petits fermiers. Comme nous l'avons vu plus haut, cela ne mènera pas obligatoirement à une réduction de l'autosuffisance alimentaire à l'échelle nationale mais à l'échelon familial, cette autosuffisance sera plus que compromise.

Autre changement politique important : la mise en place d'un programme de suppression des subventions aux engrais qui est également associé au déclin de l'ADMARC dans le secteur de la petite exploitation. Ce programme fut instauré pour remplir les conditions du troisième prêt d'ajustement structurel dont l'objectif était de réduire le déficit de la balance des paiements et le déficit public (Kydd, 1988 ; Scarborough, 1990). Une très faible proportion des études entreprises sur ce sujet abordent les effets de cette politique sur le déficit, et la plupart ont examiné leurs effets sur l'efficacité et la diversification de la production des petits fermiers, la promotion des exportations et l'autosuffisance alimentaire (Kandoole, 1988 ; Nathan Associates, 1987, cité par Scarborough, 1990). L'augmentation consécutive du prix des engrais pourra conduire à une diminution de l'emploi de ces engrais, en particulier chez les fermiers les plus modestes, dont les familles ont les revenus les plus faibles et qui subissent très tôt un déficit alimentaire. Une autre conséquence de cette politique est que les gros fermiers auront un avantage supplémentaire sur les petits (Scarborough, 1990). Si la politique agraire conduit à une libération suffisante de parcelles pour compenser le manque de terres, il est possible que tout se passe bien, mais dans la mesure où la solution du problème de disponibilité des terres passe par un retour de celles-ci aux petits exploitants, il est peu probable que la situation évolue.

La levée des restrictions sur les cultures d'exportation se traduira probablement par une substitution de ces dernières aux cultures de subsistance. L'augmentation des foyers dont la subsistance dépend des achats alimentaires ne pourra que conduire vers d'autres hausses de prix qui affecteront plus particulièrement les familles régulièrement en déficit alimentaire, à statut nutritionnel déjà précaire.

5.2. Effets sur l'offre de services de santé

L'offre de services de santé s'est dégradée dans le passé pour deux raisons principales : le taux de croissance de la population et le financement des soins de santé (Ministère de la Santé, 1983 ; Ngalande Banda, 1989b). Comme indiqué plus haut, le Gouvernement a choisi de traiter indirectement le problème de la population par le biais des programmes d'espacement des naissances (Roe & Johnson, 1989). Cette politique a peu de chances de ralentir le taux de croissance de la population au cours des deux prochaines décennies ; un doublement de la population est d'ailleurs prévu d'ici l'année 2015 (Ministère de la Santé, 1987). Les problèmes d'accès aux soins de santé s'en trouveront eux mêmes doublés.

Le financement devra également être abordé de front si l'on ne veut pas aggraver la situation de l'offre de soins aux patients. L'ajustement structurel met

l'accent sur la réduction des dépenses de manière à maîtriser les déficits budgétaires. Avec sa forte population et le déficit en main-d'œuvre qualifiée, le pays n'a pas les moyens d'offrir des soins de santé en quantité suffisante. Deux solutions se présentent : soit élargir l'éventail des soins payants dans les structures du Ministère de la Santé, soit mettre l'accent sur les soins préventifs (Ngalande Banda, 1989b). La gratuité des soins a été un élément important au lendemain de l'indépendance lorsque les populations devaient se familiariser avec la médecine moderne mais cette étape appartient au passé. L'autre argument en faveur des soins gratuits est le faible niveau des revenus. Bien que ce soit encore le cas, en faisant payer les patients les hôpitaux privés sont en mesure de recouvrer près d'un tiers de leurs coûts de fonctionnement (Ngalande Banda, 1989b ; Tilak, 1989), et Roe et Johnson (1989) rapportent un chiffre encore plus élevé (58%). En outre, les patients ont déjà l'habitude de payer les traitements de médecine traditionnelle.

Il existe un sentiment général selon lequel les services fournis par le Gouvernement sont dans l'intérêt du public, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans les services privés. Le Gouvernement semble d'ailleurs être lui-même responsable de ce sentiment puisque l'un de ses objectifs les plus clairement exprimés est de procurer gratuitement les soins (Ministère de la Santé, 1987). Les soins privés sont souvent considérés comme étant de meilleure qualité que les soins publics, probablement parce que les usagers ont l'impression d'avoir une certaine maîtrise du processus. La médecine traditionnelle est très nettement distinguée de la médecine moderne. La médecine traditionnelle suppose une approche « holistique » de la maladie : les patients sont traités non seulement pour leurs symptômes mais également pour tout problème connexe, qu'ils n'ont peut-être pas décrits mais dont l'identification relève de la responsabilité du guérisseur. La médecine moderne n'offre que très rarement ce type de « perspective », qui incite peut-être justement les patients à accepter le principe du paiement des soins.

Une autre évolution importante est l'abandon des subventions pour les médicaments à l'échelon de la Pharmacie Centrale. Cette dernière a fourni les médicaments aux hôpitaux à un coût inférieur à celui qu'il aurait fallu payer pour en assurer le réapprovisionnement. La proposition d'établir un fonds de roulement qui permette un renouvellement des stocks de médicaments (Ministère de la Santé, 1987) concernera à la fois les installations du Ministère de la Santé et celles de la Private Hospital Association, car elles devront dépenser davantage pour les médicaments. La part actuelle des dépenses en médicaments est de 30 à 45% et devrait encore augmenter. La fourniture des soins en souffrira d'autant plus.

Un autre problème est l'incapacité à mettre en place de nouveaux postes de santé et à leur assurer une dotation en personnel adéquate (Ministère de la Santé, 1987). Selon le National Health Plan, les problèmes de personnel résultent d'une surreprésentation féminine dans tout le système de santé, sachant que les femmes résident généralement près du lieu de travail de leur époux. Bien que le Plan n'aborde pas le problème du manque de médicaments, cela constitue certainement un facteur important dans la fermeture des postes de santé. Ces problèmes ont amené une importante surpopulation dans les hôpitaux tertiaires et de district et cette tendance semble durable. Le surpeuplement des structures de santé empêche le personnel de dispenser des soins adéquats dans de bonnes conditions.

Une évolution positive réside dans la levée des restrictions sur les échanges extérieurs qui devrait permettre aux services de santé d'importer des quantités suffisantes de médicaments et d'équipements pour aider à l'amélioration de la qualité et de la quantité des soins offerts à la population.

5.3. Conséquences en matière de politique de santé

Les options politiques futures peuvent permettre d'éviter de répéter les erreurs déjà commises dans le passé, et ceci de plusieurs manières. Les programmes passés ont plus insisté sur les soins curatifs que sur les soins préventifs. Dans une économie marquée par une forte croissance de la population, une telle politique donnera toujours des résultats décevants par rapport aux objectifs. Les prochains programmes de santé devraient donc mettre l'accent sur les soins préventifs. Cette méthode est la seule qui leur permettra d'avoir un impact décisif.

Il faudra trouver le moyen d'encourager à payer ceux qui peuvent le faire. Ce changement important nécessitera inévitablement, dans les services payants des hôpitaux tertiaires, une amélioration de la qualité des soins dispensés mais aussi quelques changements au niveau de la gestion. Les hôpitaux devraient peut-être aussi pouvoir exercer un contrôle limité sur les fonds qu'ils collectent.

Les politiques agricoles sont vitales pour la santé de la population, aussi les prochaines mesures devraient tenir compte du secteur de la santé. Les liens entre ces deux secteurs — directs par le biais de la nutrition et indirects par celui des revenus — devraient être soigneusement étudiés avant toute réorientation de la politique agricole.

Les futures politiques devraient également tirer plein profit du rôle que peuvent tenir les hôpitaux privés. A l'heure actuelle, le Gouvernement aide ces hôpitaux mais il a beaucoup à apprendre d'eux dans le domaine de la gestion. Le Gouvernement a, pour sa part, plus d'expérience dans les activités de collecte de fonds. C'est pourquoi, à l'avenir, un lien devrait s'établir entre ces deux partenaires, dans lequel le Gouvernement devrait se concentrer sur la collecte de fonds et les hôpitaux apporter leur compétence en matière de gestion.

Le lien entre programmes de planning familial et disponibilité d'établissement de soins représente un autre domaine de la future politique. Tandis que la population accepte de plus en plus aisément les programmes d'espacement des naissances, cette politique est plus passive qu'active. Le Gouvernement devra mettre en place des programmes de contrôle actif des naissances qui soient en mesure d'agir directement sur le taux de croissance de la population.

Enfin, les politiques à venir, en particulier dans le secteur extérieur, devraient privilégier le secteur santé. Les personnels de santé pourraient bénéficier d'allégements fiscaux pour les faire revenir au pays et de facilités d'équipement.

5.4. Remarques finales

Alors que l'économie a fait quelques progrès les secteurs sociaux connaissent encore des problèmes. Certains de ces problèmes viennent des programmes économiques, d'autres sont apparus avec l'incapacité à allouer des ressources appropriées au secteur sanitaire en particulier pour les dépenses récurrentes. Les améliorations dans le secteur de la santé ont souvent été confondues avec les opérations de travaux publics (construction et rénovation d'infrastructures médicales). Ce secteur n'a jamais su conserver son personnel au point que, pour cette raison, certains plans ont dû être abandonnés. Le secteur santé n'a donc guère profité de l'expansion qui s'est produite durant les 15 années qui ont suivi l'indépendance, et certaines des récentes tentatives de redressement de la situation semblent arriver trop timidement et trop tard.

Références bibliographiques

Acharya, S.N. (1981) Perspectives and problems of development in sub-Saharan Africa. *World Dev.*, **9**(2), 109-147.

Banque Mondiale (1987) *Malawi : Second Family Health Project*, Washington DC, Population, Health and Nutrition Department.

Banque Mondiale (1990a) *Trends in Developing Economies : Malawi*, Washington DC.

Banque Mondiale (1990b) *World Development Report*, New York, Oxford University Press.

Dean, E. (1966) *The Supply Responses of African Farmers : Theory and Measurement in Malawi*, Amsterdam, North-Holland Publishing Co.

Economist Intelligence Unit (1990) *Malawi : Country Profile 1990-91*, London.

Economist Intelligence Unit (1990) *Malawi : Country Report No 2*, London.

Kaluwa, B.M., Silumbu, E.B.D., Ngalande-Banda, E.E. & Chilowa, W. (1991) *Debt and Structural Adjustment in Malawi*, Document présenté au Southern Africa Political Economy Series Conference on Debt and Structural Adjustment, Lusaka, 7-11 juillet.

Kandoole, B.F. (1988) *The Impact of Fertilizer Subsidy Removal Programme in Malawi.* 11th Southern African Universities Social Science Conference, University of Swaziland, 27-29 juin.

Kandoole, B.F. (1989) *An Economic Overview of Malawi.* Rapport présenté à Lever Brothers (Malawi) Ltd.

Kydd, J.G. & Christiansen, R.E. (1982) Structural change in Malawi since independence : consequences of a development strategy based on large-scale agriculture. *World Dev.*, **10**(5), 355-375.

Kydd, J.G. & Hewitt, A. (1986a) The effectiveness of structural adjustment lending : initial evidence from Malawi. *World Dev.*, **14**(3), 347-365.

Kydd, J.G. & Hewitt, A. (1986b) Limits to recovery : Malawi after six years of adjustment 1980-1985. *Dev. Change*, **17**, 531-555.

Kydd, J.G. (1988) Policy reform and adjustment in an economy under siege : Malawi 1980-87. *Inst. Dev. Stud. Bull.*, **19**(1), 31-41.

Malawi Government (1978) *Malawi Statistical Yearbook*, Zomba, National Statistical Office.

Malawi Government (1985) *Malawi Statistical Yearbook*, Zomba, National Statistical Office.

Malawi Government (1987a) *Malawi Statistical Yearbook*, Zomba, National Statistical Office.

Malawi Government (1987b) *SAL IV ; Draft Proposal*, Lilongwe.

Malawi Government (1990) *Economic Report*, Lilongwe.

Malawi Government (1991) *Economic Report*, Lilongwe.

Malawi Government (différentes années) *Appropriations Accounts, Revenue Statements and Other Public Accounts...*, Lilongwe, Accountant General's Department.

Ministry of Health (1983) *Report on Health Financing Survey* (juin-décembre 1982), Lilongwe

Ministry of Health (1987) *The National Health Plan of Malawi, 1986-1995*, Lilongwe.

Ngalande-Banda, E.E. (1989a) *Malawi Smallholder and Estate Farm Interactions : An Econometric Policy Simulation Model.*. PhD dissertation, Boston University, Boston.

Ngalande-Banda, E.E. (1989b) *Financial Resource Allocation and Utilization, Expenditure Allocation and Income Generation of Selected Hospitals in Malawi.*. Rapport présenté à la Banque Mondiale.

Patchett, D.M. & Harnett, P. (1990) *A Country Financially Dependent on Tobacco Production for its Health and Economic Development : Malawi.* Genève, Organisation mondiale de la Santé.

PNUD (1990) *Human Development Report*, New York.

Roe, A.R. & Johnson, M. (1989) *Malawi : Social Dimensions of Adjustment - Country Assessment Paper*, Warwick, University of Warwick.

Scarborough, V. (1990) *Agricultural Policy Reforms under Structural Adjustment in Malawi*, London, Wye College, University of London.

Tilak, J.B.G. (1989) *Financing and Cost Recovery in Social Sectors in Malawi*, (polycopié), Washington DC, Banque Mondiale.