UNIVERSITES FRANCOPHONES

ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ

avec études de cas dans les pays les plus démunis

actualité scientifique

AUPELF UREF

ESTEM

Organisation mondiale de la Santé
Genève

ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ

Avec études de cas dans les pays les plus démunis.

Edition et diffusion
Editions ESTEM
5 rue Rousselet, 75007 Paris
Tél. : 33 (1) 42 19 05 11 - Fax : 33 (1) 42 19 05 24

© AUPELF / Organisation mondiale de la Santé, 1995
ISBN 2-909455-27-0

Les opinions exprimées dans les documents d'auteurs nommément désignés relèvent de la seule responsabilité de ces auteurs.

Imprimé à Paris, France

ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ

Avec études de cas dans les pays les plus démunis.

AUPELF UREF

ESTEM

Organisation mondiale de la Santé
Genève

Les collections "*Universités francophones*" de l'UREF: un instrument vital pour l'évolution de l'espace scientifique francophone.

L'Université des réseaux d'expression française (UREF), créée au sein de l'Association des Universités partiellement ou entièrement de langue française (AUPELF), est l'opérateur des Sommets francophones pour l'enseignement supérieur et la recherche.

Dans cette perspective, la collection ***Universités francophones*** que nous avons lancée en 1988 s'affirme aujourd'hui comme l'un des vecteurs essentiels d'une francophonie active et rayonnante.

Plus de 70 titres ont d'ores et déjà été publiés. Ce sont des ouvrages didactiques (manuels), des monographies faisant le point sur la recherche (série *Sciences en marche*) ou des actes de colloques organisés par les réseaux de l'UREF (série *Actualité scientifique*). Tous s'efforcent de répondre à des besoins identifiés dans des domaines prioritaires: santé, droit, sciences, économie, environnement, aménagement linguistique et sciences humaines. Tous abordent également des thématiques intéressant l'ensemble de la communauté scientifique universitaire. Dans ce but, nous nous efforçons de réunir des équipes de rédacteurs à caractère multilatéral.

Enfin ce dispositif éditorial serait incomplet sans une politique de prix réaliste, tenant compte des différentes facettes économiques de la communauté francophone. Ainsi, les ouvrages font-il l'objet d'une tarification préférentielle dans les pays du Sud.

Aux livres de la collection s'ajoutent trois revues de synthèse (*Sécheresse, Santé, Agriculture*) ainsi que des référentiels utilisant les supports les plus modernes de l'édition (cassette vidéo, vidéodisque, disque compact).

Avec ***Universités francophones***, l'AUPELF/UREF contribue efficacement à la circulation de l'information scientifique et technique. Elle apporte sa pierre à l'édification d'une bibliothèque scientifique universelle, dans laquelle la langue française se propose doublement et définitivement comme langue de culture et de science.

Professeur Michel Guillou
Recteur de l'UREF
(Université des réseaux d'expression française)

TABLE DES MATIÈRES

Préface *V*

Listes des Auteurs *VI*

Liste des Intervenants *VII*

Présentation générale et introduction p. 1
G. Carrin, M. Jancloes et S. Ibi Ajayi

Première partie. Environnement macro-économique et santé : théorie et politique

Chapitre 1 Santé et croissance économique : théorie, réalité et politique p. 17
J. R. Behrman

Chapitre 2. Ajustement macro-économique et secteur de la santé : revue de la littérature p. 51
H. Genberg

Chapitre 3. Crises économiques et réformes de politique économique durant les années 80 et leur impact sur les pauvres p. 69
P. Pinstrup-Andersen

Deuxième partie. Environnement macro-économique et santé dans les pays les plus démunis : action et pratique

Chapitre 4 Urgence sociale et fonds d'investissement en Amérique latine et Caraïbes p. 99
A.C.C. Campino

Chapitre 5 L'ajustement macro-économique et son impact sur le secteur de la santé en Bolivie p. 115
J.A. Morales

Chapitre 6 La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad p. 135
J. Perrot

Chapitre 7 Environnement macro-économique et politique de la santé en Guinée p. 153
U. Camen, G. Carrin

Chapitre 8 Les changements macro-économiques et le secteur de la santé en Guinée-Bissau p. 181
K. Evlo

Chapitre 9 Le développement macro-économique et le secteur de la santé au Malawi p. 193
E.E. Ngalande Banda

Chapitre 10 L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé au Mali p. 219
J. Brunet-Jailly

Chapitre 11 Macro-économie et financement de la santé au Népal : une perspective à moyen terme p. 249
S. Acharya, G. Carrin, A. Herrin

Résumé des interventions p. 275
T. Lethu

PRÉFACE

Cet ouvrage est le résultat de la Conférence Internationale sur le thème "macro-économie et santé dans les pays les plus démunis", qui s'est tenue les 24, 25 et 26 juin 1992 au siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, en Suisse. Cette Conférence avait été organisée dans le cadre de l'Initiative de Coopération intensifiée de l'OMS avec les pays et les populations les plus démunis. Elle a mis en particulier l'accent sur l'importance du soutien à ces pays dans leurs efforts pour développer leur capacité à affronter les aspects économiques et financiers de leurs programmes de développement sanitaire.

Les experts invités ont préparé, pour cette Conférence, des articles techniques généraux et des documents plus spécifiques relatifs à certains pays. Le présent livre est constitué d'une sélection de ces différents documents. Son contenu traite très précisément des liens entre environnement macro-économique et santé mais également des analyses macro-économiques sur la santé dans un certain nombre de pays parmi les plus démunis. Dans un chapitre introductif, les organisateurs et le rapporteur de la Conférence décrivent les objectifs de développement, les principaux sujets qui restent à étudier et leurs liens avec la politique. Puis sont présentés différents papiers émanant d'économistes et de décideurs des différents pays concernés, présentés lors de la Conférence, et enfin, un résumé des discussions conclut l'ouvrage.

La Conférence a été rendue possible grâce au Fonds spécial de Développement du Directeur général de l'OMS, au Fonds d'Aide à la Coopération du Gouvernement français, à ARTAL Holding et au PNUD. Dès la phase préparatoire de la Conférence, Ulrich Camen et Hans Genberg (Institut des Hautes Études Internationales de Genève), Andrew Creese et William Newbrander (OMS/Division du renforcement des services de santé, Genève), Piritta Sorsa (Banque Mondiale, Bureau de Genève) et Grant Taplin (Fonds Monétaire International, Bureau de Genève) nous ont fait bénéficier de leurs inestimables conseils. Le docteur Nico Drager (OMS/Bureau de la Coopération internationale, Genève) a aidé les organisateurs dans la collecte d'informations auprès des instituts universitaires et des agences internationales.

Nous tenons également à remercier Ann Price, responsable de l'administration de la Conférence, Doumith Abi-Saleh, pour son assistance en informatique et Jean-Jacques Schakmundès pour la traduction de nombreux textes en français. Enfin, non des moindres, nous remercions tout particulièrement Marie-Louise Nussbaum, Fabrice Sergent et Isabelle Gaiddon qui nous ont apporté tout leur savoir-faire dans la préparation du présent ouvrage.

Dr Michel Jancloes
Chef du Bureau de la
Coopération internationale
OMS, Genève, Suisse

Dr Guy Carrin
Économiste de la Santé
Bureau de la Coopération internationale
OMS, Genève, Suisse

AUTEURS

Dr. Suniti Acharya, Chef de la Division de la Planification, Ministère de la Santé, Katmandou, Népal

Pr. S. Ibi Ajayi, Professeur d'Économie, Département d'Économie, Université d'Ibadan, Nigeria

Pr. Jere R. Behrman Professeur d'Économie, Département d'Économie, McNeil 160, Université de Pennsylvanie, 3718 Locust Walk, Philadelphie, PA 19104-6297, USA

Pr. Joseph Brunet-Jailly Directeur de Recherche, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération et Institut National de Recherches en Santé Publique, BP 1771, Bamako, Mali

Dr. Ulrich Camen, Économiste, Institut des Hautes Études Internationales, Case postale 36, 132 rue de Lausanne, 1211 Genève 21, Suisse

Dr. Antonio Campino, Conseiller régional en économie de la santé, OMS, Bureau Régional pour les Amériques, PAHO, 525 23rd Street NW, Washington DC 20037, USA

Dr. Guy Carrin, Économiste de la santé, Bureau de la Coopération Internationale, OMS, 1211 Genève 27, Suisse

Dr. Kodjo Evlo, Maître assistant d'Économie, Université du Bénin, BP 3237, Lomé, Togo

Pr. Hans Genberg, Professeur d'Économie, Institut des Hautes Études Internationales, Case postale 36, 132 rue de Lausanne, 1211 Genève 21, Suisse

Pr. Alejandro N. Herrin, Professeur d'Économie, Département d'Économie, Université des Philippines, Diliman, Quezon City 1101, Philippines

Dr. Michel Jancloes, Chef du Bureau de la Coopération Internationale, OMS, 1211 Genève 27, Suisse

Mme Thérèse Lethu, Consultant OMS, 26, rue d'Armaillé, 75017 Paris, France

Pr. Juan Antonio Morales, Professeur d'Économie, Universidad Católica Boliviana, Avenida H. Silaes 4737, Casilla 4805, La Paz, Bolivie

Dr. Ellias Ngalande-Banda, Maître assistant d'Économie, Université du Malawi, Zomba, Malawi

M. Jean Perrot, Économiste de la santé, Bureau de la Coopération Internationale, OMS, 1211 Genève 27, Suisse

Pr. Per Pinstrup-Andersen, Directeur général, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires, 1200 17th Street NW, Washington DC 20036, USA

INTERVENANTS

Dr. Bal Gopal Baidya, Commission du Plan, BP 1284, Singh Durbar, Katmandou, Népal

Dr. Ousmane Bangoura, Secrétaire général, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, BP 585, Conakry, Guinée

M. Andrew Creese, Économiste de la santé, Division du Renforcement des Services de santé, OMS, 1211 Genève 27, Suisse

M. Fransisco da Costa, Directeur général, Institut National des Études statistiques, BP 6, Bissau, Guinée-Bissau

Dr. Aleya Hammad, Conseiller en Politique de santé et de développement, Bureau du Directeur général, OMS, 1211 Genève 27, Suisse

M. Peter Heller, Département Afrique, Directeur assistant, Division I de l'Est africain, Fonds Monétaire International, 19th and H Streets NW, Washington DC 20431, USA

Mme Helen B. Junz, Représentant spécial pour le Commerce et Directeur du Bureau du Fonds Monétaire International, 58 rue de Moilebeau, 1209 Genève, Suisse

Dr. Katele Kalumba, Vice-ministre, Ministère de la Santé, BP 30205, Lusaka, Zambie

M. Amadou Koita, Responsable financier, Ministère de la Santé, BP 1914, Bamako, Mali

Dr. Véronique Lawson, Ministre de la Santé publique, BP 882, Cotonou, Bénin

Dr. Eduardo MacLean, Directeur adjoint, Fondo de InversiÓn Social, Edificio Banco Central de Bolivia, Piso 12, La Paz, Bolivie

Dr. Rafael MacQuhae, Économiste, Instituto de Comercio Exterior, Avenida Libertador, Centro Commercial los Cedros, Caracas, Venezuela

Mme Mariam Mahamet Nour, Économiste, Ministère des Finances, BP 286, N'Djamena, Tchad

M. Frank Mwambaghi, Responsable principal de Planification de la Santé, BP 30377, Capital City, Lilongwe 3, Malawi

Dr. David Nabarro, Conseiller Santé et Démographie, Overseas Development Agency, 94 Victoria Street, Londres SW1E 5JL, Royaume-Uni

Dr. Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

M. Abdelmajid Tibouti, Conseiller principal, Unité de Gestion de l'"Initiative de Bamako", UNICEF, Three United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA

Pr. Nguyen Van Dan, Premier Vice-Ministre de la Santé, Hanoï, Viêt-Nam 10000

PRÉSENTATION GÉNÉRALE ET INTRODUCTION

G. Carrin (1), **M. Jancloes** (2) **et S. Ibi Ajayi** (3)

(1) Économiste de la santé, Bureau de la Coopération internationale, OMS, Genève
(2) Chef du Bureau de la Coopération internationale, OMS, Genève
(3) Professeur d'Économie, Département d'Économie, Université d'Ibadan - Nigeria

Le développement sanitaire dans les pays les moins avancés dans le cadre d'un nouveau contexte économique

Ces dernières années, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a préconisé à maintes reprises l'emploi de l'économie de la santé, se fondant sur la conviction que la Santé pour Tous et les soins de santé primaires ne peuvent pas être mis en œuvre sans établir des stratégies de la santé tenant compte du contexte économique des différents pays. En outre, l'OMS est tout à fait consciente de la précarité de la situation sanitaire dans de nombreux pays en développement ainsi que des difficultés rencontrées à rendre effectifs les soins de santé primaires dans les pays les moins avancés (PMA), en particulier les groupes les plus vulnérables.

Au regard des indicateurs courants de l'état sanitaire, les artisans de la politique sanitaire sont plus que jamais confrontés au besoin urgent d'améliorer la santé. Les indicateurs généraux qui suivent (PNUD 1992) pour les pays les moins avancés illustrent la nécessité d'un effort continu pour améliorer le développement sanitaire. En fait, à la fin des années 80, l'espérance de vie moyenne dans ces pays n'était que de 51 ans ; le taux de mortalité moyen avant l'âge de cinq ans était de 189 décès pour 1000 naissances vivantes ; la mortalité maternelle moyenne était de 740 pour 100 000 naissances vivantes. Comparés au reste du monde, ces chiffres révèlent une inégalité flagrante. L'espérance de vie moyenne dans les PMA représente environ 68% de celle des pays industrialisés. Les taux moyens de mortalité avant l'âge de cinq ans et de mortalité maternelle sont respectivement au moins 10 fois et 28 fois plus importants que les taux correspondants dans les pays industrialisés. Bien que certains progrès aient été accomplis au cours des trois dernières décennies, une comparaison des chiffres sur la période 1960-90 indique qu'il a fallu 30 ans pour augmenter l'espérance de vie moyenne à la naissance de 12 ans et pour faire baisser la mortalité infantile au-dessous de l'âge de 5 ans de 100 pour mille.

La question critique qui se pose est de savoir s'il est possible d'accélérer les améliorations nécessaires dans le domaine de la santé dans le contexte économique généralement pauvre des PMA. Cette question est d'autant plus cruciale que les PMA souffrent encore des effets de la crise macro-économique du début des années 80. Les taux de croissance du Produit National Brut (PNB) par habitant de ces pays au cours de la période 1965-1980 étaient déjà très bas, 0,6% en moyenne. Mais au cours de la période 1980-1989, les taux moyens de croissance du PNB par

habitant sont devenus négatifs, -0,7%.

Les années 80 couvrent également une période durant laquelle la dette extérieure s'est élevée à une hauteur jamais atteinte auparavant et où le service de la dette est devenu démesuré. Dans les PMA, la dette totale a atteint 81% du PNB. Le service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services, qui n'était que de 4,5% en 1970 est passé à 24,3% en 1989. Dans certains pays africains, le taux de la dette par rapport au PNB est particulièrement élevé. Par exemple, en 1989, la Guinée avait un taux dette/PNB de 85% alors que la Zambie et le Mozambique avaient des taux respectifs de 158,8% et 426,8%. A la même époque, le service de la dette exprimée en pourcentage des exportations de biens et services était respectivement de 48,9% et 31,1% au Ghana et en Guinée-Bissau. L'Amérique latine connaît elle aussi un endettement élevé ; ainsi la Bolivie et la Jamaïque avaient-elles des ratios dette/PNB de 102% et 134% en 1989, occasionnant un service de l'ordre de 31,3% et 26,4% des exportations, et donc une ponction sévère sur les revenus du commerce extérieur qui, en d'autres circonstances, auraient pu financer des investissements propres à stimuler la croissance économique.

L'absence d'une politique sociale et économique en faveur d'une répartition équitable de la richesse a élargi l'emprise de la pauvreté absolue. On estime que sur les 440 millions d'habitants que comptent les PMA, 300 millions vivent au-dessous du seuil de pauvreté, en particulier dans les zones rurales. Deux cent quarante millions de personnes n'ont accès ni aux services de santé ni à l'eau potable et 340 (millions de personnes) sont privées de tout service d'hygiène. L'apport de calories dans les PMA représente 87% des besoins, ce dont les enfants souffrent particulièrement puisque, chaque année, 30 millions d'entre eux meurent de malnutrition. Avec un niveau moyen de 3%, l'accroissement démographique accentue la surpopulation urbaine et aggrave la pauvreté.

Les faibles performances économiques, ainsi que les programmes de stabilisation et d'ajustement qui ont suivi, ont souvent eu des effets négatifs sur le secteur public et, en conséquence, sur le niveau des dépenses publiques de santé dans les PMA. Par exemple, entre 1981 et 1987, les dépenses publiques de santé par habitant en Tanzanie et en Zambie ont chuté respectivement de 66% et de 75% en termes réels. La compression des budgets publics et l'inflation se sont traduites par une diminution de la dépense publique réelle de santé par habitant financée sur fonds nationaux dans la majorité des PMA. Il en résulte que les systèmes de santé financés par l'état sont devenus particulièrement fragiles à un moment où de nombreux problèmes de politique sanitaire restaient à résoudre. Comment les pays financeront-ils les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement de l'expansion nécessaire des soins de santé primaires ? Comment les pays financeront-ils les soins de santé de référence dont le besoin se manifestera avec le développement des soins de santé primaires ? Et comment ces pays mettront-ils en œuvre la notion d'équité dans la santé ?

Sans l'apport de fonds additionnels en provenance d'autres sources, telles que l'aide extérieure, de telles restrictions sont connues pour affecter à la fois le bien-être des patients et celui des praticiens. Par exemple, dans la mesure où la qualité des services publics de santé a souffert de la réduction des ressources publiques qui leur sont consacrées, la demande des patients pour ces services a diminué et dans le même temps, les personnels de santé ont vu leurs conditions de travail se dégrader, d'où un fort découragement.

Promouvoir l'analyse macro-économique de la santé

Pour saisir ces questions, il faut comprendre comment le secteur de la santé fonctionne en tant que partie intégrante de l'économie. Ceci nécessite une approche macro-économique qui doit aider les décideurs à établir des politiques de développement adéquates et à concevoir des réformes du système de santé, de nouveaux schémas de financement et des programmes novateurs en matière de coopération internationale. Les avantages d'une telle approche sont de trois ordres : en premier lieu, l'analyse macro-économique montre aux planificateurs les liens qui existent entre l'économie et la santé. Ensuite, elle les aide à anticiper les problèmes d'accès des populations défavorisées aux services de santé. Et enfin, elle offre une vision d'ensemble des ressources disponibles pour la santé.

Les liens entre la santé et l'économie

L'un des principaux avantages de l'approche macro-économique est de permettre aux planificateurs d'intégrer la santé à l'économie dans son ensemble en se focalisant sur différentes relations fondamentales. L'une de ces relations réside dans le fait que la quantité et la qualité de la main-d'œuvre augmentent à mesure que l'état de santé s'améliore, ce qui profite à la production de différents secteurs de l'économie. De plus, une population active en bonne santé fait meilleur usage du capital existant, comme la terre, les machines et l'infrastructure. Par exemple, on a observé qu'en Inde la production agricole s'est accrue grâce à une réduction des cas de paludisme (Schultz, 1981). D'autre part, une économie saine peut être exploitée pour favoriser le développement sanitaire. La croissance économique augmente les ressources des ménages, des entreprises et des gouvernements. A leur tour, ces ressources peuvent être utilisées non seulement pour les services de santé en tant que tels, mais aussi pour financer des facteurs déterminants de la santé tels que l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et le logement. La croissance économique n'est cependant pas une condition suffisante pour l'amélioration de la santé dans toutes les catégories socio-économiques. Ce n'est que lorsque la croissance économique s'allie à une politique de répartition des revenus que les progrès dans le domaine de la santé peuvent s'étendre à toute la population, y compris les plus pauvres.

La structure et l'organisation d'une économie exercent également des effets importants sur la santé, même s'ils sont indirects. Par exemple, renforcer l'économie en développement de l'agriculture dans les PMA est susceptible d'avoir un impact positif sur la nutrition et la santé. L'organisation de l'économie a de même des répercussions importantes sur la condition sociale et économique de la population. En particulier, on ne peut s'attaquer à la pauvreté que lorsque les franges défavorisées de la société accèdent de manière suffisante aux marchés du crédit et du travail, lorsqu'elles sont à même d'obtenir les ressources productives nécessaires, comme la terre et le capital, et d'investir une plus grande part de leurs gains dans la santé.

La santé et l'économie interfèrent également à travers des variables macro-économiques relevant du marché monétaire. Un exemple concerne le financement des médicaments et des vaccins. Une dévalorisation de la monnaie nationale devrait normalement se traduire par une augmentation du budget gouvernemental pour les médicaments essentiels importés. Lorsque le rapport entre la dévalorisation de la monnaie et le budget est négligé de manière constante par le gouvernement, le pouvoir d'achat d'une ligne budgétaire donnée baisse, affectant ainsi la qualité des services de santé. Dans une telle situation, un moyen de

préserver la qualité des services de santé est de faire appel à des systèmes de financement au sein desquels le gouvernement, la population et les donateurs partagent les coûts des services de santé. Un autre exemple est la relation avec l'état de la balance des paiements. Les déficits de la balance des paiements et les contraintes qui en résultent pour le commerce extérieur peuvent provoquer le rationnement des importations de produits pharmaceutiques. Une réaction consiste à vérifier si le pays importe suffisamment de médicaments essentiels à bas prix. Dans le cas contraire, un changement doit s'opérer en faveur d'une politique des médicaments essentiels car elle augmente de manière significative le pouvoir d'achat du poste budgétaire dévolu aux médicaments. Un tel changement représente donc un antidote puissant au rationnement.

Les liens entre la santé et l'économie que nous venons de souligner constituent un nouveau défi pour les décideurs du secteur de la santé. Les ministères de la Santé devraient en être informés et bien connaître ces liens. Ils doivent exploiter cette connaissance dans leurs négociations et leurs discussions avec d'autres ministères, tels que ceux des Finances ou du Plan, afin de promouvoir les options politiques de développement qui sont favorables à la santé.

Anticipation des problèmes d'accès des populations défavorisées aux services de santé

L'approche macro-économique peut aussi signaler les éventuels problèmes de mauvais état sanitaire chez les pauvres ainsi que les problèmes d'accès aux services de santé. Un changement de structure de l'économie peut nuire à court terme au statut nutritionnel et sanitaire de ces catégories de population, par exemple en diminuant l'intérêt accordé à la production vivrière. En général, les politiques budgétaires qui ont pour effet de réduire les activités gouvernementales dans le secteur de santé affectent en priorité les groupes les plus faibles de la société. On opère parfois des réductions dans le budget de santé du gouvernement en préservant le niveau des salaires du personnel de santé. *A fortiori*, d'importantes dépenses sont alors comprimées, comme celles sur les médicaments de base. Ceci a un effet particulièrement défavorable sur l'accès à des services de santé adéquats. Un autre exemple est celui de la dépréciation du taux de change qui a pour effet d'accroître le prix des médicaments essentiels importés et ainsi, de manière indirecte, de bloquer la demande de soins. Nous pensons que l'analyse macro-économique peut aider les concepteurs de la politique sanitaire à prévoir les problèmes d'iniquité et donc à élaborer des décisions dans une perspective de santé publique.

Une vision globale des ressources disponibles pour la santé

L'approche macro-économique facilite le développement de politiques et de stratégies adéquates pour le financement de la santé. Cette approche commence par l'établissement d'un inventaire complet des ressources qui sont utilisables pour la santé. Elles ne se limitent en aucune façon aux ressources gouvernementales, mais comprennent aussi l'aide officielle au développement, l'aide venant des Organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que les budgets des ménages et des entreprises. Par exemple, en 1990 les PMA ont reçu par habitant une somme de 28 US$ de la part de l'assistance officielle au développement. Environ 8,5% de cette somme a été allouée à l'aide pour les priorités sociales. Les ménages ont aussi des ressources disponibles pour la santé : 3 à 5% des budgets des ménages sont couramment affectés aux dépenses privées de santé.

Cette vision macro-économique des ressources pour la santé est particulièrement intéressante en matière de conception des réformes sanitaires et d'examen de leur faisabilité financière. L'implication des différents partenaires financiers dans la planification des activités nationales de santé dans une perspective macro-économique permet d'élaborer une planification où les contraintes budgétaires propres à chacun des partenaires sont prises en compte. Cette approche est utile en ce sens qu'elle permet une planification mieux adaptée à la réalité. Par exemple, planifier un accroissement de la dépense publique de santé n'a pas de sens en marge d'une croissance globale du secteur public ; de même, l'approche macro-économique montre clairement que la croissance du secteur public repose sur la croissance de l'économie nationale dans son ensemble.

Complémentarité entre les approches macro- et micro-économiques

La vision macro-économique doit être complémentaire à l'approche micro-économique des politiques de développement sanitaire. Une fois déterminés les différentes sources et le niveau de financement des soins de santé — gouvernement central et gouvernements locaux, entreprises, ménages et donateurs — une analyse micro-économique doit être entreprise pour assurer l'allocation optimale des ressources. Elle est aussi nécessaire pour déterminer combien d'activités en rapport avec la santé peuvent être mises en œuvre dans le cadre du budget disponible et comment en maximiser l'impact en termes sanitaires. La notion de coût-efficacité est cruciale pour trouver des réponses à ces questions puisqu'elle permet de découvrir des options susceptibles de maximiser les résultats sanitaires à partir de ressources rares.

De même, les analyses macro-économique et micro-économique sont toutes deux nécessaires lorsque l'on étudie la faisabilité des arrangements de partage des coûts. L'analyse macro-économique peut révéler les fondements d'un accroissement de la contribution financière des ménages au niveau communautaire. Cependant, l'analyse micro-économique est nécessaire pour voir à quel point les ménages des divers groupes socio-économiques ont la capacité et la volonté de payer pour leur santé. L'analyse micro-économique peut ainsi se montrer utile dans l'étude de l'équité respective de différents modèles de partage des coûts. L'approche micro-économique convient également à l'étude des objectifs et du comportement des différents partenaires du financement de la santé, notamment lors de la comparaison des différentes propositions de réforme.

L'initiative de coopération intensifiée de l'OMS avec les pays les plus démunis

A la fois en réponse aux problèmes urgents qui existent actuellement et par un sens aigu des besoins humanitaires, l'OMS s'est engagée dans une nouvelle initiative en faveur de l'intensification de sa coopération avec les populations et les pays les plus démunis. L'analyse économique de la santé entre pour une part importante dans cette action. L'évolution économique récente ayant accentué la rareté des ressources, les planificateurs se trouvent confrontés à la nécessité de prendre en compte la réalité économique dans la conception des politiques de santé. L'identification et l'évaluation des stratégies économiquement réalisables en matière de financement, de distribution et d'administration des services de santé est en passe de devenir l'une des principales composantes du travail de l'OMS.

Au niveau national, la tâche consiste à aider chaque pays à améliorer son aptitude à entreprendre l'analyse économique des problèmes de développement sanitaire, afin d'être à même de concevoir des politiques et des stratégies adéquates. Les pays seront en particulier encouragés à adopter une approche réaliste des priorités sanitaires dans le contexte des ressources disponibles et des ressources potentielles.

A propos de cette publication

Dans le contexte de l'engagement de l'OMS à assister les pays les plus démunis pour entreprendre une analyse économique des problèmes de développement sanitaire, une Conférence internationale sur la macro-économie et la santé dans les pays les plus démunis s'est tenue à Genève du 24 au 26 juin 1992. Dans ce livre, nous présentons un choix de communications qui traitent plus particulièrement des relations existant entre l'environnement macro-économique et la santé dans les pays les plus démunis. Cet ouvrage comprend deux parties. Dans la première partie, qui traite de l'environnement macro-économique et de la santé, les sujets suivants sont présentés : santé et croissance économique, ajustement macro-économique et le secteur de la santé, et ajustement macro-économique et politique de lutte contre la pauvreté. Dans la seconde partie, des études de cas sont présentées portant sur l'Amérique latine et les Caraïbes, la Bolivie, le Tchad, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Malawi, le Mali et le Népal. Ces études de cas appliquent les outils de l'analyse macro-économique et sont orientées sur l'action : elles analysent la manière dont l'environnement macro-économique affecte les conditions de santé et comment il influence la mise en œuvre ou l'adaptation des politiques de santé et des schémas de financement de la santé. Un résumé des débats conduits lors de la Conférence est proposé à la fin de l'ouvrage. Les différents chapitres sont résumés ci-après.

Environnement macro-économique et santé : théorie et politique

Dans le chapitre 1, J.R. Behrman analyse comment la croissance économique et la santé interagissent sur un plan théorique. D'un côté, la santé est une composante importante du capital humain, en ce sens que les investissements dans la santé ont des effets directs et indirects sur la productivité et, par voie de conséquence, sur la croissance économique. Exploitant abondamment à la fois les enquêtes socio-économiques et les études expérimentales, Behrman constate les effets manifestes de la santé sur la productivité du travail, au moins pour ce qui concerne les individus les plus pauvres des pays en développement. Il apparaît que ces effets sont immédiats du fait de l'absorption courante de calories ou de micro-nutriments à moyen terme (ce qui se reflète dans le poids) et à long terme (ce qui se reflète dans la taille). L'existence de tels effets confère un intérêt à la santé des membres les plus pauvres de la société, non seulement parce que la santé a une valeur en elle-même mais aussi parce qu'elle peut entraîner des gains de productivité.

Les investissements dans la santé peuvent aussi avoir des effets indirects sur le rendement d'autres investissements dans le capital humain comme la scolarisation et d'autres formes d'éducation. Des études basées sur des enquêtes socio-économiques en provenance du Népal, de Thaïlande, de Chine, des Philippines, du Brésil et du Ghana suggèrent qu'une mauvaise santé permanente affecte de manière négative les résultats scolaires. Une meilleure santé accroît le potentiel d'apprentissage et, par voie de conséquence, la rentabilité des investissements dans la scolarisation.

La croissance économique et sa distribution sont les facteurs les plus à même d'exercer des effets sur la santé. Le premier et principal effet de la croissance économique sur la santé est vraisemblablement d'affecter les retours espérés des investissements dans la santé. Ces investissements couvrent toute la gamme des soins préventifs et curatifs. En plus, toutes les autres dépenses sur les facteurs déterminants de la santé, comme l'eau et les sanitaires, peuvent être considérées comme des investissements dans la santé. Le second effet majeur de la croissance économique sur la santé est d'augmenter le revenu, ce qui accroît la capacité financière des gens à investir dans la santé. Troisièmement, la croissance économique a pour résultat le développement concomitant des marchés. Le développement du marché des produits, par exemple, tend à augmenter les gains de productivité attendus des investissements de santé. Avec la croissance, l'économie est mieux intégrée et conduit au développement des infrastructures rurales comme les transports et les communications. L'effet global de la croissance sur le développement socio-économique de la société, et sur l'état de santé en particulier, dépend cependant de la manière dont les ressources additionnelles dégagées par la croissance sont distribuées. Des progrès substantiels dans le domaine de la santé ne peuvent être réalisés que lorsque les bénéfices de la croissance économique sont répartis dans toute la population. Quatrièmement, la croissance économique a pour résultat une augmentation du contrôle du Gouvernement sur les ressources. L'effet sur la santé dépend de la mesure dans laquelle les ressources supplémentaires sont vouées au secteur de la santé en tant que tel ou aux secteurs connexes. Une grande attention doit être accordée à la rentabilité de l'usage de ces ressources supplémentaires. En outre, plus on dispose de ressources, plus il est facile d'améliorer l'équité à travers une meilleure allocation de ces ressources.

Dans le chapitre 2, Hans Genberg étudie les liens à court terme et à moyen terme entre l'ajustement macro-économique et la santé. Afin de clarifier ces liens, trois grands groupes de variables intermédiaires sont identifiés. Ce sont (i) les caractéristiques du ménage (à savoir l'éducation, le revenu familial, la fécondité) ; (ii) l'offre et le coût des services de santé (à savoir les dépenses gouvernementales dans le domaine de la santé et le coût des importations de matériel médical) ; et (iii) les variables cruciales de l'environnement (à savoir les conditions sanitaires, l'accès à une eau saine, le surpeuplement). Sur un plan théorique, il n'y a pas de raison pour que la relation entre les changements macro-économiques et les retombées sur la santé soient la même dans tous les pays en développement et on ne doit pas non plus s'attendre à la ressentir au niveau économique. La nature précise et l'importance des effets des changements macro-économiques sur ces variables dépendent de la structure de l'économie considérée (si elle est principalement agricole ou semi-industrielle), et de la nature exacte du (des) trouble(s) et la localisation (en termes d'activité économique et physiquement) sur ces groupes vulnérables de la société, en particulier les enfants, les femmes et les personnes âgées.

Les études empiriques sur les liens entre les facteurs macro-économiques et les indicateurs de performance sanitaire montrent que les variables intermédiaires ont l'impact suggéré par la théorie. Par exemple, on observe que des augmentations soutenues du revenu et du niveau d'éducation font décroître le taux de mortalité des nourrissons et des enfants. De même, des dépenses gouvernementales accrues dans le secteur de la santé, en absence de dégradation de l'efficience, ont des effets positifs sur la santé. Il existe cependant des effets à long terme qui ne s'appliquent pas obligatoirement à court terme. Les variables intermédiaires ne réagissent pas toujours immédiatement aux modifications de l'environnement économique. Par exemple, une meilleure situation sanitaire ou une distribution améliorée de l'eau potable ne sont pas toujours des effets immédiats de la croissance économique. La

proposition inverse est également vraie : la distribution d'eau potable et l'environnement sanitaire ne se dégradent pas instantanément dès le début d'une période de récession. Cette remarque peut expliquer pourquoi des études récentes n'ont constaté aucune détérioration significative des performances sanitaires dans un grand nombre de pays d'Afrique et d'Amérique latine durant la crise économique des années 80 et, en particulier, dans ceux qui ont adopté des programmes d'ajustement structurel.

Le chapitre 3, écrit par Per Pinstrup-Andersen, complète l'analyse du chapitre précédent. Il est axé sur les effets de l'ajustement macro-économique sur les franges pauvres de la population des pays en développement. Tandis que les crises et les réformes ont eu des effets néfastes sur la croissance économique, spécialement en Afrique et en Amérique latine, les groupes de population plus aisés ont peut-être été capables de s'adapter à la réduction de leurs revenus et à faire face à leurs besoins de base. Cependant, le déficit chez les pauvres a contribué à faire encore baisser un niveau de vie déjà bas. Pinstrup-Andersen déclare que les salaires réels moyen et minimum ont baissé de manière significative au cours des années 1980 en Afrique et en Amérique latine et que la pauvreté s'est aggravée, surtout en milieu urbain. Cette nouvelle pauvreté se reflète dans une part plus importante du budget consacrée à l'alimentation, une moindre consommation alimentaire, une présence plus marquée de carences nutritionnelles chez les pauvres et, dans certains cas, de malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire. Cependant, la plus grande partie de la pauvreté sévit en zone rurale.

Pinstrup-Andersen montre aussi que, bien que la tendance globale à long terme de la mortalité infantile a it continué de décroître au cours des années 1980 dans les pays en développement, des détériorations dans le niveau nutritionnel sont apparues dans plusieurs pays pendant les périodes de dépression économique. Par ailleurs, la dépense publique pour les services de santé a diminué. Les sécheresses, les guerres ainsi que les déplacements de populations et les famines qui en découlent ont cependant occulté les effets des crises économiques et des réformes de politique économique sur la santé et la nutrition dans de nombreux pays africains.

Le fait qu'il est important de protéger les pauvres est de plus en plus reconnu par les institutions internationales, les agences de coopération et les gouvernements nationaux. Les leçons apprises des trois premiers chapitres devraient être prises en considération lorsque l'on entreprend des réformes : (i) Les réformes de politique économique devraient soutenir une croissance économique continue, compte tenu de son impact à long terme sur la santé ; (ii) la santé et la nutrition devraient être améliorées par le biais de mécanismes de financement adéquats, afin de contribuer à l'augmentation de la productivité ; (iii) l'étendue de la pauvreté devrait être réduite. Ces objectifs ne sont pas nécessairement contradictoires. La relance des investissements dans le capital humain (par des programmes de santé, de nutrition et d'éducation) et un meilleur accès pour les pauvres aux marchés et aux facteurs de production tels que la terre et le capital réduisent la pauvreté tout en favorisant la croissance économique. Pinstrup-Andersen souligne le besoin de changements institutionnels dans le régime foncier et les facteurs de production (par le biais de crédits accordés aux agriculteurs à faible revenu) et au niveau des marchés afin de générer des emplois, pour l'utilisation de techniques agricoles coût-efficaces et pour l'investissement dans l'infrastructure rurale et urbaine.

L'environnement macro-économique et la santé dans les pays les plus démunis : études de cas

La plupart des études de cas présentées dans cet ouvrage sont le fruit de l'initiative de coopération intensifiée de l'OMS envers les pays les plus démunis. Elles traitent de questions de politique sanitaire importantes, dont la majeure partie ont été identifiées à l'occasion de travaux réalisés conjointement par l'OMS et les planificateurs des ministères de la santé, des finances et du plan dans certains pays les plus démunis. Trois besoins centraux se dégagent de ces travaux : i) améliorer la mobilisation de l'aide extérieure et l'usage qui en est fait ; ii) analyser plus minutieusement les contraintes économiques qui pèsent sur le budget public de santé, et l'allocation des ressources au sein de ce budget ; et iii) assurer un meilleur soutien analytique à la conception des réformes du financement de la santé. Ces études montrent également comment l'analyse macro-économique peut répondre à la demande du pays en matière d'analyse économique des questions de développement sanitaire les plus pressantes.

Dans le chapitre 4, Antonio Campino passe en revue la détérioration économique au début des années 1980, ainsi que les politiques de stabilisation et d'ajustement structurel qui ont été appliquées en Amérique latine et dans les Caraïbes. On craignait que la santé ne souffre de ces politiques. C'est pourquoi une importante initiative fut prise dans la région latino-américaine afin de chercher des ressources supplémentaires pour le secteur de la santé, à savoir la création de la fondation des fonds d'urgence sociale (FUS). Les FUS sont des institutions spécialisées dont l'objectif est de mobiliser des ressources en vue du financement de programmes sociaux d'éducation, de santé, de développement sanitaire et rural. Ces FUS sont de fait considérés comme une réponse au processus d'adaptation économique. Leur objectif immédiat était de créer de nouveaux programmes capables de générer des emplois nouveaux, mais à court terme. Les FUS sont financés par des fonds concessionnels émanant de donateurs bilatéraux (spécialement pour les pays les plus pauvres) ou des sources internes, dont certaines sont générées par une renégociation de la dette avec les banques privées. Un aspect important est que les FUS sont le plus souvent générés par des Organisations non gouvernementales (ONG). Selon Campino, ceci a pour résultat une plus grande efficience du fait que les FUS occasionnent davantage de bénéfices en termes de constructions, d'emploi et de création de revenus que les fonds réguliers du secteur public.

Campino mentionne que des FUS pour la santé ont été utilisés en Bolivie, au Costa Rica, au Guatemala, au Honduras, à la Jamaïque, au Nicaragua et au Pérou. C'est particulièrement en Bolivie, en Jamaïque et au Pérou que les fonds des FUS sont importants. En Bolivie, par exemple, les fonds dépensés par les FUS pour la santé au cours de la période 1987-1991 se sont élevés à presque 80% du budget total pour la santé. Campino conclut qu'un FUS peut représenter une quantité importante de ressources et, si ces ressources sont dépensées à bon escient, elles peuvent constituer un important levier pour le secteur santé et financer des évolutions novatrices des services de santé.

Dans le chapitre 5, Juan Antonio Morales décrit comment la crise économique a été si sévère en Bolivie que le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant a décru chaque année entre 1982 et 1986. Pendant le dernier trimestre de 1985, un plan de stabilisation a été mis en œuvre accompagné d'audacieux programmes d'ajustement structurel. Morales mentionne qu'un ajustement fiscal a été au cœur du programme de stabilisation. La baisse des dépenses du secteur public a eu deux effets. D'abord, le Gouvernement a différé certaines dépenses, tout en léguant le problème aux

gouvernements suivants. Deuxièmement, l'insuffisance des dépenses a entraîné une perte d'efficacité ; la perte de personnel qualifié causée par la baisse des salaires réels dans le secteur public en est un exemple.

Morales remarque que durant la période de crise économique, les dépenses publiques pour la santé ont baissé par rapport au niveau de 1981 et ont chuté à pic en 1986 en réaction au Programme bolivien de stabilisation. Cependant, à partir de 1987, on observe un vigoureux redressement des dépenses gouvernementales pour la santé. Ce redressement s'est accompagné de changements significatifs dans la composition des sources de financement de la santé : la part combinée des tarifs payés par les utilisateurs et du financement international était cinq fois plus grande qu'en 1984. Morales note de manière intéressante qu'à cause — et non pas en dépit — de la crise, il y a eu une extension significative des services de santé. Le rétablissement de l'ordre politique et économique en Bolivie a encouragé la réponse internationale à la crise économique qui, dans une large mesure, a profité aux secteurs connexes de la santé. La Bolivie a été aussi un des pays d'Amérique latine où un fonds d'urgence sociale a été créé, dont le principal objectif était d'apporter un soulagement aux problèmes de pauvreté les plus urgents. La construction d'égouts et l'aide au développement d'approvisionnement en eau dans les zones rurales ont fait partie des projets les plus importants.

La politique nationale de santé a connu également des changements significatifs depuis 1982. L'accent a été mis sur la santé préventive et les soins de santé primaires sont devenus la politique officielle, faisant appel à la participation active des populations aux programmes de santé. En 1989, la politique de santé a changé à nouveau, s'appuyant davantage sur un réseau de postes de santé et de cliniques où seraient dispensés des services préventifs gratuits et des soins à bas prix. En 1991, la politique gouvernementale a consisté à dépenser davantage pour les programmes anti-pauvreté susceptibles de mieux servir la santé des pauvres.

Pour terminer, Morales insiste particulièrement sur la nécessité d'augmentations continues dans le domaine de la santé. Il demande l'élargissement de l'assiette fiscale, le taux des taxes étant trop faible par rapport à celui du PIB. Avec un budget ainsi augmenté, le Ministère de la Santé pourrait avoir une part plus grande ou tout au moins égale dans le budget gouvernemental global. En ce qui concerne le financement extérieur, il défend la thèse que les fonds étrangers doivent constituer des ressources additionnelles plutôt que de se substituer aux fonds domestiques, comme cela s'est passé ces cinq dernières années.

Le thème développé par Jean Perrot dans le chapitre 6 est le rôle de l'aide extérieure dans le financement du secteur de la santé au Tchad. Cet auteur rapporte que le Gouvernement est incapable de financer les dépenses de santé à lui seul et que l'aide extérieure restera l'une principales sources de financement au cours de la prochaine décennie. Perrot commente de manière intéressante le Plan gouvernemental 1990-2000 et ses implications dans le financement de la santé. L'ambition du Gouvernement est d'augmenter la part de ses dépenses pour la santé de 4,2% à 10,4% en l'an 2000. En dépit des efforts de l'État, les dépenses publiques de santé par personne s'élèveraient seulement à 2,5 US$ à la fin de la décennie. Le Gouvernement tchadien ne compte pas seulement sur l'aide extérieure pour financer les dépenses de santé nécessaires mais il projette également une augmentation annuelle de 10%. Le Gouvernement ne considère pas l'aide comme une substitution temporaire, mais comme un complément indispensable pour atteindre un niveau satisfaisant de santé. Si les projections sur les finances extérieures et domestiques se réalisent, les dépenses totales de santé seraient de 10 US$ par personne en l'an 2000, ce qui, dépensé de manière adéquate, constituerait un progrès substantiel au niveau de la santé.

Perrot suggère également que le partage des coûts avec la population peut apporter de nouvelles ressources au système de santé. Le recouvrement des coûts aiderait les structures de santé, particulièrement au niveau du premier contact, à assurer le renouvellement des stocks de médicaments et les petits frais généraux. Le partage des coûts avec la population ne dispense cependant pas le Gouvernement et les donateurs extérieurs de leurs efforts. L'aide extérieure a souvent dû se substituer au Gouvernement, jusqu'à prendre en charge une part substantielle, voire même l'intégralité, des coûts de fonctionnement d'une structure de santé. Perrot avance l'idée que cette aide se rapproche beaucoup d'une situation de concession, par laquelle le Gouvernement concéderait la mise en œuvre d'un service de santé à un concessionnaire, tel qu'un donateur ou une Organisation non gouvernementale. Il considère que cette approche concessionnaire vaut la peine d'être étudiée, du fait que le Tchad ne pourra pas se passer de l'aide extérieure avant longtemps.

Au chapitre 7, Ulrich Camen et Guy Carrin analysent d'abord la politique budgétaire récente en Guinée et son impact sur le secteur public de santé. Ils observent que l'économie s'est détériorée de manière dramatique au milieu des années quatre-vingts. Une nouvelle politique économique orientée vers la croissance fut introduite à la fin de 1985, soutenue par des programmes d'ajustement structurel et une aide substantielle des donateurs bilatéraux. Camen et Carrin établissent toutefois que la part des dépenses courantes de santé dans la dépense publique totale a diminué au cours de la période 1987-90, en dépit d'un accroissement du budget total de l'État, avant de croître de nouveau en 1991.

Camen et Carrin poursuivent en étudiant la politique récente de santé en Guinée, en particulier les possibilités de financement d'une réforme du secteur des hôpitaux de district par le budget de santé du Gouvernement. A la base, cette réforme se compose de la rénovation des hôpitaux de district et de l'introduction concomitante d'accords de partage des coûts. Ils utilisent un modèle simple de simulation conçu à l'OMS, qui aide à analyser l'impact probable des changements macro-économiques sur le secteur public en général, et sur les dépenses de santé du Gouvernement en particulier. On peut tirer deux conclusions principales de leur analyse. D'abord, en regard des problèmes budgétaires du Gouvernement, les dépenses courantes de santé gouvernementales ne peuvent pas être augmentées de manière significative en termes réels à court terme. Bien que l'augmentation des dépenses courantes qui résulterait de la réforme hospitalière soit relativement modeste, il serait difficile d'y faire face dans le court terme, compte tenu de la rigueur de la contrainte budgétaire. La mobilisation de ressources par le partage des coûts et une plus grande efficacité dans l'emploi des ressources dans le domaine de la santé est cruciale. Ensuite, l'étude montre clairement l'importance de la politique de la main-d'œuvre pour l'efficacité globale du secteur de la santé. La part des salaires dans le budget récurrent de la santé a augmenté de 60,9% en 1989 à 87,8% en 1992 ; cette politique a sérieusement bloqué des dépenses complémentaires importantes pour les produits pharmaceutiques et les fournitures médicales. Il semble ainsi que des politiques de partage des coûts doivent être définies et appliquées afin d'assurer une qualité minimum des services de santé.

Kodjo Evlo mentionne dans le chapitre 8 consacré au secteur de santé en Guinée-Bissau qu'afin de redresser les grands déséquilibres macro-économiques, le Gouvernement a entrepris une série de réformes en 1983 dans le cadre de la stabilisation des programmes d'ajustement structurel. Ces mesures comprenaient la dévaluation de la monnaie nationale, une augmentation du prix des produits agricoles, une libéralisation du commerce, la réforme des entreprises publiques et des réductions des dépenses gouvernementales. Ces réductions ont débouché sur une sérieuse diminution du budget gouvernemental de santé : entre 1986 et 1990,

une baisse de 27,4% en termes réels a été enregistrée. Ces réductions ont cependant été largement compensées par l'aide étrangère et le total des dépenses pour la santé a augmenté de 33% en données réelles entre 1980 et 1989. Comme dans le cas du Tchad (voir chapitre 6), l'aide étrangère est devenue une source essentielle de financement, sinon la plus importante. La date à laquelle les ressources nationales permettront d'assumer une part plus grande est très incertaine. A part le financement par l'aide étrangère, d'autres initiatives sont prises pour augmenter les ressources pour la santé : la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans la région de Gagu en Guinée-Bissau et l'utilisation du système traditionnel ABOTA pour le partage des coûts des services de santé. Bien que des questions subsistent quant à leur effet sur l'utilisation des services de santé, de tels systèmes de partage des coûts pourraient contribuer à résoudre les problèmes de financement du secteur.

Dans le chapitre 9, Ellias Ngalande-Banda confirme que le secteur de la santé au Malawi a indirectement subi des changements, en réponse à la politique économique globale caractérisée par son adhésion aux programmes d'ajustement structurel. Il met l'accent sur les liens étroits qui relient le secteur de la santé et le secteur agricole. La nouvelle politique agricole comprend, d'abord, une libéralisation des prix et le retrait des subventions pour les engrais. La libéralisation des prix a pour effet d'augmenter ces derniers, ce qui concrètement s'est traduit par une hausse des prix alimentaires et une baisse des revenus réels des ménages. Seuls les fermiers enregistrant une production excédentaire bénéficient de la libéralisation des prix. En revanche, la majorité des ménages qui, pendant de longues périodes devaient se procurer les biens alimentaires sur le marché, ont vu leurs revenus réels diminuer. La libéralisation des prix a aussi entraîné un mouvement des cultures vivrières vers des cultures plus marchandes. Au cours de ce processus, les cultures vivrières ont souffert et, avec elles, le niveau nutritionnel de la population.

Deux autres composantes de la politique agricole ont été la suppression de l'ADMARC en tant que seule distributrice d'engrais aux petits agriculteurs et la réduction des subventions pour l'achat d'engrais comme résultat du programme de suppression des subventions aux engrais. Les clubs de fermiers ont repris ce rôle de fournisseur d'engrais à crédit en suivant une politique stricte de recouvrement des créances. Ces deux mesures ont conduit à une réduction des achats d'engrais avec un effet négatif sur la production des petits agriculteurs et sur le niveau nutritionnel.

Ngalande-Banda examine également les effets directs du programme d'ajustement structurel au Malawi sur le secteur public. Après la réduction du budget gouvernemental visant à restreindre les déficits du secteur public, le Gouvernement ne pouvait pas assurer le financement de l'intégralité des services de santé requis. Le résultat de ces réductions de budget est que le Gouvernement ne peut plus assurer le financement complet des services des soins de santé nécessaires. Un des points du programme de réduction du budget est le retrait des subventions pour les médicaments dans les Magasins médicaux centraux, l'organisation gouvernementale d'approvisionnement pharmaceutique ; cela signifie que les structures publiques et celles des Organisations non gouvernementales doivent dépenser plus pour les médicaments. Le partage des coûts des services de santé, incluant l'approvisionnement en médicaments, est donc à l'ordre du jour. L'auteur décrit les résultats de plusieurs expériences de partage des coûts, spécialement dans des hôpitaux privés, à partir desquelles il est possible de tirer des leçons.

Dans le chapitre 10, Joseph Brunet-Jailly montre que les services de santé publics du Mali se sont effondrés bien avant la période d'ajustement structurel. L'une des principales raisons de cet effondrement est que le Gouvernement a créé

une bureaucratie mais n'a pas, dans le même temps, développé les services offerts à la population. En 1974, par exemple, un citoyen malien sur deux avait en moyenne un contact par an avec les services de santé alors qu'en 1986, seulement un sur quatre bénéficiait d'un tel accès. De plus, la politique des services officiels d'approvisionnement pharmaceutique qui a consisté à importer des médicaments onéreux a été très nuisible à l'accès des populations aux services de santé. De 9% au début des années 70, la part de la santé dans le budget public est tombée à 4% dans la période récente. Les patients et leurs familles financent désormais les trois quarts de la dépense nationale de santé. Brunet-Jailly met l'accent sur le fait que le soutien extérieur et l'assistance technique ont joué un rôle central dans la surveillance épidémiologique, le programme élargi de vaccination et le programme de santé maternelle et infantile.

Brunet-Jailly insiste sur le fait que la politique d'ajustement structurel ne peut être tenue pour responsable du déclin du budget public de santé et sur la négligence qui a caractérisé l'attitude à l'égard de l'amélioration des services de santé qui est intervenue beaucoup plus tôt. L'ajustement structurel a cependant fourni l'occasion d'introduire certains changements de structure importants — et certains changements nocifs — dans le secteur de la santé. D'abord, la pratique privée de la médecine se développe, à la fois en réaction au gel des recrutements de personnels de santé dans la fonction publique et à la pauvreté des services offerts. Ensuite, l'importation et la vente de médicaments ont été privatisées et ne seront pas réglementées. Brunet-Jailly se montre très critique sur la politique d'ajustement structurel dans son ensemble, du fait qu'elle conduit souvent à un diagnostic erroné des problèmes du secteur santé et à une conception inadéquate des activités qui y sont proposées.

Dans le chapitre 11, Suniti Acharya, Guy Carrin et Alejandro Herrin décrivent d'abord les grands traits du rôle du secteur de la santé dans le budget gouvernemental du Népal. Ils notent que la part des dépenses de santé par rapport aux dépenses gouvernementales totales auront décliné de 4,8% pendant l'année fiscale 1988-89 à 3,8% pour l'année fiscale 1991-92. Ils analysent le Discours sur le Budget du Ministre des Finances pour l'année fiscale 1991-92 et notent qu'en raison du fardeau de plus en plus lourd de la dette (intérieure aussi bien qu'extérieure) et des dépenses excessives par rapport aux revenus dans le passé, il s'exerce une pression croissante pour contrôler le déficit budgétaire. Dans le même temps, les politiques sectorielles semblent définies comme si la diminution de la part de la santé dans les dépenses gouvernementales totales était en passe d'être arrêtée.

Acharya, Carrin et Herrin utilisent alors le même modèle de simulation qui avait été appliqué au budget de santé du Gouvernement guinéen (chapitre 7) pour établir trois scénarios dans lesquels sont projetées les dépenses de santé sur la période 1992-95. Dans un des scénarios (le scénario de référence), les dépenses gouvernementales réelles de santé croissent comme le véritable PIB à partir de 1991. Le second est un scénario (scénario du Discours sur le Budget) où les projections pour 1992 sont celles du Discours du Budget prononcé par le Ministre des Finances ; à partir de 1993, les dépenses de santé augmentent à nouveau comme le PIB. Dans le troisième scénario (scénario de contrainte du déficit budgétaire), les dépenses totales du Gouvernement et les dépenses de santé sont ajustées à la baisse de 1993 à 1995 afin de maintenir un déficit du secteur public n'excédant pas 9% du PIB. Ces analyses de simulation sont particulièrement utiles pour le Ministère de la Santé car elles donnent une indication claire de l'impact potentiel de différentes évolutions macro-économiques sur le secteur public de santé. En ce sens, le Ministère de la Santé sera mieux informé sur la nécessité

d'ajuster le niveau de son budget sanitaire. En outre, la réalité macro-économique va amener les autorités sanitaires à envisager, dans le cadre des réductions du budget public de santé, des schémas alternatifs d'allocation des ressources susceptibles de maintenir au moins le niveau actuel d'efficacité du secteur public de santé.

Une Stratégie pour adapter la politique de développement sanitaire et pour soutenir les réformes de la santé dans les pays les moins avancés

L'évolution macro-économique de la dernière décennie et les problèmes persistants de pauvreté et de mauvaise santé dans les pays pauvres nous suggèrent d'adapter l'approche analytique à la politique de développement sanitaire. L'OMS peut contribuer à une meilleure santé en développant un large cadre en matière de politique sanitaire. Alors que l'on devrait continuer à analyser la politique de santé d'un point de vue micro-économique, il est temps de renforcer la conception de la politique de santé en prenant également en considération cette perspective macro-économique. Ceci implique essentiellement (i) de prendre en considération les budgets et le comportement de tous les agents économiques impliqués, à savoir le gouvernement central et local, les entreprises, les ménages aussi bien que les donateurs nationaux et internationaux ; et (ii) d'incorporer au processus d'élaboration de cette politique les effets des variables macro-économiques sur différents secteurs économiques et différents marchés qui ont un effet indirect sur la santé, comme les prix et les salaires, les taux d'intérêt et les taux de change. Les études de cas présentées dans cet ouvrage représentent une étape en direction d'une approche analytique plus large. Spécialement en ce qui concerne le point (i) ci-dessus, les études de cas au Tchad et en Guinée-Bissau attirent notre attention sur l'importance globale de l'aide extérieure pour le financement de la santé. Le chapitre sur l'Amérique latine et les Caraïbes nous informe sur une autre forme de financement, sous la forme des fonds d'urgence sociale. L'étude sur la Bolivie fait référence à la réforme fiscale comme moyen d'augmenter, indirectement, les ressources pour la santé. Les études sur la Guinée et le Népal analysent l'impact des contraintes macro-économiques, telles que la limitation de la croissance économique, sur les budgets publics de santé. L'analyse du secteur sanitaire malien met l'accent sur l'importance du comportement du Gouvernement dans le déclin du secteur public de santé. L'étude sur la santé au Malawi traite en particulier de l'impact de la politique agricole sur la santé.

Du fait que les décisions au niveau macro-économique affectent la santé, les décideurs politiques, qui ont traditionnellement été étrangers au domaine de la santé, doivent s'intéresser aux conséquences de leurs décisions sur la santé et s'en sentir responsables. De même, les décideurs politiques au sein des ministères de la Santé doivent acquérir la capacité d'estimer la faisabilité des réformes et de la politique de santé dans un environnement économique contraignant. Nous sommes convaincus que la Conférence internationale sur la macro-économie et la santé ainsi que le présent ouvrage aideront l'OMS à affiner les outils d'analyse appropriés qui peuvent être utilisés pour assister les pays les plus démunis dans la conception de politiques de santé réalistes et continues. L'OMS sera ainsi en meilleure position pour jouer un rôle spécifique dans l'intensification de la coopération avec les pays les moins développés sur la base d'une action au cas par cas.

Références bibliographiques

PNUD (1992) *Human Development Report*, Oxford University Press.

Schultz, T. (1981) *Investing in People*, Berkeley, University of California Press.

Première partie
ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ :
THÉORIE ET POLITIQUE

Chapitre 1

SANTÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE : THÉORIE, RÉALITÉ ET POLITIQUE

J.R. Behrman

Université de Pennsylvanie, Philadelphie, PA, USA

Introduction

Santé et croissance économique sont intimement liées : en théorie, la santé peut notablement affecter la croissance économique et la croissance économique peut fortement affecter la santé.

La santé peut être un composant important du capital humain, en ce sens que les investissements de santé ont des effets directs sur la productivité par unité de temps, et ainsi sur la croissance économique. Des individus en meilleure santé peuvent, avec un complément en capital et en terre, devenir plus productifs. Ils peuvent travailler plus intensément et plus efficacement. En outre, les investissements de santé peuvent augmenter la rentabilité d'autres investissements dans le domaine du capital humain tels que la scolarisation. Une meilleure santé peut augmenter l'acquis scolaire ce qui accroît en retour la rentabilité de l'investissement éducatif et est susceptible de provoquer davantage de scolarisation. Il est également probable qu'une meilleure santé accroît l'espérance des années de production après la scolarité ce qui, là encore, accroît la rentabilité de l'éducation. L'analyse standard des investissements dans le capital humain admet toutes ces possibilités. La première partie de ce document est un compte rendu de la théorie accompagné des preuves qui l'étayent, en particulier les voies directes et indirectes au travers desquelles la santé peut affecter la productivité.

Il est vraisemblable que la croissance économique et la nature de cette croissance y compris sa répartition entre les membres de la population ont un impact important sur le rendement attendu des investissements dans la santé et de ce fait sur l'importance de tels investissements qui viennent s'ajouter aux effets éventuels de la consommation. Les modèles standards d'investissements dans le capital humain indiquent les liens qui peuvent être établis entre croissance économique et santé. Parmi les individus et les ménages, par exemple, un revenu par tête plus élevé entraînera vraisemblablement de plus fortes demandes de santé. De fortes espérances de croissance économique globale amèneront, en outre, des investissements plus importants dans la santé, du fait même que les rendements de ces investissements augmenteront parallèlement à la croissance économique. Les schémas de croissance économique varient cependant considérablement selon les pays, en partie à cause de la nature de leurs choix politiques. Le choix, par exemple, entre des stratégies de développement orientées vers l'extérieur ou vers l'intérieur implique non seulement différents degrés de croissance économique globale, mais aussi des incitations différentes pour l'utilisation de processus de

production à forte intensité en travail, différentes motivations pour la composition de la production et pour la mobilité du travail, et différentes capacités d'adaptation aux changements à court terme ou à long terme sur les marchés mondiaux. De telles différences peuvent agir rétroactivement sur des aspects importants de la santé des différents membres de la population, sur le rendement attendu de l'investissement dans la santé et dans les autres branches du capital humain : ainsi, des stratégies davantage orientées vers l'extérieur stimulent généralement plus vers un large investissement dans la santé et les autres composants du capital humain. Des pays qui se trouvent à des niveaux de développement similaires ont également poursuivi des politiques tout à fait différentes en matière d'investissement dans les ressources humaines, avec des implications directes et indirectes sur la santé. La deuxième partie de cet exposé est un compte rendu du modèle économique standard des déterminants des investissements de santé et décrit comment la croissance macro-économique, d'une part, et les grandes « macro-politiques » d'autre part, peuvent influencer les investissements de santé.

La théorie économique peut fournir des cadres de travail à l'intérieur desquels différentes possibilités d'interrelations entre santé et croissance économique peuvent être évaluées. Cependant, la théorie économique n'indique pas l'ampleur de telles interrelations ; dans certains cas, elle n'indique même pas la direction que peut prendre un tel effet, du fait que la théorie peut prédire des effets opposés en l'absence d'une information précise permettant de savoir quel effet est le plus grand. Afin d'obtenir une telle information, il faut tenir compte de l'observation empirique.

Cette même observation ne donnera vraisemblablement guère d'information en l'absence d'une théorie pour l'étayer. Le simple « examen des données » ne permettra pas de comprendre correctement la nature d'une relation de causalité sur la base d'observations et de données généralement non dérivées de l'expérimentation. Les expériences bien construites sont souvent très coûteuses et difficiles à entreprendre. Pour comprendre l'impact de la santé sur la productivité, par exemple, il est important de vérifier la possibilité que la productivité affecte la santé (en accroissant les revenus) ou que santé et productivité reflètent un troisième facteur (par exemple, que quelques individus sont en meilleure santé et sont plus productifs parce qu'ils sont plus énergiques). Des problèmes similaires existent dans l'interprétation des liens entre croissance économique et situation sanitaire, et de tels problèmes ne peuvent être ignorés ou simplement rejetés parce que trop techniques. Les meilleures estimations doivent être obtenues en prenant en compte les limites des données et les problèmes inhérents à l'élaboration de ces estimations. La théorie économique peut être un guide utile pour éviter un certain nombre de pièges dans l'interprétation des données empiriques et pour entreprendre des analyses empiriques qui soient à même de réduire les erreurs éventuelles dans les estimations finales. La meilleure appréhension des interactions entre santé et croissance économique sera vraisemblablement obtenue par un habile mélange de théorie économique et d'analyse des données.

Dans ce document, j'ai essayé non seulement de débattre des implications de la théorie économique en matière d'interrelation entre santé et croissance économique mais également de préciser certaines des implications de la théorie économique sur l'analyse empirique et les difficultés inhérentes à la mise en œuvre de telles analyses. J'ai aussi brièvement passé en revue quelques études récentes portant sur des aspects importants des liens entre santé et croissance économique qui concernent quelques-uns des problèmes liés à l'élaboration d'évaluations. Ces études montrent comment les estimations peuvent évoluer lorsqu'elles prennent en compte certains des problèmes suggérés par la théorie économique. Mon étude est sélective car les autres articles de ce livre sont centrés sur l'analyse empirique ; j'ai

toutefois considéré qu'il était utile d'y inclure quelques exemples afin d'illustrer les implications de la théorie économique pour l'analyse empirique de la relation santé-croissance-économie ; j'ai aussi pensé que cela nous permettrait de mieux comprendre ces interactions.

1. Impact de la santé sur la croissance économique

1.1. Impact direct de la santé sur la productivité

Afin d'interpréter les indications empiriques disponibles de l'impact direct de la santé sur la productivité, il est essentiel de considérer ce que nous apprend la théorie économique sur les relations de comportement qui sous-tendent tous les effets possibles. L'économie élémentaire indique qu'une interprétation erronée est possible si des aspects importants sont ignorés en entreprenant une analyse empirique systématique. C'est pourquoi je discuterai d'abord des implications de la théorie économique avant de me tourner vers les estimations empiriques qui lui sont liées.

L'impact de la santé sur la productivité marginale des individus[1] dans des activités économiques telles que la production des biens et des services (y compris la production dite « des ménages » et la production mesurée au plan national) nous intéresse dans ce contexte. La productivité marginale dépend directement de différentes caractéristiques individuelles (par exemple, des capacités cognitives, de l'état de santé, de l'effort, du temps de travail, de l'habileté), des facteurs de production avec lesquels travaille l'individu (par exemple, de stocks de capital tels que la terre, les machines et l'équipement, et les biens intermédiaires), et le niveau technologique, selon la formule

$$W = W(H,E,T,CC,A,K,F,\ldots), \qquad (1)$$

dans laquelle W est la productivité marginale de travail, H l'état de santé, E l'effort, T la durée du temps de travail, CC les capacités cognitives, A l'habileté, K le capital et F les consommations intermédiaires. Tous ces déterminants de la productivité marginale peuvent être des vecteurs aux dimensions multiples. L'état de santé, par exemple, comprend des dimensions liées à l'alimentation, à la force, à la résistance, à l'agilité, à la concentration et à d'autres aspects de la santé susceptibles d'augmenter la productivité.

1. La productivité marginale d'un individu durant une période active donnée est définie comme le produit ajouté du temps supplémentaire consacré par l'individu à la tâche en question, toutes choses égales par ailleurs. Exemple : la productivité marginale d'un coupeur de canne à sucre est la quantité supplémentaire de canne que la personne couperait durant un court temps supplémentaire. La productivité marginale d'un individu diffère généralement de la productivité moyenne de ce même individu à cause des rendements décroissants des facteurs fixes de production, y compris la concentration et l'endurance. Les produits marginaux sont d'un intérêt conceptuel plus grand que les produits moyens car ils rendent directement compte de l'efficacité, en ce sens que si les produits marginaux sont égaux dans toutes les activités, aucun produit supplémentaire ne peut être obtenu en réaffectant des travailleurs (ou tout autre facteur de production) entre les différentes activités. Il n'en est pas de même pour les produits moyens. Dans le modèle conceptuel le plus largement utilisé, celui de la concurrence parfaite, dans lequel aucun élément ne peut affecter les prix du marché, et dans lequel les éléments n'influent pas entre eux sauf au travers du marché (aucune influence extérieure telle que la pollution), les salaires équivalent également aux valeurs des produits marginaux du travail.

L'impact direct des améliorations courantes de l'état de santé sur la productivité est simplement le changement de productivité qui accompagne un changement sanitaire, tout le reste demeurant égal par ailleurs. Dès qu'une estimation de la productivité marginale a été obtenue à partir de l'équation (1), le calcul de l'impact direct de la santé sur la productivité ne pose aucun problème. Toutefois, afin d'obtenir une estimation non biaisée des paramètres de l'équation (1), il faut savoir que de nombreux déterminants de la productivité du travail, y compris la santé, sont contrôlés par les individus ou les ménages, soit à court terme soit sur une plus longue période. La ration alimentaire d'un individu, par exemple, est le résultat de décisions familiales sur les aliments et sur la répartition de ces aliments entre les membres du ménage. De même, les variables de stock telles que la situation sanitaire à long terme et la disponibilité de machines et d'équipement reflètent des décisions d'investissements prises dans le passé. De tels inputs, qu'ils soient à court ou à moyen terme, reflètent des décisions des ménages en rapport avec le contrôle qu'il exerce sur les ressources, la connaissance et le marché, la politique et l'environnement naturel auquel chaque ménage est confronté (cf. aussi, section 2.1).

La répercussion des choix des ménages sur les déterminants sanitaires est importante pour l'analyse empirique de l'impact direct de la santé sur la productivité à au moins trois égards.

En premier lieu, la dimension choix doit être prise en compte afin de distinguer l'association de la causalité. Comme cela a été noté dans l'introduction, les individus les plus productifs peuvent avoir des revenus plus importants et de ce fait consommer plus d'aliments et d'autres biens déterminants de l'état de santé, si bien que la base de la causalité passe en partie d'une plus grande productivité du travail à une meilleure santé et non pas (ou, tout au moins, pas entièrement) de l'état de santé à la productivité. Dans ce cas, l'utilisation d'indices simultanés d'évaluation (par exemple de variables instrumentales) peut contrôler une causalité opposée[1]. Si, à la fois, une haute productivité et les indices de santé répondent à d'autres variables cachées comme une robustesse innée ou un taux métabolique élevé, les estimations d'effets fixes peuvent être utilisées pour contrôler les variables cachées[2]. Dans le même ordre d'idée, si l'échantillon dépend du choix consistant à savoir si certains individus travaillent dans telles ou telles activités, si les enfants fréquentent telles ou telles écoles (cf. plus loin, estimation des effets de la scolarisation), si les investissements dans les individus ont été suffisants pour éviter des conditions sanitaires qui pourraient troubler le déroulement de l'expérience, les estimations peuvent être faussées par la sélectivité de l'échantillon, à moins que cette sélectivité ne soit elle-même contrôlée[3].

---

1. Dans ces estimations, chaque variable explicative déterminée par le choix familial ou individuel (en particulier, dans ce cas, l'état de santé) est remplacée par une valeur estimée à partir d'un ensemble d'instruments. Les instruments à retenir sont : (i) indépendants du facteur perturbant dans la relation étudiée et (ii) corrélés à la variable instrumentée. Si la condition (i) n'est pas satisfaite, l'instrumentation d'une variable n'élimine pas le biais. Les prix sont souvent utilisés comme instruments. Pour un exemple, cf. l'étude de Strauss (1986), résumée plus bas.

2. Les estimations d'effets fixes peuvent être employées pour les variables non visibles, telles que la robustesse et le métabolisme, en examinant la différence dans le temps de quelques résultats comme, par exemple, la productivité comparée à l'état de santé. Cf. l'étude de Deolalikar (1988), résumée plus loin.

3. Les caractéristiques non observées dans le résidu, même si elles sont distribuées de manière aléatoire et indépendantes des variables explicatives dans la relation à la population globale, peuvent être associées aux variables explicatives dans l'échantillon retenu qui possède relativement plus que d'autres les caractéristiques non observées qui influencent l'échantillon de manière positive. Le meilleur exemple étudié d'une telle sélectivité est l'estimation d'équations de salaires, puisque les salaires ne sont examinés que pour un sous-échantillon sélectionné d'individus qui profitent plus du

Deuxièmement, il peut être dangereux à l'intérieur d'une ménage de tenir compte des allocations liées à la santé tels que des aliments parmi les membres du ménage et à d'autres usages afin d'obtenir l'impact de tels apports sur la productivité d'un individu. Par exemple, si les augmentations marginales d'aliments ne sont pas également partagées (après avoir contrôlé les différences de « besoins »), l'utilisation de la consommation d'aliments par ménage au lieu de la consommation individuelle d'aliments pour estimer la relation avec la productivité marginale peut résulter en des estimations erronées de l'impact de l'alimentation sur la productivité. Les individus pour qui l'impact marginal d'une augmentation d'aliments sur leur productivité dans le travail est plus grand peuvent recevoir une alimentation plus importante quantitativement au niveau marginal et ont plus de chance de participer plus facilement au marché du travail salarié[1]. Dans ce cas, l'utilisation des apports moyens d'alimentation par ménage plutôt que la véritable consommation de chaque individu pour estimer l'impact des apports d'alimentation sur les taux de salaire peut donner un résultat surestimé. Un point connexe est que les ménages peuvent réallouer des aliments destinés au départ à un membre particulier du ménage. Par exemple, certains travailleurs reçoivent des suppléments alimentaires de leurs employeurs, que ce soit comme partie de leur salaire ou pour des raisons expérimentales. De tels suppléments représentent une augmentation en nature pour le revenu total du ménage qui peut être distribuée entre tous les membres, puisque les aliments fournis par le ménage à ceux qui reçoivent les suppléments peuvent être réduits. L'augmentation totale de l'apport alimentaire des bénéficiaires des suppléments est en conséquence vraisemblablement inférieur à la quantité de suppléments qu'ils reçoivent. Si une telle répartition des aliments à l'intérieur du ménage n'est pas identifiée dans les analyses empiriques de l'impact des suppléments d'alimentation sur la productivité des travailleurs, le véritable impact de tels suppléments est sujet à sous-estimation. Finalement, si les ménages rétrocèdent une partie de leurs aliments à des éléments extérieurs à le ménage (par exemple, des ouvriers, des invités, des mendiants), l'utilisation pour l'estimation des aliments possédés par le ménage plutôt que ceux consommés par les membres du ménage peut biaiser l'estimation de l'impact des aliments sur la productivité de la famille[2].

---

marché du travail que d'autres activités à cause de la productivité cachée ou des facteurs de préférence. Des estimations significatives de l'impact des variables observables sur les salaires peuvent être obtenues par des méthodes qui éliminent le lien entre les variables explicatives et le résidu (incluant éventuellement les variables instrumentales avec les instruments appropriés, le contrôle des effets fixes cachés tels que mentionnés plus haut, et le contrôle direct de la décision de choix dans le ratio Heckman-Mills ou les estimations de maximum de vraisemblance — cf. tout livre d'économétrie, par exemple, Maddala, 1988). Les études expérimentales dans lesquelles les référents et les groupes étudiés sont choisis de manière aléatoire constituent des estimations d'effets fixes qui contrôlent la sélectivité des effets, sauf s'il se produit une attrition après que les groupes ont été constitués (auquel cas, il peut y avoir sélectivité).

1. Pitt *et al.* (1990) fournissent un exemple dans lequel ce qui, à première vue, apparaît être une répartition inégale de calories au sein des familles du Bangladesh, les adultes de sexe masculin semblant favorisés, les défavorisent en réalité dès l'instant que les utilisations marginales d'énergies dans le cadre du travail sont prises en compte dans l'étude.

2. Par exemple, Bouis et Haddad (1992) ont découvert pour les mêmes raisons que le rapport entre le revenu et la quantité de nourriture consommée par les membres de la famille dans les zones rurales des Philippines était plus faible que le rapport entre le revenu et les nourritures disponibles dans la même famille. Dans de tels cas, l'utilisation du rapport nourriture/famille donnerait probablement une sous-estimation de l'impact de la consommation alimentaire sur la productivité.

Troisièmement, comme la section 2 le développe plus en détail, la stimulation de la productivité dépend de la nature du marché et d'autres contraintes institutionnelles auxquelles fait couramment face le ménage et auxquelles elle s'attend à faire face dans le futur. Si les salaires sont fixés indépendamment de la productivité, par exemple, il n'est peut-être pas judicieux pour le ménage d'utiliser ses ressources pour améliorer son état sanitaire en tant qu'investissement à proprement parler, même si les améliorations auraient un grand effet sur la productivité. De même, si l'on n'est pas certain que les améliorations de la productivité seront récompensées dans le futur, il n'est peut-être pas judicieux de faire des investissements alimentaires à long terme (par exemple, chez les nourrissons et les enfants). Si des changements interviennent de sorte que les salaires refléteront plus vraisemblablement à l'avenir que dans le passé la productivité marginale du travail, ou que certaines incertitudes quant à l'avenir sont réduites, la productivité peut s'améliorer grâce à une meilleure santé parce que les incitations ont changé : la productivité est récompensée et l'incertitude réduite.

Plus loin, j'ai résumé brièvement les preuves empiriques accessibles à partir de « micro » études sur les effets directs de la santé sur la productivité du travail, tel qu'ils sont représentés par les indicateurs anthropométriques et les apports alimentaires[1]. J'ai d'abord examiné des études qui utilisaient des données provenant d'enquêtes socio-économiques, puis des études expérimentales. Ces deux types d'études traitent différemment de quelques dimensions des problèmes évoqués plus haut, en particulier ceux du choix des ménages et des individus.

Les meilleures études sont celles qui sont basées sur des enquêtes socio-économiques et qui font appel à des techniques statistiques (comme cela a été déjà dit) pour contrôler la simultanéité, les effets fixes non observés et la sélectivité associées aux choix des ménages et des individus. Pour que le succès de telles estimations soit assuré, il faut que les données accessibles et les décisions que prend le chercheur débouchent véritablement sur des variables fiables des relations estimées qui seraient indépendantes des résidus. Si de tels contrôles réussissent, les études basées sur des données obtenues à partir d'une enquête socio-économique ont l'avantage d'être relativement peu coûteuses ; elles couvrent cependant souvent de vastes populations.

Dans les études expérimentales, un effort est fait pour contrôler la simultanéité, les effets fixes non observés et la sélectivité en comparant les changements dus au traitement dans un groupe à ceux d'un groupe témoin, dont la distribution est aléatoire. Si une telle distribution est bien aléatoire, s'il n'y a pas de perte sélective des groupes après une telle distribution et si les autres conditions ne changent pas systématiquement entre les groupes au cours de l'expérience, de telles études permettent des comparaisons directes, relativement simples, des deux groupes pour évaluer le traitement. Les études expérimentales ont cependant tendance à être assez coûteuses et à exiger un plus grand degré de coopération de la part des sujets, que ne le font les enquêtes socio-économiques. Elles se limitent par conséquent généralement à de petits échantillons de populations relativement petites, ce qui aboutit parfois à des estimations moins précises et des résultats qui ne sont pas

1. Pour des résumés plus complets sur ces recherches et d'autres études empiriques auxquelles il est fait référence dans ce chapitre, cf. Behrman (1992).

forcément applicables à des populations plus grandes[1,2]. Les études expérimentales peuvent aussi être difficiles à interpréter, en raison de l'effet expérimental bien connu selon lequel les participants à une expérience augmentent leurs efforts (E dans l'équation 1) à cause de l'attention qui leur est accordée ou en réaction à certains changements survenant dans leurs habitudes ou leur environnement. La comparaison des groupes expérimentaux avec les groupes témoins évite ce biais potentiel.

J'ai mis l'accent sur des études qui traitent relativement bien de ces problèmes[3], bien que ces études elles-mêmes rencontrent les difficultés inhérentes à la recherche empirique sur les relations causales dans les sciences sociales, qui sont en relation avec quelques-uns des aspects de la théorie économique examinés plus haut. Je me suis concentré sur les implications de ces études sur l'effet de la santé sur la productivité, bien que, à titre de comparaison, j'ai aussi noté leurs implications dans l'effet de la scolarisation sur la productivité.

1.1.1. Études basées sur des enquêtes socio-économiques

Spurr *et al.* (1977 a,b,c) ont étudié la productivité de 46 et 54 coupeurs de canne à sucre colombiens et 28 porteurs de canne à sucre, tous des employés masculins d'une grande firme de plantation et de traitement de la canne à sucre. Ils ont été « sélectionnés à partir des fichiers de la compagnie sur la base d'une bonne productivité et d'un faible absentéisme, ceci afin d'éliminer la maladie chronique en tant que facteur affectant la productivité » (1977a, p.139). Pour les coupeurs de canne, ces auteurs ont trouvé une association positive entre la productivité, mesurée en tonnes journalières et la taille, la masse musculaire, la consommation d'oxygène maximale, la consommation soutenue d'oxygène et l'efficience (kilogrammes de canne à sucre/volume d'oxygène consommé) au seuil de 1%, et au seuil de 2% pour ce qui concerne le poids. Par contraste, pour les porteurs de canne à sucre, la productivité ne présente pas de corrélation significative avec la taille, le poids, le rapport poids-taille ou le poids musculaire, bien qu'elle soit corrélée négativement de manière significative au seuil de 5% avec la graisse corporelle en termes absolus et de pourcentages et positivement avec la consommation maximale d'oxygène. Les auteurs avancent l'hypothèse que la différence entre les deux groupes tient à la nature même des travaux, la coupe est continue alors que le portage est sporadique, l'accent étant mis sur la validité du troisième point examiné auparavant.

Strauss (1986) a évalué l'effet de l'apport calorique moyen par ménage sur la productivité du travail dans les fermes familiales de la Sierra Leone, sur la base de données en coupe transversale pour un échantillon stratifié aléatoire au cours de la saison 1974-1975. Il a évalué une fonction de production agricole linéaire logarithmique et considéré les calories comme déterminées simultanément. Un des inputs dans ces estimations de la fonction de production est le « travail familial effectif », qui est une fonction non linéaire du nombre réel d'heures de travail sur une ferme familiale et de la disponibilité moyenne de calories par équivalent-

1. La validité d'une extrapolation des résultats à des populations plus étendues dépendrait vraisemblablement de relations sous-jacentes approximativement linéaires à la population plus large. La validité de telles extrapolations à partir des résultats basés sur des études socio-économiques dépend de l'utilisation de formes fonctionnelles adéquates des liens sous-jacents, mais de telles études ont souvent l'avantage d'être basées dès le départ, sur de larges populations.
2. Si les échantillons sont suffisamment petits, le traitement aléatoire et les groupes de contrôle peuvent ne pas annuler les facteurs stochastiques.
3. D'autres études sont comprises dans les recherches de Barlow (1979), Gwatkin (1983), Martorell & Arroyave (1984) et Strauss (1985).

consommateur dans la famille. Le coefficient estimé pour le travail effectif de la famille dans la fonction de production agricole est statistiquement significatif, et le travail familial effectif augmente de manière significative, à un taux dégressif, avec les calories disponibles par équivalent-consommateur dans la famille. Strauss a évalué l'élasticité du rendement de disponibilité de calories par équivalent-consommateur à 0,33 au niveau de la moyenne de l'échantillon, 0,49 pour 1500 calories par jour et 0,12 pour 4500 calories par jour[1]. Ses estimations impliquent une augmentation substantielle de la productivité par heure de travail avec l'apport de calories ; par exemple, un travailleur consommant 4500 calories par jour est 20% plus productif que celui qui consomme 3000 calories par jour. La découverte d'un lien entre la productivité du travail agricole et la disponibilité calorique par équivalent-consommateur apparaît résister à plusieurs spécifications alternatives et aux changements dans les instruments utilisés par l'auteur pour cette première étape d'estimations des calories qui contrôlent la simultanéité. Une des implications de ces estimations est que les calories sont importantes dans une large mesure dans les variations de la productivité agricole entre fermes : un accroissement d'écart-type des calories par équivalent-consommateur centré sur la moyenne de l'échantillon accroît le rendement de 20%. Ainsi, l'accroissement d'un écart-type dans les heures de travail du ménage augmente le rendement de 33% ; l'accroissement d'un écart-type dans la surface de terre cultivée augmente le rendement de 18% ; et l'accroissement d'un écart-type dans les stocks de capital augmente le rendement de 3%. Deolalikar (1988) a noté, cependant, que, depuis que d'autres auteurs (par exemple Behrman & Deolalikar, 1990) ont trouvé que les répartitions internes dans un ménage varient systématiquement avec le prix de la nourriture, l'usage fait par Strauss du prix de la nourriture pour estimer les calories disponibles par équivalent-consommateur ne peut pas éliminer les biais dus aux répartitions internes des ménages.

Deolalikar (1988) a fait des recherches sur l'effet des calories sur la productivité agricole et les salaires, à partir d'un tableau de données stratifiées aléatoires sur 240 ménages de l'Inde du Sud rurale, collectées par l'International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics (Institut international de Recherches sur les Cultures dans les Régions tropicales semi-arides) en 1976-78. Il a évalué une fonction linéaire logarithmique des effets fixes de la production fermière selon laquelle le travail effectif du ménage est une fonction linéaire logarithmique du nombre réel d'heures de travail dans la ferme familiale et des moyennes d'apport calorique et du rapport poids-taille des travailleurs de la ferme, pondérés par des parts du nombre total d'heures de travail effectuées par chaque membre du ménage. Les estimations des effets fixes, comme cela a déjà été indiqué, peuvent être utilisées pour contrôler tous les facteurs fixes non observés (par exemple, les capacités, la robustesse intrinsèque) susceptibles d'engendrer à la fois une plus grande productivité et une meilleure alimentation mais qui ne peuvent pas être utilisées pour une éventuelle causalité inverse. Toutes les variables autres que la surface cultivée sont considérées comme dépendant des choix du ménage, pour lesquelles les prix des aliments sont utilisés en tant qu'instruments. Les résultats indiquent un effet positif significatif sur le rendement fermier du poids par rapport à la taille (avec une élasticité de 1,9), mais pas de l'apport de calories.

Deolalikar a aussi évalué une équation salariale des premières différences chez les travailleurs des marchés du travail agricole occasionnel, afin de contrôler les effets fixes non observés. Le rapport poids-taille (avec une élasticité de salaires

1. L'élasticité du rendement, par rapport aux calories, est le pourcentage de modification du rendement pour un changement donné de calories, exprimé lui aussi en pourcentage. Une élasticité de 0,5 signifie que, pour une augmentation de 10% en calories, le rendement augmente de 5%.

comprise entre 0,3-0,7), et non l'absorption de calories, a un effet significatif sur les salaires. Que ce soit pour la production agricole ou les taux de salaires ruraux, les effets estimés sont plus importants (de l'ordre de 1,5 à 2,4 fois plus grands lorsque les effets fixes non observés sont contrôlés ; ceci suggère que les études pour lesquelles un tel contrôle n'a pas été effectué ont peut-être sous-estimé ces effets. Les estimations de Deolalikar fournissent une base de discussion sur l'importance relative de la santé sur la productivité rurale dans cet échantillon indien, en comparaison avec l'impact de la scolarisation, considérée comme l'investissement le plus rentable dans les ressources humaines dans les pays en développement. Ses estimations[1] suggèrent que la scolarisation n'a *pas* d'effet significatif sur la production agricole ou sur les taux de salaires ruraux et qu'une augmentation de la scolarisation d'un écart-type accroîtrait la productivité agricole mesurée de beaucoup moins (moins d'un centième) que l'augmentation d'un écart-type du rapport taille-poids. Le fait que la scolarisation n'a pas d'effet sur la productivité agricole dans cet échantillon peut refléter le niveau particulièrement bas de la scolarisation (à savoir 1,2 ans par adulte chez les salariés et 1,5 ans pour les chefs de ménages agricoles) tout comme le fait que l'agriculture dans l'Inde rurale du sud, pendant la période d'échantillonnage, est relativement stagnante (en d'autres termes, elle n'a pas été affectée directement par de nouvelles options technologiques, telle que la Révolution Verte). Quoi qu'il en soit, dans les conditions dans lesquelles les travailleurs agricoles de cet échantillon ont travaillé, les rendements apparents des investissements sanitaires sont beaucoup plus grands que les rendements estimés des investissements scolaires.

Behrman et Deolalikar (1989) ont poussé plus loin leurs recherches relatives aux effets du rapport individuel taille-poids et des calories sur le marché du travail dans un modèle simultané pour le même échantillon en mettant l'accent sur les différences liées au sexe, selon la saison. Ils ont trouvé que les calories et le rapport taille-poids affectait seulement les hommes ; le premier élément étant plus important au cours de la haute saison (quand une plus grande dépense d'énergie est nécessaire pour des tâches comme la moisson) et le second plus important pendant la basse saison (quand la force innée peut être relativement importante). La scolarité n'a également montré un effet significatif que pour les hommes, les salaires augmentant de 3,7% pour une année d'école supplémentaire (ce qu'on interprète généralement comme un rendement personnel de 3,7% sur le temps passé à l'école). Les estimations de l'impact de ces trois indicateurs des ressources humaines impliquent que le taux de salaire masculin serait accru d'environ 1% pour une augmentation d'un écart-type de calories pendant la basse saison, d'environ 19% pour une augmentation similaire du rapport taille-poids pendant la haute saison et d'environ 12% pour une même augmentation de la scolarisation. Ainsi, pour ce qui concerne les variations de cet échantillon, la santé à moyen terme, comme l'indique le rapport taille-poids, a l'effet le plus grand sur les taux de salaires masculins, les années d'école ont un effet intermédiaire et les calories ont l'impact le plus faible.

Sahn et Alderman (1988) ont aussi fourni des preuves, à partir d'études effectuées sur des zones rurales en Asie du sud, que l'impact de la santé sur la productivité peut être plus grand que celui de la scolarisation, du moins pour les hommes. Ils ont estimé que la relation entre la détermination des salaires et les calories d'une ménage (en tenant compte des erreurs possibles dues aux répartitions intrafamiliales mentionnées plus haut) en tant que variable explicative déterminée

1. Ce sont des estimations à effet aléatoire. Pour les estimations à effet fixe, la scolarisation des adultes est écartée des spécifications, car ce type de scolarisation est considérée comme fixe dans le temps pour les adultes de l'échantillon.

simultanément pour 2.125 hommes et 625 femmes dans les zones rurales de Sri Lanka, en utilisant les données d'une étude de la force de travail et du niveau socio-économique en 1980-81. Les auteurs ont trouvé des résultats similaires pour les zones urbaines mais ont estimé que les résultats n'étaient pas très fiables, sans doute à cause d'une variation plus limitée des prix utilisés comme instruments dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales. Ils ont rapporté qu'il existait une élasticité statistiquement significative des salaires réels par rapport aux calories d'environ 0,2% pour les hommes, ce qui résiste à différentes alternatives d'estimation, mais qu'elle était insignifiante pour les femmes. Leur estimation comprenait aussi des variables dichotomiques correspondant à différents niveaux de scolarité : les taux de rendement annuel par rapport au temps passé à l'école étaient de 2% (pas significativement différent de zéro) pour les hommes, et de 3% pour les femmes qui avaient terminé l'école primaire, de 5,5% pour les hommes et de 11,5% pour les femmes qui avaient terminé les cinq années d'école suivantes et réussi l'examen de fin d'études. Ces rendements de l'éducation sont relativement bas, spécialement si on considère qu'il n'y a aucun contrôle de l'aspect du choix de la scolarisation — les individus les plus doués étant en mesure d'avoir une plus longue scolarité (voir, par exemple, Behrman 1990 a, b, c). Ainsi, au moins pour le niveau primaire, le plus bas, qui est le plus significatif dans les pays les plus démunis, ces résultats impliquent des rendements relativement importants de la santé comparés à ceux de la scolarité masculine rurale, même si la population sri lankaise est raisonnablement bien nourrie par rapport à son niveau de revenu par habitant.

Haddad et Bouis (1989) ont évalué les relations salariales à partir de données obtenues au cours d'une enquête en 1984-85 portant sur 488 ménages ruraux sélectionnées de manière aléatoire dans la province de Bukidnon dans l'île de Mindanao, aux Philippines. Cette enquête faisait référence, entre autres déterminants, aux apports alimentaires individuels, au rapport poids-taille et la taille. Ces auteurs ont trouvé que chez les adultes (mais pas chez les adolescents) l'élasticité du salaire par rapport à la taille était d'environ 1,0 et tout à fait stable. Les estimations des apports alimentaires et du rapport poids-taille — bien que significativement positifs dans certains cas — ne s'avèrent pas assez solides pour contrôler la simultanéité et les effets fixes. Les estimations moindres carrés ordinaires sont cependant peu fiables du fait de la présence de deux des problèmes cités plus haut : la causalité inversée et le fait qu'à la fois la santé et la productivité reflètent des facteurs tiers non observés. Haddad et Bouis en concluent que leurs résultats suggèrent une plus grande importance de la santé à long terme (représentée ici par la taille) que de la santé à court ou moyen terme (représentées respectivement par l'apport calorique et le rapport poids-taille). Ils suggèrent que ce résultat s'ajoute à l'ensemble de preuves qui réfutent l'hypothèse du « petit mais en bonne santé ». En l'absence de preuves d'un effet significatif de l'éducation formelle, leurs résultats indiquent que les investissements dans la santé ont un rendement plus élevé que les investissements dans la scolarisation, dans le contexte dans lequel a été choisi leur échantillon.

1.1.2. Études expérimentales

Satyanarayana *et al.* (1972) rendent compte d'une expérience comparant deux groupes de 79 et 85 porteurs de charbon payés à la tâche et travaillant dans la même section d'une mine de charbon souterraine à environ 270 km d'Hyderabad, en Inde. Si les travailleurs étaient affectés de manière aléatoire aux deux groupes et s'il n'y avait pas d'attrition de l'échantillon (points qui ne m'apparaissent pas clairement à la lecture de cette recherche), les aspects de choix débattus ci-dessus ont été contrôlés dans cette étude. Avant le début de l'expérience, les deux groupes

ne différaient pas de manière significative en ce qui concerne la moyenne d'âge, la durée de service, la production par tête, l'assiduité, les mesures anthropométriques ou les déficiences caloriques, les apports en retinol, en thiamine et en riboflavine (en fonction de la norme indienne). Le groupe de 79 travailleurs reçut un apport supplémentaire quotidien de 500 calories et 11 g de protéine pendant six mois, à partir de mai 1980. Après un mois, on procéda à une surveillance du régime alimentaire qui fit apparaître que le second problème évoqué précédemment (c'est-à-dire les redistributions à l'intérieur du ménage) n'existait pas. A la fin des six mois, il n'y avait pas de différence significative dans la production par tête ou l'assiduité entre les deux groupes, bien que le groupe expérimental affiche un gain de poids significatif (au seuil de 1%). Les auteurs en ont conclu que l'absence d'effet sur la productivité est due à des contraintes physiques liées à l'approvisionnement en récipients vides pour charger le charbon, suggérant ainsi l'importance possible du troisième point noté auparavant, à savoir les contraintes institutionnelles sur les stimulants de la productivité.

Basta *et al.* (1979) rendent compte d'une recherche sur l'impact d'une anémie due à une déficience en fer sur la productivité des travailleurs masculins adultes d'une plantation de caoutchouc indonésienne. Un total de 302 travailleurs, sélectionnés de manière aléatoire sur une liste de 440, furent divisés en groupe anémique (152) et non anémique (150) sur la base d'un test hématocrite. Environ la moitié des travailleurs reçurent 100 mg de sulfate ferreux dans du dextrose pendant 60 jours, alors que l'autre moitié recevait un placebo d'apparence identique. Pour encourager la participation, 15 roupies (environ 0,03 US$) furent donnés chaque jour aux participants qui prenaient les comprimés ; néanmoins, 41 hommes arrêtèrent et 10 autres furent éliminés de l'analyse finale parce qu'ils avaient reçu d'autres médicaments qui auraient pu brouiller les résultats. Ces deux sources de diminution de l'échantillon peuvent signifier que les résultats sont faussés par la sélectivité de l'échantillon (le premier point déjà discuté). La productivité du travail des gemmeurs (environ 70% de l'échantillon) était mesurée à partir du poids de latex récolté, qui était aussi la base du paiement à la tâche. La productivité du travail des terrassiers (environ 30% de l'échantillon), qui recevaient un salaire quotidien fixe, était mesurée par la surface de tranchées creusée. L'analyse des données précédant l'intervention auprès des gemmeurs indique une corrélation de 0,56 entre la productivité et le niveau d'hémoglobine : les gemmeurs non anémiques récoltaient en moyenne 18,7% de latex de plus que les gemmeurs anémiques (pourcentage significatif au seuil 1%). Tous les gemmeurs qui, au départ, étaient anémiques avaient une productivité accrue après le traitement, mais seuls ceux qui avaient reçu du fer (pas le placebo) atteignaient le niveau des gemmeurs qui n'avaient jamais été anémiques ; le niveau de productivité de ces derniers ne s'était pas accru de manière significative avec le traitement, qu'il s'agisse de fer ou du placebo. L'analyse des données précédant l'intervention auprès des terrassiers indique aussi une différence (d'environ 20%) significative (au seuil 1,5%) entre les travailleurs anémiques et non anémiques. Après le traitement, il n'y avait pas de différence significative de rendement entre ceux qui avaient reçu du fer et ceux qui avaient reçu le placebo, bien que les deux aient un rendement plus grand de manière significative (seuil de 1%) que les travailleurs non traités.

Les analyses des régimes alimentaires de tous les travailleurs indiquaient que la part d'accroissement de la productivité des travailleurs traités reflétait l'apport accru de nourriture, particulièrement de feuilles qui sont des sources de fer et de vitamine C, en raison du supplément de revenu. Sur cette base, Basta *et al.* ont calculé un rapport coût-bénéfice s'élevant « potentiellement à 260 : 1 » (p. 924) en fournissant aux gemmeurs anémiques (au coût direct de 0,50 US$ par an plus la prime de 0,03 US$ par jour). Ce rapport paraît exagéré, du fait qu'il ne compte pas le coût de

l'identification des travailleurs anémiques. Selon l'auteur, la productivité du travail induite par le supplément est responsable de la collecte supplémentaire de latex ; il n'incorpore pas les coûts de l'attrition (qui s'est élevée à 13,6% pendant le traitement expérimental de huit semaines et qui pourrait être beaucoup plus élevée dans des programmes non expérimentaux), et il ne tient pas compte du fait que seuls les travailleurs à la tâche ont montré des gains différenciés, en prenant du fer plutôt que du placebo. Le manque d'effet sur les hommes recevant des salaires fixes suggère l'importance du troisième point noté ci-dessus (c'est-à-dire le manque de récompense salariale pour une plus grande productivité).

Immink et Viteri (1981) utilisent les données expérimentales du projet de supplément alimentaire de l'Instituto de Centro America y Panama pour comparer les augmentations dans les récoltes de deux groupes autrement similaires de travailleurs guatémaltèques de la canne à sucre : l'un d'eux recevait un supplément hautement énergétique et l'autre un supplément faiblement énergétique. Comme les deux types de supplément étaient donnés à des villages entiers, les travailleurs n'étaient pas répartis de manière aléatoire dans les deux groupes : il peut donc y avoir un biais de sélectivité. La productivité des deux groupes a augmenté au cours de la période de suppléments, mais la différence entre les gains de productivité était très ténue. On a trouvé que le supplément d'énergie augmentait la consommation et la dépense des travailleurs. Ces résultats suggèrent que toute différence au niveau de la dépense supplémentaire d'énergie permise par les différences de suppléments se dissipait en chaleur ou était dépensée dans des activités étrangères à l'accroissement de la productivité du travail. Le fait que la productivité ait augmenté dans les deux groupes de cette étude laisse perplexe. Cela pourrait indiquer un effet fortement décroissant de la nutrition sur la productivité ou simplement un effet expérimental dû à la participation à l'étude.

Wolgemuth *et al.* (1982) ont étudié les gains de productivité chez 47 ouvriers des ponts et chaussées kenyans après un supplément de calories. Avant le supplément, les travailleurs avaient des régimes caloriques d'environ 2 000 calories par jour. Ils furent répartis de manière aléatoire en deux groupes, l'un recevant un supplément important de calories (1 000 calories par jour), l'autre un faible supplément (200 calories par jour). L'usure de l'échantillon fut considérable et probablement sélective, du fait que les travailleurs connaissaient le supplément qui leur était attribué. Comme moins de nourriture était consommée à la maison, du fait des répartitions à l'intérieur du ménage déjà mentionnées, l'augmentation nette d'apport calorique n'était que de 500 calories par jour pour le groupe à supplément élevé et virtuellement inexistante pour le groupe à faible supplément. La quantité de terre creusée par jour augmenta de 12,5% pour les travailleurs à haut supplément, ce qui impliquait un effet calorique (une élasticité d'apport calorique de 0,5) largement positif (mais faiblement significatif, au seuil de 7,5%).

Le nombre d'études pour lesquelles un contrôle effectif a été réalisé concernant la simultanéité, les effets fixes non observés, la sélectivité des échantillons et les répartitions à l'intérieur du ménage des apports relatifs à la santé est par conséquent limité ; de plus, les estimations de la plupart de ces études (sinon toutes) se trouvent limitées par les problèmes suggérés plus haut au cours de la réflexion sur la théorie économique. Il existe cependant des preuves manifestes que la santé a des effets positifs et directs sur la productivité du travail au moins en ce qui concerne les individus les plus pauvres des pays en développement. Certains de ces effets sont très rapides, étant dus à l'apport de calories ou d'éléments nutritifs ; dans d'autres cas ils sont à moyen terme (comme le reflète le poids) ou à long terme (comme le reflète la taille). Si de tels effets existent effectivement, ils fournissent des éléments de base importants pour la santé des membres les plus pauvres de la société, non seulement parce que la santé est intéressante en elle-même, mais aussi

parce qu'elle peut permettre de réaliser des gains de productivité. Les études passées en revue tendent à indiquer que la santé a un plus grand effet sur la productivité que la scolarisation formelle, bien que les effets de la scolarisation aient été mis en valeur dans la littérature (par exemple, Banque Mondiale, 1980, 1981 ; PNUD, 1990 ; Banque Mondiale, 1990, 1991)[1]. De plus, les efforts accomplis à ce jour pour mesurer les effets de la santé sur la productivité ont eu tendance à se concentrer sur des économies caractérisées par un développement relativement limité du marché du travail. Avec la tendance à une plus grande dépendance à l'égard du marché dans un grand nombre d'économies en développement, l'impact d'un meilleur état de santé sur la productivité devrait s'accroître, du fait du renforcement des incitations à la productivité.

1.2. Impact indirect de la santé sur la productivité

La santé peut ne pas avoir que des effets directs sur la productivité du travail mais aussi des effets indirects si elle affecte n'importe laquelle des variables en relation (1) avec la productivité marginale du travail. Comme ces variables reflètent les choix du ménage (y compris les investissements passés ou actuels dans les déterminants de la santé), les problèmes d'estimation et d'interprétation sont similaires à ceux discutés précédemment : le contrôle de la simultanéité afin que la causalité puisse être distinguée de l'association ; le contrôle des facteurs non observés, comme le capital génétique ; le contrôle de la sélectivité des échantillons ; le contrôle de la répartition à l'intérieur du ménage et l'interprétation des résultats en relation avec la fluctuation des marchés. Les preuves empiriques des effets indirects de la santé sur les autres déterminants de la productivité exposés dans la relation (1) — acquisition cognitive et capacités — sont passées en revue ci-dessous.

1.2.1. L'acquisition cognitive

L'acquisition cognitive, ou les facteurs entrant dans la production d'une telle capacité — en particulier la scolarité — semble avoir un effet substantiel sur la productivité du travail dans les pays en développement. La Banque Mondiale (1980, 1981), par exemple, a déclaré que le taux moyen réel du rendement social sur la scolarisation dans le primaire est de 24%[2] dans les pays à faible revenu. Si

1. Ces études ne se sont pas penchées sur les difficultés d'estimation des bienfaits de la scolarisation qui provoquent certainement de notables modifications positives sur les taux de rendement des études (par ex. Behrman 1990a, b, c) ; toutefois, il peut subsister des difficultés semblables dans l'estimation des bienfaits à long terme sur les indicateurs d'état de santé, tels que représentés par les indicateurs anthropométriques, en ce sens que le capital génétique intrinsèque est intégré dans les déterminants de la relation entre salaire et productivité, et peut introduire un biais dans l'estimation de l'impact des indicateurs anthropométriques tant qu'il ne fait pas l'objet d'un contrôle. Une étude décrite dans cette section (Deolalikar, 1988) et mettant en œuvre ce type de contrôle, a constaté qu'il avait pour conséquence d'amplifier l'effet estimé du rapport taille-poids ; ceci contraste avec les résultats obtenus pour l'éducation, dont l'effet est plus faible en présence de ce contrôle. Il faut toutefois noter que l'autre étude utilisant cette technique (Haddad & Bouis, 1989) donnait le résultat inverse.

2. Dans ce document, le taux de rendement social est utilisé pour exprimer le rendement économique privé des ressources privées et publiques consacrées à la scolarisation. Le rendement est privé en ce sens qu'il n'intègre pas de contributions extérieures. Dans l'estimation de tels rendement (liés aux points cités plus haut concernant les choix familiaux et individuels et les effets fixes cachés), on se heurte à un certain nombre de difficultés, telles que la fréquente impossibilité à maîtriser les caractéristiques généralement cachées — capacités innées, motivation, environnement familial et qualité de la scolarisation, par exemple. Les études dans lesquelles de tels facteurs sont contrôlés tendent à fournir des estimations sur le rendement de la scolarité, de 40 à 60% plus faibles que les estimations standard. Même si les véritables taux de rendement sont bien moins élevés que le suggèrent de telles études, la scolarité apparaît tout de même être un investissement attractif dans de

une meilleure santé favorise l'acquisition cognitive, de simples modèles économiques d'investissement dans le capital humain, tels que ceux décrits dans la section 2, suggèrent que la santé augmentera le taux de rendement à un niveau donné de scolarisation et en conséquence entraînera une scolarisation accrue. Comme il a déjà été exposé, il est utile de distinguer les études basées sur des enquêtes socio-économiques et les études expérimentales.

Études basées sur des enquêtes socio-économiques : dans au moins six études récentes basées sur des enquêtes socio-économiques dans lesquelles on a tenté d'estimer l'impact de la santé sur la scolarisation et l'acquisition cognitive, une association significative a été trouvée. Dans cinq d'entre elles, les éléments de choix mis en valeur ci-dessus n'ont pas été contrôlés ; ces études sont très brièvement résumées ici. Elles sont mentionnées parce qu'elles ont été largement citées pour appuyer l'impact important de la santé sur les résultats scolaires. Ces études révèlent qu'il existe des effets très forts de la taille et des effets plus faibles et moins probants du poids sur les indices d'assiduité scolaire, les retards scolaires et les résultats (c'est-à-dire les niveaux scolaires, un test de résultats de l'acquisition cognitive) pour des échantillons de 582 enfants âgés de 7 à 13 ans dans le Nord-Est de la Thaïlande (Chutikul, 1986), 350 enfants âgés de 5 à 11 ans d'un échantillon aléatoire stratifié de ménages dans deux districts de la région de Terai au Népal en 1980 (Moock & Leslie, 1986), plus de 3 000 enfants d'échantillons scolarisés dans les zones urbaines et rurales de Gansu et Jiangsu, en Chine (Jamison, 1986), 2 304 enfants des classes 1 à 6 d'un échantillon aléatoire stratifié de 64 écoles publiques dans cinq régions des Philippines en 1985 (Florencio, 1988) et 385 étudiants de quatrième année d'une enquête (avec une attrition substantielle des 735 identifiés dans une enquête deux ans auparavant) en 1985 à Ceara, au Brésil (Gomes-Neto *et al.*, 1992).

Ces études suggèrent qu'une santé médiocre à long terme (beaucoup plus que des fluctuations transitoires de la santé) affecte de manière négative les résultats scolaires. Cependant, aucune de ces études ne contrôle la possibilité d'une détermination simultanée de la santé des enfants et des performances scolaires, et la sélectivité relative aux caractéristiques des enfants qui fréquentent l'école. La santé et la scolarisation des enfants apparaîtraient *a priori* être déterminées simultanément par les ménages. Par conséquent, l'absence de contrôle d'une telle simultanéité dans les estimations de l'impact de la santé de l'enfant sur l'éducation est susceptible de fausser les estimations des effets de la santé de l'enfant sur la réussite scolaire. Le sens de cette erreur n'est cependant pas évident. D'une part, l'erreur peut naître de caractéristiques parentales non observées (par les chercheurs) qui contribuent à une meilleure réussite de l'enfant à l'école et également à une meilleure alimentation et une meilleure santé. Dans de tels cas, l'effet de la santé sur la réussite scolaire serait surestimé. D'autre part, l'erreur peut naître de préférences parentales hétérogènes par rapport à la valeur accordée à la santé et aux succès scolaires de l'enfant, des préférences parentales non observées pour l'équité dans la ressource humaine et des efforts associés pour compenser les différences de capacités des enfants, mais aussi de l'hétérogénéité non observée au niveau des prix relatifs aux dépenses de santé et aux dépenses d'éducation au sein du ménage, ou encore les différences non observées parmi les enfants qui favorisent les investissements dans la santé plutôt que dans l'éducation. Dans ces

---

nombreuses économies en développement. Pour les dernières études sur ce sujet, cf. Behrman (1990a, b, c) et Schultz (1988, 1991).

cas, les évaluations standards déboucheraient sur une sous-estimation de l'impact de l'alimentation et de la santé des enfants sur le succès à l'école.

Behrman et Lavy (1992) ont déterminé les effets de la santé de l'enfant sur la réussite scolaire, d'abord *a priori* et ensuite en utilisant les données portant sur 1224 enfants âgés de 10 à 17 ans d'après l'étude de mesure du niveau de vie ghanéen, une enquête sur un échantillon stratifié aléatoire menée par la Banque Mondiale. Ils ont aussi contrôlé la sélectivité en ce qui concerne ceux qui ont commencé l'école. Ces données comprennent des indicateurs anthropométriques de la santé enfantine, les résultats de tests d'acquis cognitif pour représenter la réussite scolaire, un test des capacités préscolaires pour contrôler la dimension des possibilités innées des enfants, un choix plutôt riche de caractéristiques familiales et communautaires pour faire des estimations simultanées, et des données sur les frères et soeurs pour explorer les effets fixes familiaux non observés et les effets réciproques entre frères et soeurs. Ces auteurs sont arrivés à quatre conclusions. D'abord, l'échec à contrôler la simultanéité (comme dans les études précédentes non expérimentales) mène à des erreurs considérables dans l'évaluation de l'impact de la santé de l'enfant sur la réussite scolaire. Ensuite, la direction de cette erreur dans les estimations standards, sans contrôle de la simultanéité, va vers le bas, si bien que le second ensemble de facteurs appartenant à la simultanéité (décrit plus haut) prévaut apparemment. L'impact estimé de la santé sur l'acquis cognitif est supérieur au double lorsque l'on contrôle la simultanéité. De plus, les variations dans la capacité intrinsèque des enfants est apparemment à la base des résultats. Enfin, l'impact d'une variation d'un écart-type dans la santé de l'enfant sur l'acquis cognitif accroît l'acquis cognitif moyen d'un tiers et est équivalent à l'impact de 1,7 ans de scolarisation.

Études expérimentales : Soemantri *et al.* (1985) ont rapporté les résultats d'une étude expérimentale en double aveugle, sur l'impact de la déficience en fer sur la réussite scolaire de 78 enfants indonésiens anémiques déficients en fer et 41 non anémiques de 9 à 11 ans dans une zone rurale déshéritée de Java. Les enfants avaient été sélectionnés parmi 231 des 588 enfants de trois des huit écoles primaires du district qui étaient relativement accessibles et acceptaient de coopérer. Ils répondaient à un certain nombre de critères garantissant que les effets d'un supplément de fer ne seraient pas confondus avec d'autres conditions, et l'autorisation parentale avait été obtenue. Cette procédure devait éviter les problèmes engendrés par les choix familiaux ou individuels, notés auparavant, s'il n'y avait pas d'attrition une fois les sous-échantillons mis en place. Les enfants ont été affectés de manière aléatoire à des groupes qui recevaient soit du fer soit un placebo pendant trois mois. Les enfants déficients en fer avaient des résultats scolaires inférieurs dans les tests standards à ceux des enfants non déficients avant leur répartition en groupes. Après 12 semaines de traitement, les enfants anémiques avaient amélioré leurs résultats aux tests de manière significative (au seuil de 5%) de plus de 10% en moyenne, alors que les enfants anémiques qui avaient reçu le placebo ne montraient aucune amélioration. Le résultat des enfants anémiques qui avaient reçu du fer n'était cependant pas suffisant pour leur permettre de rattraper les enfants non anémiques.

Soemantri (1989) a rapporté les résultats d'une expérience en double aveugle sur les effets de l'ingestion d'un supplément de fer par voie orale sur l'apprentissage de la lecture chez 130 enfants ruraux indonésiens âgés de 8,1 à 11,6 ans. La population-cible potentielle était formée de 491 enfants de deux écoles primaires qui avaient été sélectionnées sur la base d'une similarité entre leurs programmes sanitaires et leur volonté de coopérer. Les enfants étudiés avaient été sélectionnés de manière aléatoire parmi 210 dont les parents avaient donné leur consentement et

qui satisfaisaient aux critères anthropométriques, cliniques et d'antécédents de maladies correspondant à un état de santé minimal. Les 130 enfants étaient divisés au départ sur la base de leur niveau d'hémoglobine et de transferrine en groupes de 58 enfants anémiques et de 72 non anémiques et furent désignés de manière aléatoire pour recevoir du fer (du sulfate de fer à un taux journalier de 10 mg par kilo de poids corporel) ou un placebo pendant trois mois. Cette procédure devait éviter les problèmes engendrés par les choix individuels ou familiaux déjà évoqués, s'il ne se produisait pas d'attrition après la constitution des sous-échantillons. Aucune différence significative ne fut trouvée dans les tests de QI avant et immédiatement après le traitement ou trois mois plus tard. Les résultats des tests concernant le langage, les mathématiques, la biologie et les sciences sociales des enfants anémiques au départ qui avaient reçu le supplément de fer avaient augmenté de 10% ou plus (bien que des tests de signification n'aient pas été effectués) ; les trois autres groupes ne présentaient pas des progrès d'une telle amplitude dans les mêmes tests.

Pollitt *et al.* (1989) ont suivi une piste clinique en double aveugle pour étudier l'effet du traitement par le fer sur le QI et les résultats éducatifs chez 1 358 enfants âgés de 9 à 11 ans dans 16 écoles élémentaires à Chon Buri, en Thaïlande. Les écoles devaient être situées dans des zones non paludiques, avoir au moins 150 élèves et être accessibles par des grandes routes. Les écoles avaient un effectif total de 2 268 enfants — environ 23% du nombre total d'enfants de la province dans ces classes. Les enfants inclus dans cette étude satisfaisaient à trois critères : l'absence d'hémoglobine de Bart, l'absence d'hémoglobine E et un âge entre 108 et 144 mois L'intervention expérimentale incluait l'ingestion d'une pilule de fer ou de placebo à l'école, par distribution aléatoire. Cette procédure permettait d'éviter les problèmes engendrés par les choix individuels ou familiaux, s'il n'y avait pas d'attrition après la constitution des sous-échantillons. Avant et après un traitement de 16 semaines (50 mg par jour de sulfate ferreux pendant les deux premières semaines et 100 mg par jour pendant les 14 semaines suivantes), les enfants passèrent des tests Raven Progressive Matrices pour évaluer leurs capacités et des tests de langue thaï et de mathématiques pour évaluer leurs acquis. Une association positive et significative fut trouvée entre le taux de fer et les résultats du test Raven tout comme pour l'acquisition de la langue (au seuil de 7% seulement pour le test de connaissances mathématiques). Aucune association significative ne fut observée, cependant, entre le traitement par le fer et un changement dans les résultats portant sur les capacités ou l'acquisition au cours de l'étude. Les auteurs imaginent que le véritable effet peut avoir été occulté, soit parce que le groupe de contrôle avait vu augmenter son taux en fer de manière significative (à en juger d'après des observations cliniques) pendant l'étude, dans une proportion atteignant environ la moitié de celle du groupe traité ou parce que, même si un supplément en fer aide à corriger immédiatement les défauts d'attention, il ne remédie pas aux déficits accumulés dans l'information. Quoi qu'il en soit, les résultats de cette étude ne vont pas dans le même sens que ceux de Soemantri *et al.* (1985) et Soemantri (1989).

Seshardri et Gopaldas (1989) ont résumé les résultats de quatre études sur les effets du supplément de fer sur les fonctions cognitives d'enfants indiens d'âges préscolaire et scolaire. Les trois premières études semblent avoir évité les problèmes de choix individuels et familiaux ; la quatrième a connu une attrition considérable de l'échantillon et, en conséquence, n'est pas résumée ici. Dans la première étude, on a pris 94 enfants de bas niveau socio-économique, âgés de 5 à 8 ans, qui fréquentaient les écoles municipales de Baroda, au Gujarat, dans lesquelles les professeurs désiraient coopérer et qui étaient relativement accessibles. Les enfants furent répartis de manière aléatoire en un groupe traité et

un groupe de contrôle. La thérapie hématique eut pour résultat des scores accrus de manière significative dans la *Wechsler's Intelligence Scale for Children* (échelle Wechsler d'intelligence pour les enfants — adaptée aux enfants indiens) pour le groupe anémique traité (11 points) et des augmentations significativement plus faibles pour le groupe non anémique traité (4 points) mais pas pour le groupe de contrôle. Dans la seconde étude, on a pris 14 paires d'enfants anémiques de 5-6 ans, d'une école municipale d'une zone à bas niveau socio-économique de la ville de Baroda, qui avaient été « appariés pour des facteurs autres que l'anémie connus pour affecter la fonction cognitive » (p. 676). Un membre de chaque paire était choisi de manière aléatoire pour recevoir un traitement hématique pendant 60 jours. Avant le traitement, il n'y avait pas de différence dans aucune des variables observées, y compris les résultats au Wechsler. Les deux groupes firent des progrès significatifs dans leurs résultats au Wechsler pendant la période expérimentale, mais ceux du groupe expérimental étaient significativement plus importants que ceux du groupe de contrôle (en moyenne de 10 à 5 points sur le QI verbal et de 17 à 7 points sur le QI d'exécution). Dans la troisième étude, on a pris 16 trios d'une école privée de la ville de Baroda, âgés de 8 à 15 ans, qui avaient été réunis à partir de 210 sujets sur la base de l'âge, du niveau d'hémoglobine et des résultats de base aux tests de fonction cognitive. Les garçons de chaque trio étaient répartis de manière aléatoire entre trois groupes, recevant soit un placebo, soit 30 mg de sulfate ferreux soit 40 mg de sulfate ferreux chaque jour pendant quatre mois. Les deux groupes bénéficiaires d'un supplément montrèrent des progrès significatifs dans leurs résultats globaux et partiels d'acquisition cognitive (sauf pour l'un des quatre composants du test pour ceux qui avaient reçu le supplément de 30 mg), ce qui n'était pas le cas dans le groupe du placebo. La différenciation du statut des enfants initialement anémiques ou non anémiques indiquait que les progrès étaient intervenus chez les garçons anémiques à l'origine.

Ces études fournissent quelques preuves systématiques que certains indices de la santé enfantine ont un effet positif sur l'acquisition cognitive. Comment ces effets se traduisent-ils dans la productivité ? Je connais trois estimations de l'effet de l'acquisition cognitive sur les taux de salaire dans les pays en développement : pour le Kenya urbain et la République Unie de Tanzanie (Boissière *et al.*, 1985), pour le Ghana (Glegwe, 1991) et pour le Pakistan rural (Behrman *et al.*, 1991 a). Ces estimations suggèrent que la santé de l'enfant et la scolarisation agissent par l'intermédiaire de l'acquisition cognitive pour augmenter les salaires et, probablement, la productivité. Les effets peuvent être assez substantiels. Par exemple, l'augmentation de 10% dans l'acquisition cognitive trouvée après l'apport en fer en Indonésie par Soemantri *et al.* (1985) et Soemantri (1989) se traduirait, sur la base de ces estimations de salaires, par une augmentation de 13 à 22% des salaires[1]. De même, l'accroissement de l'acquis cognitif dû à une augmentation d'un écart-type dans le rapport taille-âge trouvé par Behrman et Lavy (1992) implique une augmentation des taux de salaires de 43 à 73%.

1.2.2. Capacités préscolaires

Études basées sur des enquêtes socio-économiques : Galler *et al.* ont comparé des résultats de QI (Wechsler's Intelligence Scale for Children modifié avec des

1. Ces calculs sont basés sur les fonctions de gain, sauf dans le cas du Ghana, pour lequel on utilise les fonctions d'échelle des salaires. (On préfère ces dernières de manière à éviter de confondre l'effet sur les heures ouvrées avec le salaire horaire, mais seule l'étude ghanéenne contient de telles données). Les données pour les zones rurales du Pakistan indiquent une interaction positive entre réalisation cognitive et expérience qui suppose des effets dans la fourchette indiquée pour l'expérience moyenne sur le marché du travail.

exemples des Barbades) pour 129 enfants des Barbades âgés de 5 à 11 ans (52 filles, 77 garçons) avec des passés de malnutrition allant d'un manque modéré à un manque grave de protéines[1] dans la première année de leur vie avec un échantillon comparable pour ce qui est de l'âge, du sexe, de l'habileté manuelle, de l'école ou du quartier mais sans passé de malnutrition pour ce qui concerne les protéines. Si l'appariement des deux groupes comprenait tous les facteurs pertinents (ce qui semble peu vraisemblable), une telle procédure contrôlerait les effets fixes non observés. Les QI moyens étaient significativement inférieurs d'environ 10%, pour le groupe indexé (au seuil de 5% pour les garçons et au seuil de 1% pour les filles), et ces différences significatives persistaient avec le contrôle du statut socio-économique à l'époque où a été effectué le test. Les auteurs concluaient que « l'étude indique une contribution majeure de la malnutrition au début de la vie, indépendamment des facteurs socio-économiques testés à l'époque de l'étude ». (p. 14). Il a été demandé aux professeurs d'évaluer le comportement des enfants des deux groupes, sans connaître leur passé de malnutrition. Les résultats de l'analyse factorielle des ces données suggèrent que les enfants ayant souffert de malnutrition et du fait du manque d'énergie protéinique présentaient des problèmes de concentration, des comportements sociaux réduits, une apparence physique moins bonne et un d'équilibre émotionnel plus fragile que le groupe de contrôle. Ces résultats étaient indépendants des effets du QI et du statut socio-économique et étaient plus forts chez les garçons que chez les filles.

Johnston *et al.* (1987) ont examiné la relation entre les indicateurs anthropométriques et le QI (tel qu'il est mesuré par le Wechsler's Intelligence Scale for Children modifié pour les enfants guatémaltèques) pour 1 222 enfants âgés de 3 à 9 ans (dont 628 étaient des filles), sélectionnés de manière aléatoire selon un projet d'échantillon longitudinal, dans une communauté déshéritée située à la limite des faubourgs de Guatemala City. Un indice composite a été construit en additionnant les valeurs quartiles ou terciles de sept variables que l'analyse factorielle indiquait comme faisant partie des deux premiers parmi les dix indicateurs du statut socio-économique. Les hauteurs médianes par rapport aux normes du US National Center for Health Statistics (Centre national des USA pour les Statistiques sanitaires) étaient de 91 à 93% pour les différents groupes selon l'âge et le sexe, et les résultats de QI moyens étaient entre 82 et 92 mais généralement d'un écart-type au-dessous des résultats américains. Une régression du QI avec le statut socio-économique, le quartile d'appartenance selon le rapport taille-âge donnait des coefficients significativement positifs au seuil de 5% pour chacune de ces trois variables. Par la suite, cependant, les estimations n'étant pas présentées, l'amplitude de ces effets n'est pas claire. Cette procédure ne contrôlerait pas de manière adéquate les choix familiaux liés aux indicateurs de statut socio-économique et de taille. Les auteurs déclaraient, néanmoins, que leurs résultats suggèrent un effet du statut sanitaire sur le QI, mais que « les conditions socio-économiques sont des déterminants plus importants de l'acquisition cognitive que ne l'est le passé sanitaire des enfants ».

Études expérimentales : Bautista *et al.* (1982) ont mené une expérience en double aveugle sur les effets du traitement par l'huile iodée du goitre endémique chez 200 enfants quechua âgés de 5,5 à 12 ans, sélectionnés de manière aléatoire

1. Gomez Scale Grade II ou III : 61 à 75% — ou ≥ 60% — de leur norme poids/âge dans le Harvard Standard Scale. Tous les enfants entrant dans cette catégorie furent hospitalisés durant leur première année de vie et reçurent un suivi médical. Pour exclure « certains déterminants habituels de la déficience mentale, les critères suivants furent également retenus : (a) poids à la naissance égal ou supérieur à 2,5 kg, (b) aucune complication prénatale ou périnatale connue et (c) pas de convulsion, traumatisme crânien ou perte de conscience répertoriés » (pp. 9-10).

dans une population totale de 408 enfants de cette catégorie d'âge dans un village près de Cochabamba, en Bolivie. Selon les auteurs, les habitants du village n'affichaient aucun indice clinique d'une malnutrition due à un manque de calories protéiniques mais avaient des goitres évidents. Après une évaluation initiale de la taille de la thyroïde et du QI (à l'aide du test Stanford-Binet), l'administration des tests « Bender gestalt » et la collecte d'informations sur les différents niveaux scolaires, les enfants furent répartis de manière aléatoire (avec une stratification selon l'âge et le sexe) en deux groupes, le premier recevant une dose orale de 475 mg d'iode et le second, une dose d'huile minérale à l'aspect extérieur identique. Des examens cliniques et physiques furent entrepris tous les six mois, et après 22 mois l'évaluation initiale fut reprise dans son ensemble. Cette procédure devrait éviter les problèmes engendrés par les choix individuels et familiaux, s'il n'y avait pas d'attrition après la sélection de sous-échantillons. L'excrétion urinaire d'iode avait pratiquement quadruplé dans les groupes traités à l'iode et doublé dans les groupes témoins, ce dernier résultat provenant de « l'introduction d'iode dans la communauté à partir d'autres sources, ou peut-être un recyclage de l'iode administrée dans la population » (p. 129). La taille des goitres « décrut de manière prononcée chez les enfants traités à l'iode et diminua légèrement dans le groupe témoin » (p. 129). Le QI et les résultats au test Bender, mais pas les niveaux scolaires, s'améliorèrent de manière significative à la fois dans les groupes traités à l'iode et dans les groupes témoins, sans différence significative dans les augmentations entre les deux groupes. Une corrélation significative fut trouvée entre la réduction de la taille des goitres et les résultats du QI ($p = 0{,}014$) et, pour les filles (mais pas pour les garçons) entre la réduction de la taille des goitres et les résultats au Bender ($p = 0{,}077$). Les auteurs concluent que : « Ces résultats soutiennent de manière indirecte l'hypothèse que la correction de la déficience en iode améliore le fonctionnement mental » (p. 132).

Soewondo *et al.* (1989) ont mené une enquête clinique en double aveugle pour étudier les effets de l'apport de fer (fer élémentaire ou placebo pendant une durée de huit semaines) sur le test de résultats cognitifs parmi 139 enfants indonésiens d'âge préscolaire dans trois plantations de thé de Java en 1983-84. L'échantillon initial était composé de 235 ménages, chacun ayant au moins un enfant d'âge préscolaire ; le nombre d'enfants d'âge préscolaire dans le test final était de 205, et des résultats complets cliniques et aux tests furent obtenus pour 139 enfants. Une information est donnée sur la répartition de 176 enfants parmi trois groupes : 70 enfants sans carence en fer (dont 27 recevaient du fer, les autres un placebo), 57 enfants souffrant de carence en fer (24 reçurent du fer) et 49 enfants anémiques souffrant de carence en fer (26 reçurent du fer). L'attrition entraîne des problèmes d'interprétation, du fait qu'elle est peut-être sélective et liée à des choix, comme on en a déjà discuté plus haut, au point 1. Les tests cliniques indiquaient des différences significatives (au seuil de 5%) dans les indices de fer avant et après le traitement dans le groupe anémique traité au fer et dans quatre des cinq indicateurs dans le groupe souffrant de carence en fer traité au fer ; aucune différence significative ne fut trouvée pour le groupe ne souffrant pas de carence en fer ou pour les groupes recevant des placebos. Les tests psychologiques ne montrèrent pas de différenciation entre les groupes d'enfants non anémiques selon que ceux-ci souffraient ou ne souffraient pas d'un carence en fer. Le traitement avait un effet significatif (au seuil de 7%) sur le Peabody Picture Vocabulary test (test Peabody Image Vocabulaire). Dans l'un des quatre composants d'un test d'apprentissage discriminatoire (apprentissage du positionnement à droite ou à gauche de deux images ou couleurs différentes), le sous-groupe sans carence en fer et qui en recevait passa significativement plus d'épreuves au seuil de 5% que le sous-groupe anémique qui recevait également du fer, bien qu'il n'y ait pas eu de différence

significative entre les deux groupes qui recevaient le placebo. Dans le test d'apprentissage de différence (identification de la troisième image différente des deux autres), les enfants anémiques à qui on avait donné du fer réussissaient significativement mieux (au seuil de 5%) dans deux des quatre épreuves que les enfants sans déficience en fer à qui on avait donné du fer après, mais pas avant, le traitement. Les auteurs concluaient que la carence en fer « produit des altérations dans les processus cognitifs spécifiques liés à l'attention visuelle et à l'acquisition conceptuelle... (qui sont) complètement inversées après 8 semaines de traitement au fer mais avant que la déficience en fer ait été complètement renversée » (p. 673). L'analyse des résultats des tests pose cependant quelques questions : pourquoi les résultats au test Peabody Vocabulary Image du groupe sans carence en fer et qui en recevait ont-ils augmenté autant que ceux du sous-groupe anémique ? Pourquoi le sous-groupe anémique qui avait reçu le traitement réussissait-il mieux au test d'apprentissage des différences que le groupe sans carence en fer qui avait reçu le traitement ?

Dans d'autres études expérimentales, les interventions sociales et éducatives étaient incluses en plus des suppléments alimentaires et des soins sanitaires (par exemple, McKay *et al*, 1978 ; McKay & McKay, 1983 ; Super *et al.*, 1989). Selon Pollitt (1990, p. 9), ces études montrent « des effets développementaux bénéfiques et solides... sur les tests de fonction cognitive pendant la période préscolaire et plus tard sur les résultats scolaires ». McKay *et al.* (1978, p. 277) concluait : « Les résultats laissent peu de doute sur le fait que la carence environnementale à un degré assez grave pour produire une malnutrition chronique se manifestait en premier par un fort ralentissement du développement cognitif général, et que ce retard est de moins en moins rattrapable avec l'âge. L'étude montre que des traitements combinés au niveau de l'alimentation, de la santé et de l'éducation entre 3 ans 1/2 et 7 ans peuvent prévenir de grandes pertes de capacités cognitives potentielles, avec des effets significativement d'autant plus importants que les traitements commencent tôt... Une étude plus complète sera nécessaire pour confirmer si les effets du traitement sont durables à longue échéance ; les données actuelles montrent qu'ils se manifestent jusqu'à l'âge de 8 ans ». Comme ces études impliquaient des interventions massives multidimensionnelles[1], il est difficile d'identifier la contribution des seuls composants sanitaires.

Ces études suggèrent que les capacités préscolaires, telles qu'elles sont mesurées par les tests d'intelligence, reflètent l'état sanitaire ; il est vrai que les résultats sont parfois difficiles à interpréter à cause du manque de contrôle de la simultanéité (qui pourrait introduire un biais dans n'importe quel sens) ; ajoutons que la plupart de ces études rendent compte seulement des associations significatives et non de l'amplitude de ces effets. A titre d'exemple, quel serait l'impact pour le Kenya et la République Unie de Tanzanie dans l'étude de Boissière *et al.* (1985), pour le Ghana dans l'étude de Behrman et Lavy (1992) et pour le Pakistan rural dans celle de Behrman *et al.* (1991 b) de la différence persistante du QI évoquée par Stock et Smythe (1976) ? On tient compte, dans ce cas, des fonctions de production de l'acquis cognitif (qui dépend en partie des capacités préscolaires) et des fonctions de salaires qui sont rapportées à la fin de la discussion précédente sur l'acquisition cognitive. Ces estimations impliquent qu'une augmentation de 10 à 27% des salaires proviendrait de changements dans les capacités qui, à leur tour, affecteraient l'acquisition cognitive, en plus de tout autre effet des mesures anthropométriques.

1. Par exemple, les traitements étudiés par McKay *et al.* (1978) englobaient l'application d'un à quatre des traitements bisannuels avec « santé intégrée et activités nutritionnelles et éducatives » (p. 273) correspondant à 6h par jour durant 5 jours par semaine.

1.3. Autres effets d'une amélioration de la santé sur la croissance économique

On peut supposer que, toutes choses égales par ailleurs, une meilleure santé se traduit par une dépense moins importante au niveau des soins curatifs. En conséquence, les ressources qui ne seront pas utilisées pour les soins curatifs seront disponibles à d'autres fins. De telles ressources seront probablement utilisées pour accroître la consommation présente mais elles pourraient en partie être orientées en faveur d'un accroissement de la consommation future, et dans ce cas faire l'objet d'une épargne et d'investissements, physiques ou ressources humaines, propres à stimuler la croissance économique.

2. Impact de la macro-économie sur la santé

Dans une discussion de l'impact théorique de la macro-économie sur la santé, il est utile de commencer par considérer les éléments micro-déterminants de la santé, pour voir ensuite comment ces déterminants sont en relation avec la politique et les marchés macro-économiques.

2.1. Les micro-déterminants de la santé

Les économistes considèrent la santé comme le résultat d'une fonction de production ou d'une relation dans laquelle le résultat (c'est-à-dire la « santé » d'un individu) est déterminé par les quantités d'un certain nombre d'apports (tels que les aliments, le capital génétique), compte tenu de la relation de production biologico-technologique. Ainsi, la santé est « produite » par différents apports et la technologie d'une manière analogue à, disons, celle de la production du riz par des apports tels que la terre, les semences, l'eau, les produits chimiques, etc. Cette vision de la production de santé reflète fidèlement les activités et la condition des individus et des ménages ; c'est pourquoi elle peut être considérée comme une fonction de production familiale, dont l'équation peut être exprimée ainsi :

$$H^i = H(N^i, C^i, C^p, I, S^i, S^m, T^i, T^m, E^i, M, \ldots) \qquad (2)$$

où H^i représente la santé du membre i de la famille ; N^i la ration alimentaire du membre i de la famille ; C^i la consommation du membre i de la famille, le symbole p faisant référence aux biens purement publics du ménage ; I représente le nombre d'individus dans la famille ; Si l'éducation du $i^{ème}$ membre de la famille (le symbole m renvoie à la personne, souvent la mère ou la femme qui prend les décisions importantes en matière de santé dans le ménage) ; T^i représente l'utilisation du temps par le membre i de la famille ; E^i est le capital du $i^{ème}$ membre de la famille et M, le capital du ménage.

Certains aspects des variables de la fonction de production de santé méritent de brefs commentaires. Les apports alimentaires (N^i) sont mis en valeur en raison de la place importante qu'ils occupent dans le domaine de la santé ; cet article accorde une large place à la nourriture car elle constitue un investissement majeur dans les sociétés pauvres. Pour la plupart des individus des pays en développement, les impacts des éléments N^i sur la santé sont positifs, alors que la suralimentation a, quant à elle, des effets négatifs sur la santé[1]. D'autres éléments de la consommation

1. La fonction production de santé est souvent considérée comme devant inclure les standards fixes de nutrition (pour un âge et un sexe donné), bien que cela ait été récemment contesté (cf. Behrman, 1990b).

(C^i, C^p) comprennent les biens et les services ayant des effets directs sur la santé (par exemple, les visites médicales, la consommation d'alcool, la conduite des véhicules, l'habitat). La taille de la famille (I) est incluse pour représenter les éventuels effets d'échelle et de surpopulation. L'usage du temps par un individu (T^i) est inclus parce que la profession, la quantité de temps de loisir et le temps consacré à des activités liées à la santé peuvent avoir des effets importants sur la santé. L'utilisation du temps et la nature des activités d'un individu, par exemple, affectent l'utilisation de l'énergie et ainsi l'impact sur la santé de l'apport alimentaire. L'éducation, tant de l'individu (S^i) que de la personne chargée de l'application des décisions en matière de santé (S^m) est importante dans cette équation. Elle peut, en effet, affecter les pratiques sanitaires, l'accès à l'information et les apports liés à la santé (une meilleure éducation permet de préparer des repas de meilleure qualité nutritive, mais aussi d'acquérir une meilleure connaissance liée à la croissance de l'enfant). Le capital individuel (E^i) et le capital familial (M) diffèrent des autres variables en ce qu'elles ne résultent pas des choix familiaux effectués pendant la période étudiée. Des exemples de telles dotations incluent l'âge d'un individu, sa santé initiale, son substrat génétique et l'environnement naturel du ménage.

La question fondamentale de cette section est de savoir comment la macro-économie affecte la santé des individus par l'intermédiaire des composants de la fonction de production de santé. Tout d'abord, il faut savoir que quelques uns — peut-être la plupart — de ces effets, se produiront à travers les choix induits que feront les individus ou les ménages, en fonction des changements macro-économiques. Par exemple, les ménages peuvent changer l'apport nutritif de l'individu i ou l'affectation du temps de cet individu en réponse aux changements des prix de marché et des opportunités de marché qui, eux-mêmes dépendent de macro-changements dans le taux de change ou la politique monétaire. C'est pourquoi il peut être utile d'observer comment les économistes modélisent le comportement des ménages, d'abord brièvement, en termes généraux, puis par rapport aux investissements dans la santé.

2.1.1. Modèle général de la demande des ménages

On considère que les ménages ont une fonction d'objectif[1] qui peut dépendre directement de la santé des membres du ménage, puisque la santé en elle-même présente un intérêt pour les membres du ménage et peut dépendre indirectement de leur santé si celle-ci affecte le contrôle du ménage sur les ressources, par exemple, en augmentant la productivité marginale du travail, comme dans la relation (1). Cette fonction d'objectif est maximisée sous deux types de contraintes :

En premier lieu, il y a une contrainte sur l'ensemble du revenu : les dépenses totales d'un ménage pour les biens et les services de consommation, les soins de santé, la scolarisation, l'habitat, les loisirs, etc., doivent être égales ou inférieures à

1. Une certaine controverse existe dans la littérature sur la question de savoir si cette fonction d'objectif devrait être interprétée comme représentant les préférences unies des ménages ou le résultat d'un processus de négociation. Dans le modèle traditionnel courant du ménage, où l'on suppose que les parents sont chargés des décisions importantes, ils semblent manifester des préférences communes ou négocient l'allocation des ressources. Alors qu'un modèle de négociation semble plus vraisemblable que le modèle précédent, l'existence d'une telle différence est sujette à controverse dès lors que les relations estimées ne justifient pas une claire identification des mécanismes d'allocation des ressources au sein d'une famille. Le problème de base est que les variables de pouvoir de négociation (par exemple, la scolarisation, les taux de salaires et les revenus) sont également associées aux facteurs goût, productivité et au coût d'opportunité du temps, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer empiriquement les effets du pouvoir de négociation des effets cachés de facteurs tels que goût ou productivité. Pour plus ample information, cf. Behrman (1990b) et références ci-incluses.

la valeur totale des revenus disponibles dans le ménage. S'il y a des négociations à l'intérieur du ménage, il peut y avoir un ensemble de contraintes sur les revenus individuels. Les dépenses comprennent à la fois les coûts financiers et temporels de tous les biens et services ; même si la santé ou d'autres services sont assurés gratuitement par le Gouvernement, le coût en temps peut être considérable. La valeur totale des ressources dont dispose le ménage comprend ainsi la valeur totale du temps de tous les membres du ménage (qui dépend à son tour des ressources humaines prédéterminées, y compris la santé, et de leurs options sur l'utilisation du temps) mais aussi la valeur de tous les autres avoirs, y compris tout droit à des transferts provenant du Gouvernement, de parents ou d'amis. Cette contrainte sur le revenu global comprend quelques uns des mécanismes à travers lesquels la macro-économie influence la santé ; en effet, les prix de marché et les opportunités qu'ont les membres du ménage, aussi bien que la disponibilité de services sociaux publics, sont influencés de manière importante par les conditions macro-économiques. Pour les ménages pauvres, cette contrainte budgétaire reflète aussi probablement tous les arbitrages importants entre l'utilisation des ressources pour la consommation courante ou pour les investissements, y compris dans le domaine de la santé.

Deuxièmement, il existe un ensemble de fonctions familiales de production, dont les « résultats » sont déterminées par les « inputs », dont certains, importants, sont sous le contrôle des membres du ménage. Cet article est plus directement concerné par l'ensemble des fonctions de production santé pour les membres de la famille, comme dans la relation (2), et des relations diverses entre le temps et la productivité, comme dans la relation (1). Les trois problèmes posés par la théorie pour estimer la relation de productivité marginale du temps (1) point discuté dans la section 1.1., sont également valables pour toute autre fonction familiale de production, y compris celles concernant la santé[1]. Il convient de noter que de bonnes évaluations des fonctions de production sanitaire ne peuvent pas par elles-mêmes indiquer l'impact de la macro-économie (à travers les prix de marché, les opportunités et les services sociaux) sur la santé des individus si quelques uns des inputs importants dans la production sanitaire sont des variables dépendant du choix des ménages ; il en est probablement ainsi pour certaines d'entre elles. Nous devons pouvoir estimer comment ces inputs réagissent aux variables influencées par la macro-économie, comme dans la forme réduite de la relation (3), ci-dessous.

1. Les exemples de fonction de production de santé comprennent : un biais de simultanéité peut apparaître si des individus qui sont en bonne santé pour une raison autre que celle attribuée aux intrants liés à la santé (la génétique, par exemple) reçoivent également moins de ces facteurs ; dans ce cas, le non contrôle des intrants sanitaires déterminés simultanément peut déboucher sur la surestimation de l'impact de ces intrants sur la santé lors de l'estimation de la fonction de production sanitaire. Des erreurs dues à des variables oubliées peuvent ressortir si des familles avec de meilleures dotations cachées ont des mères de famille mieux éduquées, de sorte que l'impact estimé de l'éducation de la mère sur la santé et la mortalité est exagéré ; si aucun contrôle n'est opéré sur le temps passé en activités consommatrices d'énergie et que ceux qui passent plus de temps dans ces activités consomment également plus de nourriture, l'impact santé de la nutrition est sous-estimé. Des biais de sélectivité peuvent apparaître si les estimations des fonctions de production sanitaire ne sont basées que sur l'information provenant des familles qui ont accepté de participer aux programmes mère-enfant, car ces familles subissent apparemment plus de contraintes cachées ou expriment des goûts différents de ceux qui ne participent pas à de tels programmes. Les allocations à l'intérieur même des familles peuvent être importantes si l'augmentation marginale des aliments se produit principalement chez les jeunes adultes de sexe masculin (soit à cause des relations de pouvoir au sein de la famille soit à cause de la plus forte productivité qui en est attendue) ; dans ce cas les relations familiales autour de la nourriture ne nous en apprennent guère sur les évolutions de consommation alimentaire, par exemple, des jeunes femmes ou des jeunes filles si le revenu de la famille augmente.

Afin de déterminer toutes les décisions contrôlées par la famille, on présuppose que le ménage cherche à maximiser la valeur de sa fonction d'objectif sous la double contrainte de son revenu global et de sa fonction de production (les facteurs stochastiques jouant également un rôle important). Les décisions touchent divers domaines comme la santé, les soins sanitaires, l'apport alimentaire, la productivité marginale du temps, la consommation et l'utilisation du temps de chaque individu ; la scolarisation pour ceux qui sont d'âge scolaire et le nombre de naissances et de décès. Ces résultats peuvent être exprimés comme dépendant de tous les éléments déterminants du comportement familial, qui sont prédéterminés ou exogènes au ménage : les prix de marché, les salaires, la disponibilité des soins de santé et des autres services, l'environnement local tout comme l'éducation et d'autres formes d'apprentissage pour ceux qui considèrent qu'ils ont terminé l'école ou les programmes d'apprentissage, les avoirs prédéterminés du ménage ou des individus qui en font partie, mais encore l'aide des programmes gouvernementaux, de parents ou d'amis, et les capacités et autres dotations de tous les membres du ménage. On appelle de telles relations « des relations de besoins sous forme réduite » parce qu'elles réduisent les réponses (demandes) du ménage, qui sont sujettes aux contraintes de revenu global et de la fonction de production, pour ne dépendre que des variables exogènes ou prédéterminées et des paramètres du point de vue du ménage (et non pas des autres variables couramment déterminées par le ménage). Les fonctions sous forme réduite fournissent les demandes de santé, d'aliments, d'autres apports liés à la santé, l'utilisation du temps, mais aussi la valeur marginale du temps pour chaque individu du ménage comme fonction de tous les prix exogènes et des avoirs prédéterminés, les deux pouvant être en gros définis ainsi :

$$Z = f(V), \tag{3}$$

où Z est un vecteur de variables endogènes (H^i, N^i, C^i...) pour chaque i = 1, ...I ; V est un vecteur de variables exogènes et prédéterminées (S^i, E^i, M, P, A...) où chaque i = 1,...,I ; P est un vecteur de prix auxquels fait face la famille ; A est un vecteur des biens du ménage ; toutes les autres variables ont été définies auparavant.

Trois caractéristiques de ces formes réduites méritent qu'on les examine de plus près.

(i) Les avoirs et les dotations prédéterminés de *tous* les membres d'une ménage entrent dans les relations sous forme réduite pour les investissements dans la santé et les autres ressources humaines ; également, l'utilisation du temps et la valeur marginale du temps de chaque individu, du fait qu'un changement de telles variables pour n'importe quel individu peut affecter tout le ménage à travers les allocations intrafamiliales, comme nous l'avons noté au deuxième point de la section 1.1. Ainsi, si pour des raisons macro-économiques le salaire d'un homme adulte appartenant au ménage est modifié, tous les membres du ménage peuvent s'en trouver affectés ; ceci est dû à la modification du revenu global du ménage, à la réallocation du temps et à d'autres facteurs en réaction au changement de la valeur de marché du temps de ce seul individu. Les formes réduites permettent une substitution considérable dans l'utilisation des biens, des services et du temps des membres du ménage en réponse aux changements qui surviennent dans les variables, y compris la substitution technique entre inputs dans les fonctions de production des ménages et dans la fonction de production sanitaire ; en outre, elles peuvent entraîner des réallocations ayant pour effet de changer les déterminants de ces fonctions. Si cette substitution est profonde, l'impact de tout changement des variables indépendantes peut être largement compensé par d'autres changements dans le ménage. Pour cette raison, le ciblage des aliments et des autres apports liés à la santé pour des types particuliers d'individus (par exemple, les nourrissons et les

petits enfants, les femmes enceintes et les mères qui allaitent) peut être très difficile si les ressources du ménage sont fongibles.

(ii) Les avoirs prédéterminés et les prix exogènes pour de nombreux ménages dans les pays en développement devraient inclure non seulement les avoirs et les prix à partir desquels sont prises les décisions de consommation, mais aussi ceux qui sont dépendants de n'importe quelle production liée au marché de firmes ou de fermes familiales. En raison de marchés incomplets et des effets sur la productivité de la santé et de la nutrition, ou de la différence entre les prix de vente et d'achat pour les producteurs de nourriture, il peut ne pas être possible de séparer les décisions concernant la génération du revenu de celles qui se rapportent à la consommation (comme on le fait dans l'analyse standard des demandes)[1]. Le prix affecte par conséquent les décisions du ménage agricole en matière de santé, en plus des effets sur le revenu ; on peut prendre comme exemple l'augmentation du prix des engrais dans le cadre d'un programme d'ajustement structurel.

(iii) Les politiques gouvernementales et la macro-économie affectent la santé et les autres produits tout d'abord à travers les prix, les biens communautaires, les impôts et les transferts. Les politiques qui agissent à travers les prix comportent la fourniture gratuite ou subventionnée de services de santé, l'alimentation et la scolarisation, en tenant compte de ce qui affecte les salaires. Elles comprennent d'autres politiques qui affectent aussi les prix du second membre de la relation (3), comme les subventions pour les engrais, les tarifs d'importation et les quotas d'importation (pour une firme ou une ferme familiales). Les politiques de programmes de travaux publics et le contrôle des maladies peuvent modifier les dotations communautaires ; dans la mesure où les individus peuvent changer ces dotations en migrant, elles demeurent endogènes. De même, les allocations gouvernementales de certains services peuvent être formées par des dotations communautaires, l'estimation de l'impact des services sera modifiée si on ne contrôle pas de telles dotations. Par exemple, si le paludisme frappe plus durement dans les zones marécageuses et si les programmes gouvernementaux anti-paludiques concentrés dans les zones marécageuses réduisent mais n'éliminent pas le paludisme, les estimations qui ne tiennent pas compte du caractère marécageux de certaines régions peuvent indiquer un effet négatif du programme sur le paludisme (ou sous-estimer ses effets positifs ; voir, par exemple, Rosenzweig & Wolpin, 1986). Si des estimations non biaisées peuvent être obtenues sur l'impact de la politique gouvernementale et de la macro-économie (peut-être en faisant intervenir des variables comme les prix de marché) dans de telles relations de demande sous une forme réduite pour la santé et pour les inputs sanitaires, ces estimations indiquent directement l'impact de la macro-économie et des macro-politiques sur la santé[2].

---

1. L'unité de décision famille/entreprise la mieux étudiée est le modèle de la ferme familiale (cf Lau *et al.*, Barnum et Squire, 1979 ; Singh *et al.*, 1986 et autres), mais des considérations semblables peuvent être importantes pour les entreprises familiales non agricoles — dans l'industrie ou les services, en particulier dans le secteur informel.

2. Notons que les fonctions de production sanitaire n'exigent pas d'être évaluées pour répondre à de telles questions puisque les relations de forme réduite pour la demande de santé (qui englobent les paramètres de la fonction de production ainsi que d'autres paramètres signifiants, contraintes de revenu global et la fonction d'objectif) fournissent des estimations directes ; toutefois, les estimations des fonctions de production sanitaire peuvent être fort utiles pour interpréter les résultats. Notons également que les relations hybrides combinant les variables de forme réduite (tels que revenu prédéterminé, prix, etc.) et les variables endogènes relatives à la fonction de production (tels que les intrants liés à la santé basés sur les choix des familles), qui sont parfois évaluées, ne fournissent pas de réponse à ces questions. De telles relations sont très difficiles à interpréter du fait que les variables endogènes de la fonction de production captent une partie de l'effet des variables exogènes de la forme réduite, et que la simultanéité des variables endogènes n'est généralement pas contrôlée.

2.1.2. La Santé et les autres déterminants de l'investissement dans les ressources humaines

Le modèle statique des besoins familiaux permet de mieux comprendre les effets possibles de la macro-économie sur la santé et montre comment leur importance peut être étudiée. Comme il s'agit d'un modèle s'appliquant à une période donnée, la dimension de l'investissement des ressources consacrées à la santé est supprimée. Cette composante peut être mise en évidence en prenant le modèle simple mais révélateur des déterminants de l'investissement dans les ressources humaines présenté par Becker (1967) dans sa conférence de Woytinsky.

La figure 1 est tirée de cette conférence. L'axe horizontal donne les investissements dans la santé, et l'axe vertical donne la valeur présente des bénéfices marginaux et des coûts de tels investissements. Les valeurs présentes utilisées reflètent le fait que certains des bénéfices et certains des coûts des investissements augmenteront à l'avenir. Lorsque les bénéfices et les coûts sont ramenés à leurs valeurs courantes, ils peuvent être comparés, même si leur chemins temporels vont vraisemblablement devenir différents, les bénéfices se faisant généralement sentir après les coût[1]. La courbe ascendante en trait plein donne la valeur actuelle des coûts supplémentaires d'une augmentation de l'investissement dans les ressources humaines d'un même individu[2]. Les deux courbes en trait plein impliquent un niveau d'équilibre de l'investissement dans les ressources humaines à H*, où les coûts et les bénéfices marginaux sont égaux à r*. Pour les niveaux d'investissements dans les ressources humaines au-dessous du niveau d'équilibre, les bénéfices marginaux excèdent les coûts marginaux, d'où une incitation à étendre les investissements dans les ressources humaines (et *vice versa* pour les niveaux d'investissement dans les ressources humaines au-dessus du point d'équilibre).

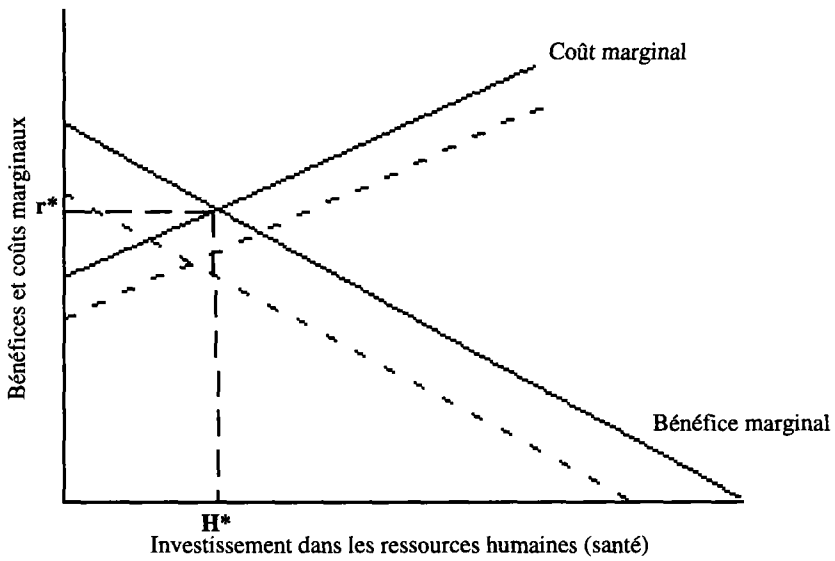
La question centrale est de savoir ce qui se cache derrière les courbes du bénéfice marginal et du coût marginal. La courbe du bénéfice marginal est déterminée par plusieurs facteurs : le taux d'intérêt servant à actualiser les bénéfices futurs ; le prix attendu d'une unité du résultat correspondant ; et l'impact de l'investissement dans les ressources humaines sur ce résultat. Ce dernier est directement relié à l'impact d'investissements dans les ressources humaines, comme la santé, sur la productivité marginale du temps dans la relation (1). Les faits résumés dans la section 1 suggèrent que la productivité est affectée de manière positive par les investissements dans la santé, mais que des rendements marginaux décroissants sur de tels investissements peuvent se produire, compte tenu d'autres facteurs dans la fonction de production de la santé dans la relation (2), aussi bien que dans la productivité marginale de la relation temporelle (1) (à savoir le capital génétique en relation avec la santé et la productivité). Ces rendements décroissants signifient que la courbe des bénéfices va probablement descendre, au

1. Le taux d'escompte est utilisé pour illustrer le fait qu'une unité monétaire, le dollar, par exemple, touché ce jour vaut plus que le même dollar touché dans un an, puisque le dollar d'aujourd'hui peut porter intérêt (ou toute autre forme de rémunération) durant l'année qui court jusqu'à ce que l'on touche l'autre dollar. Si le taux d'intérêt annuel est représenté par r, la valeur actuelle de 1 US$ reçu dans un an est US$ 1/(1+r), la valeur actuelle de 1 dollar touché dans deux ans étant US$ 1/(1+r)2, etc.

2. Les bénéfices marginaux sont parfois transformés en taux de rendement marginaux et les coûts marginaux en équivalents taux d'intérêt.

moins en ce qui concerne les investissements suffisamment importants dans la santé[1].

Figure 1. Éléments déterminants des investissements dans les ressources humaines



D'après Becker (1967).

La courbe du bénéfice marginal reflète un certain nombre de questions importantes. Premièrement, elle reflète un lien entre la santé et les autres investissements dans les ressources humaines, avec les effets qui en découlent sur la productivité et par conséquent sur le niveau de vie et la croissance économique. Deuxièmement, elle met en évidence l'importance des conditions du marché du travail auxquelles fera face l'individu après que les investissements sanitaires auront été effectués. Si les conditions de travail ne sont pas prometteuses à cause d'une discrimination sexuelle, de caste, ethnique, ou liée à une caractéristique quelconque ou encore à cause de perspectives économiques pessimistes, la courbe du bénéfice marginal pourra se situer à un plus bas niveau, comme le montre la courbe en pointillés de la figure 1. Dans ce cas les stimulations pour investir dans la santé sont beaucoup plus faibles qu'elles ne le seraient si la courbe du bénéfice marginal était celle en trait plein. Troisièmement, la courbe du bénéfice marginal est influencée par des facteurs autres que les investissements sanitaires et le marché attendu du travail. Ils comprennent le taux d'escompte, le milieu familial, d'autres investissements dans les ressources humaines (par exemple, la scolarisation), le capital génétique lié à la santé et à la productivité, et les valeurs attendues des autres inputs dans la relation (1) de productivité temporelle. Les individus qui

1. Si l'investissement pour une meilleure santé agit à travers l'éducation, comme nous l'avons vu dans la section 1.2, ou d'autres manières, cela peut retarder la mise en route des activités qui bénéficient de cette politique, fournissant des raisons supplémentaires à la diminution des rendements marginaux. Une meilleure santé peut allonger la durée de la scolarité. Plus la scolarité d'une personne sera longue, plus longue sera la période au bout de laquelle la productivité postscolaire pourra donner des fruits mais, en même temps, plus courte sera la période postscolaire au bout de laquelle les bénéfices de cette scolarité pourront être perçus.

vivent dans des ménages pauvres ne bénéficieront que de faibles quantités de ces autres facteurs venant du ménage et de la communauté environnante. Il en résulte que leur courbe du bénéfice marginal sera basse — à nouveau la ligne en pointillés — et que les incitations pour investir plus dans la santé seront limitées. En conséquence, la limitation des investissements dans les ressources humaines se transmet probablement de génération en génération dans les classes défavorisées. Quatrièmement, il est important de savoir qui prend la décision de faire des investissements sanitaires, et quels sont les intérêts en jeu. La pauvreté peut être si accablante que les parents ne tiennent pas compte de la productivité future et limitent l'investissement de ressources dans leurs enfants, renforçant ainsi ces liens de pauvreté d'une génération à l'autre.

Le taux d'escompte et le coût d'opportunité privé des ressources qui doivent être investies dans la santé sont sous-jacents à la courbe de coût marginal. Parmi les éléments importants de ces coûts, on trouve les coûts monétaires directs des inputs sanitaires et le coût d'opportunité pour l'individu et les autres personnes impliquées, dus au déplacement et à l'attente consentie pour recevoir les soins de santé. En fait, ces coûts représentent le coût d'utilisation des ressources pour les investissements dans la santé au lieu d'autres activités (la courbe en trait plein de coût marginal de la figure 1). Plus les usages alternatifs de telles ressources sont productifs, plus le coût marginal du financement des investissements de santé sera élevé et plus la courbe du coût marginal se déplacera vers la gauche. La courbe en pointillés de coût marginal de la figure 1 montre des coûts d'opportunité plus élevés que ceux de la courbe en trait plein, si bien que, toutes choses étant égales par ailleurs, le niveau d'équilibre de l'investissement sanitaire est plus bas.

Si les coûts d'opportunité augmentent avec les investissements sanitaires (en raison, par exemple, de coût d'opportunité du temps accru ou de contraintes de liquidité), la pente de coût marginal pour un individu va s'accroître. La nature du marché du capital ou du crédit peut évidemment affecter cette courbe de coût marginal. Comme les coûts privés des investissements sanitaires doivent habituellement être financés par le ménage ou les parents de la personne en question, la courbe de coût marginal va vraisemblablement se déplacer vers la gauche et probablement de manière plus prononcée pour les gens pauvres ; ces derniers ont un accès limité au marché du crédit, paient des taux d'intérêt élevés, pour autant qu'ils puissent emprunter, et sont en général moins aptes à payer les investissements sanitaires. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, la pauvreté aura vraisemblablement un impact sur les investissements de santé par le biais des coûts marginaux, du fait que les pauvres accéderont moins facilement au marché du capital, et que les frais de transport vers les structures de santé d'une qualité donnée seront élevés (bien qu'ils puissent obtenir des coûts plus bas pour certains inputs sanitaires importants, comme les aliments de base, du fait de leur situation géographique).

2.2. Impact de la croissance macro-économique sur la santé

L'état de la macro-économie, y compris son taux de croissance actuel et celui espéré pour l'avenir, change la santé en affectant les valeurs actuelles et espérées des variables qui déterminent la santé dans des relations de demande sous forme réduite, comme dans (3), ou dans le modèle coût marginal - bénéfice marginal illustré par la figure 1. La nature de tels effets peut être complexe parce qu'ils opèrent dans l'ensemble de l'économie, avec des décalages et des effets rétroactifs. La théorie économique ne peut donc, d'une manière générale, prédire des effets très précis ; en revanche, elle est en mesure de proposer un ensemble de possibilités,

dont la pertinence dépend de la valeur d'un grand nombre de réponses liées au comportement[1]. Ainsi, d'une certaine manière, tout est possible. Dans ce qui suit, j'essaie d'éviter les nombreuses réserves qui sont nécessaires pour décrire ce que suggèrent les combinaisons de la théorie économique et les preuves disponibles à propos de tels effets, et expose uniquement ce que je pense être les tendances dominantes[2].

Un des effets majeurs de la croissance économique sur la santé est probablement un effet sur le rendement attendu des investissements dans le domaine de la santé. La mutation de la situation-type qui caractérise l'économie des pays les plus démunis vers une situation de croissance économique est susceptible d'accroître le rendement attendu des investissements dans la santé et les autres aspects de la ressource humaine qui augmentent la productivité à travers les mécanismes exposés à la section 1. Ceci implique un déplacement vers le haut de la courbe de bénéfice marginal de la figure 1, toutes choses étant égales par ailleurs, ce qui augmentera le niveau d'équilibre des investissements sanitaires. L'amplitude de cet effet dépend, cependant, du type de croissance économique et des macro-politiques qui sont menées, en plus de l'ampleur de la croissance proprement dite. De tels effets seront sans doute plus faibles, par exemple, avec une substitution des importations, une stratégie de croissance intensive en capital qui tend à favoriser les investissements dans le capital et les investissements spécialisés dans les ressources humaines, en ciblant une élite urbaine pour le travail, et des investissements plus généraux dans les ressources humaines dans un cadre économique plus large, comprenant, de manière importante, l'agriculture.

Il faut noter que les changements qui font augmenter le rendement attendu des investissements sanitaires peuvent aussi accroître le coût attendu de tels investissements en augmentant le coût d'opportunité du temps qui leur est consacré. De tels changements provoqueraient un déplacement vers le haut de la courbe du coût marginal et tendraient à agir à l'inverse de l'impact de l'accroissement des rendements attendus. De tels effets atténuent mais n'annulent pas complètement les effets notés dans le paragraphe précédent.

Un second effet majeur de toute croissance économique *soutenue* sur la santé dans les pays les plus défavorisés sera probablement qu'une réduction du taux d'escompte encouragera les rendements dans tous les investissements, y compris dans le domaine de la santé. L'aspect primordial est de savoir si cette croissance sera maintenue ; l'effet produit sera probablement plus grand en fonction de la confiance qui sera accordée à une politique durable liée à la stratégie de croissance. Une politique menant à des déficits insupportables, tels que de lourds déficits gouvernementaux destinés à promouvoir la croissance ou les taux de change qui sont loin de l'équilibre, est en conséquence moins susceptible d'amener une réduction des taux d'escompte.

Un troisième effet majeur de la croissance économique sur la santé intervient à travers une augmentation du revenu courant, et donc de la demande de santé, de biens de consommation et de la capacité d'autofinancer les investissements sanitaires. Cet effet est susceptible de déplacer vers le bas la courbe de coût marginal, en augmentant le niveau d'équilibre des investissements sanitaires. L'amplitude d'un tel effet dépendra largement de la distribution des bénéfices de la

1. Addison et Demery (1985, 1989), Behrman (1988, 1990d), Behrman et Deolalilkar (1991), Demery et Addison (1987) et Ravallion et Huppi (1990) proposent des développements plus complets sur les effets des politiques de macro-ajustement sur les ressources humaines et la pauvreté. Ces études indiquent les voies compliquées que peuvent emprunter les macro-politiques pour influencer les déterminants les plus directs de la santé.

2. Les problèmes d'estimation ressemblent à ceux abordés dans la section 1.1 ; faute de place, nous nous en tiendrons à ces exemples.

croissance économique, dans la mesure où ce sont les membres les plus pauvres de la société qui sont les plus exposés aux contraintes de crédit qui limitent leurs investissements. Plus la croissance économique bénéficie aux membres les plus pauvres de la société, plus grands seront ces effets.

Un quatrième effet majeur de la croissance économique peut se produire à travers le développement concomitant des différents types de marchés. Le développement des marchés des biens aurait tendance à augmenter les gains de productivité attendus des investissements sanitaires, déplaçant ainsi la courbe de bénéfice marginal vers le haut et accroissant l'investissement sanitaire à l'équilibre. Une stratégie de croissance qui intègre l'économie, en améliorant les communications et les transports ruraux, par exemple, aurait vraisemblablement un tel effet, comme l'aurait une stratégie du secteur extérieur qui encouragerait l'agriculture et les secteurs de production intensifs en travail. Les expériences passées suggèrent, bien sûr, que l'expansion du marché et les nouvelles activités de production s'accompagnent d'effets négatifs sur la santé, tels qu'une utilisation accrue de produits chimiques dans l'agriculture et plus d'accidents industriels. Du point de vue de l'efficience dans un sens technique économique, il est probablement important que la politique publique encourage ou exige une diffusion suffisante d'informations sur les effets néfastes éventuels des nouveaux facteurs de production et le contrôle de la qualité des nouveaux produits, étant donné que les agents privés ne trouvent spontanément aucune incitation à le faire. Ce qui constitue un produit, du point de vue du vendeur, est un bien de consommation ou d'investissement, ou encore un facteur de production du point de vue de l'acheteur. C'est pourquoi, les augmentations de prix, disons, des produits de base tendent à accroître les rendements d'investissements sanitaires des producteurs de ces produits mais aussi à augmenter les prix de manière importante pour ceux qui les consomment. De plus, les changements des prix relatifs associés à la croissance économique entraîneront vraisemblablement des changements dans les secteurs de production éloignés des produits de base, pour lesquels les consommateurs paieront des prix plus élevés — un mouvement vers le haut de la courbe de coût marginal des investissements de santé pour eux (bien que le déplacement vers le haut de la courbe de bénéfice sera vraisemblablement plus accentué pour les producteurs). L'expansion du marché des produits peut ainsi entraîner une amélioration de la santé pour les uns et une détérioration pour les autres.

L'expansion des marchés du travail sera aussi vraisemblablement importante, comme elle augmentera les rendements attendus des investissements sanitaires chez les pauvre — déplaçant à nouveau vers le haut la courbe des bénéfices marginaux de la figure 1 (bien qu'elle puisse peut-être également annuler partiellement un changement vers le haut de la courbe de coût marginal du fait de l'accroissement du coût d'opportunité du temps). Une stratégie de croissance orientée vers l'extérieur, qui encourage l'exploitation de l'avantage comparatif possible des pays pauvres dans les activités intensives en travail, aura des effets de cette nature plus importants. Une fois de plus, l'efficience peut exiger que les Gouvernements fournissent de l'information, des subventions ou peut-être qu'ils contrôlent les risques sanitaires inhérents aux nouvelles activités, pour lesquelles il n'y a pas d'incitation privée pour fournir des informations dans l'intérêt public.

L'expansion et l'intégration des marchés du crédit aura également des répercussions. L'accès au financement des investissements peut être important pour les membres les plus pauvres de la société, dont la santé est particulièrement préoccupante du point de vue de l'équité et dont les rendements attendus des investissements pourraient être élevés pour leur santé. Plus les marchés du crédit sont étroitement intégrés, plus les coûts du crédit seront faibles dans les zones où vivent ces personnes ; ceci déplace la courbe de coût marginal vers le bas et

rehausse le niveau d'équilibre des investissements sanitaires. Les stratégies de croissance qui renforcent les transports et les communications et les stratégies qui favorisent la production rurale aideront à intégrer les marchés du crédit. L'expérience suggère que les efforts pour réguler les charges entraînées par les taux d'intérêt élevés dans les marchés du crédit — même si l'on souhaite les maintenir bas pour les pauvres — tendent à résulter en un rationnement du crédit à faible taux d'intérêt au détriment des pauvres qui, de ce fait, sont écartés du marché du crédit. L'expérience suggère également que les informations sur les marchés du crédit sont rares, si bien qu'une politique publique d'information améliorera l'équité et l'efficacité.

Un cinquième effet majeur de la croissance économique sur la santé est l'expansion de l'emprise gouvernementale sur les ressources associées à la croissance. L'impact sur la santé dépendra de l'allocation de telles ressources dans le secteur même de la santé et de la mesure dans laquelle elles seront allouées au développement des infrastructures et à l'apport d'information, dans lesquels le Gouvernement a un avantage comparatif. Plus importante sera la part de ces ressources consacrée au secteur de la santé et plus elles seront distribuées efficacement, plus grand sera leur impact sur la santé. Une stratégie qui implique un comportement efficace par l'intermédiaire de la tarification au coût marginal des services de santé à la fois curatifs et préventifs permettra de faire de grands progrès dans le domaine de la santé pour des niveaux donnés de ressources gouvernementales vouées à la santé. En revanche, une politique de subventionnement des soins de santé, dont les bénéfices sont principalement privés (donc sans externalités) et qui ignorera le calcul des coûts par rapport aux bénéfices[1], aura des effets discutables sur l'amélioration de la santé.

Références bibliographiques

Addison, T. et Demery, L. (1985) *Macro-economic Stabilization, Income Distribution and Poverty : a Preliminary Survey*, Londres, Overseas Development Institute.

Addison, T. et Demery, L. (1989) The economics of rural poverty alleviation. In Commander, S., édit., *Structural Adjustment and Agriculture : Theory and Practice in Africa and Latin América*, Londres, Overseas Development Institute, pp.71-89.

Banque Mondiale (1980) *World Development Report*, Washington DC.

Banque Mondiale (1981) *World Development Report*, Washington DC.

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

Banque Mondiale (1991) *World Development Report*, Oxford, Oxford University Press.

Barlow, R. (1979) Health and economic development : a theoretical and empirical review. *Res. Hum. Cap. Dev.*, **1**, 45-75.

Barnum, H.N. & Squire, L. (1979) An econometric application of the theory of farm-household. *J. Dev. Econ.*, **6**(1), 79-102.

Basta, S.S., Soekirman, M.S., Karyadi, D. & Scrimshaw N.S. (1979) Iron deficiency anemia and the productivity of adult males in Indonesia. *Am. J. Clin. Nutr.*, **32**, 916-925.

Bautista, A., Barker P.A., Dunn, J.T., Sanchez, M. & Kaiser, D.L. (1928) The effects of oral iodized oil on intelligence, thyroid status, and somatic growth in school-age children from an area of endemic goiter. *Am. J. Clin. Nutr.*, **35**, 127-134.

1. L'hypothèse généralement adoptée est que les taux de rendement sont meilleurs sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Toutefois Jamison et Mosley (1990), proposent des calculs qui ne corroborent pas entièrement cette hypothèse, celle-ci dépendant, par exemple, de facteurs tels que l'incidence de la maladie.

Becker, G.S. (1967) Human capital and the personal distribution of income : an analytical approach. Conférence Woytinski. Republié in Becker, G.S. (1975) *Human Capital*, 2ème édition, New York, National Bureau of Economic Research, pp.94-117.

Behrman, J.R. (1988) The impact of economic adjustment programmes on health and nutrition in developing countries. In : Bell, D.E. & Riech, M.R., *Health, Nutrition and Economic Crises : Approaches to Policy in the Third World*, Dover, MA, Auburn House, pp. 103-146.

Behrman, J.R. (1990a) *Human Ressource Led Department ?*, New Delhi, Asian Regional Training and Employment Programme, Bureau International du Travail.

Behrman, J.R. (1990b) *The Action of Human Resources and Poverty on One Another : What we Have Yet to Learn ?*, Washington DC, Banque Mondiale, Population and Human Resources Department.

Behrman, J.R. (1990c) *Women's Schooling and Nonmarket Productivité : a Survey and a Reappraisal*, Philadelphie, University of Pennsylvania, polycopié (préparé pour le Women in Development Division, Population and Human Resources Department, Banque Mondiale).

Behrman, J.R. (1990d) A survey of socioeconomic development, structural adjustment and child health and mortality in developing countries. In : Hill, K., édit., *Child Survival Program : Issues for the 1990's*, Baltimore, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Institute for International Programs.

Behrman, J.R. (1992) *The Economic Rationale for Investing in Nutrition in Developing Countries*, Philadelphia, University of Pennsylvania, polycopié (préparé pour le Vitamine A Field Support Programme of the International Science and Technology Institute).

Behrman, J.R. & Deolalikar, A.B. (1989) Seasonal demands for nutrients intakes and health status in rural south India. In : Sahn, D.E., édit., *Causes and implications of Seasonal Variability in Household Food Security*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp.66-78.

Behrman, J.R. & Deolalikar, A.B. (1990) The intrahousehold demand for nutrients in rural south India : individual estimates, fixed effects and permanent income. *J. Hum. Resour.*, **25**(4), 665-696.

Behrman, J.R. & Deolalikar, A.B. (1991) The poor and the social sectors during a period of macroeconomic adjustment : empirical evidence for Jamaica. In : *World Bank Economic Review*, Washington DC, Banque Mondiale.

Behrman, J.R. & Lavy, V. (1992) *Child Health and Schooling Achievement : Association or Causality ?* Washington DC, Banque Mondiale, Population and Human Resources Department, polycopié.

Behrman, J.R., Ross, D., Sabot, R. & Tropp, M. (1991a) *Improving the Quality versus Increasing the Quantity of Schooling*, Philadelphia, University of Pennsylvania, polycopié.

Behrman, J.R., Ross, D., Sabot, R. (1991b) *Production of Cognitive Skills in Rural Pakistan*, Philadelphia, University of Pennsylvania, polycopié.

Boissière, M., Knight, J.B. & Sabot, R.H. (1985) Earnings, schooling, ability and cognitive skills. *Am. Econ. Rev.*, **75**, 1016-1030.

Bouis, H.E. & Haddad, L.J. (1992) Are estimates of calorie-income elasticities too high ? A recalibration of the plausible range. *J. Dev. Econ.* **39**(2) 333-364.

Chutikul, S. (1986) *Malnourished children : An Economic Approach to the Causes and Consequences in Rural Thailand* (Publication n°102), Honolulu, Hawaii, East-West Population Institute.

Demery, L. et Addison, T. (1987) Stabilization polcy and income distribution in developing countries. *World Dev.*, **15**, 12.

Deolalikar, A.B. (1988) Nutrition and labor productivity in agriculture : estimates for rural south India. *Rev. Econ. Stat.*, **70**(3), 406-413.

Florencio, C.A. (1988) *Nutrition, Health and Other Determinants of Academic Achievement and School-related Behavior of Grades One to Six Pupils*, Manille, University of the Philippines, polycopié.

Galler, J.R., Ramsey, F., Solimano, G. & Lowell, W.E. (1983a) The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development : I. Degree of impairment in intellectual performance. *Am. Acad. Child Psychiatry*, **22**, 16-22.

Galler, J.R., Ramsey, F., Solimano, G. & Lowell, W.E. & Mason, E., (1983b) The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development : II. Classroom behavior. *Am. Acad. Child Psychiatry*, **22**, 8-15.

Glewwe, P. (1991) *Are Rates of Return to Schooling Estimated from Wage Data Relevant Guides for Government Investments in Education ? Evidence from a Developing Country* (Living Standards Measurement Study Working Paper n°76), Washington DC, Banque Mondiale.

Gomes-Neto, J.B., Hanushek, E.A., Leite, R.H. & Frota-Bezzera, R.C. (1992) *Health and Schooling : Evidence and and Policy Implications for Developing Countries* (Working Paper n°306), Rochester University Center for Economic Research, polycopié.

Gwatkin, D.R. (1983) *Does Better Health Produce Greater Wealth ? A Review of the Evidence Concerning Health, Nutrition and Output.* Washington DC, Overseas Development Council, polycopié.

Haddad, L. & Bouis, H.E. (1989) *The Impact of Nutritional Status on Agricultural Productivity : Wage Evidence from the Philippines.* Washington DC, International Food Policy Research Institute, polycopié.

Immink, M. & Viteri, V. (1981) Energy intake and productivity of Guatemalan sugarcane cutters : an empirical test of the efficiency wages hypothesis, Parties I et II. *J. Dev. Econ.*, **92**, 251-287.

Jamison, D.T. (1986) Child malnutrition and school performance in China. *J. Dev. Econ.*, **20**(2), 299-310.

Jamison, D.T. & Mosley, W.H. (1990) *Selecting Disease Control Priorities in Developing Countries*, Washington DC, Banque Mondiale, polycopié.

Johnston, F.E., Low, S.M., de Baessa, Y. & MacVean, R.B. (1987) Interaction of nutritional and socioeconomic status as determinants of cognitive development in disadvantaged urban Guatemalan children. *Am. J. Phys. Anthropol.*, **73**, 501-506.

Lau, L.J., Lin, W. & Yotopoulos, P.A. (1978) The linear logarithmic expenditure system, *Econometrica*, **46**(4), 840-868.

Maddala, G.S. (1988) *Introduction to Econométrics*, New York, McGraw-Hill.

Martorell, R. & Arroyave, C. (1984) *Malnutrition, Work Output and Energy Need*, (International Union of Biological Sciences Symposium on variation in Working Capacity in Tropical Populations), polycopié.

McKay, H., Sinisterra, L., McKay, A., Gomez, H. & Lloreda, P. (1978) Improving cognitive ability in chronically deprived children. *Science*, **200**, 270-278.

McKay, A. & McKay, H. (1983) Primary school progress after preschool experience : troublesome issues in the conduct of follow-up research and findings from the Cali, Colombia study. In : International Development Research Canada, *Preventing School Failure : The Relationship between Preschool and Primary Education : Proceedings of a Workshop on Preschool Research Held in Bogota, Colombia, 26-29 May*, 1981, Ottawa.

Moock, P.R. & Leslie, J. (1986) Childhood malnutrition and schooling in the Terai region of Népal. *J. Dev. Econ.*, **20**(1), 33-52.

Pitt, M.M., Rosenzweig, M.R. & Hassan, M.N. (1990) Productivity, health and inequality in the intrahousehold distribution of food in low-income countries. *Am. Econ. Rev.*, **80**(5), 1139-1156.

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

Pollitt, E. (1990) *Malnutrition and infection in the Classroom*, Paris, UNESCO.

Pollitt, E., Hathirat, P. Kotchabhakdi, N.J., Missel, L. & Valyasevi, A. (1989) Iron deficiency and educational achievement in Thailand. *Am. J. Clin. Nutr.*, **50**, 687-697.

Ravallion, M. & Huppi, M. (1990) Poverty in Indonesia during the recent adjustment period : a case study in methodology. In : *World Bank Economic Review*, Washington DC, Banque Mondiale.

Rosenzweig, M.R. & Wolpin, K.J. (1986) Evaluating the effects of optimally distributed public programs. *Am. Econ. Rev.*, **76**(3), 470-487.

Sahn, D.E. & Alderman, H. (1988) The effect of human capital on wages and the determinants of labor supply in a developing country. *J. Dev. Econ.*, **29**(2), 157-184.

Satyanarayana, K., Hanumantha Rao, D., Vasudeva Rao, D. & Swaminathan, M.C. (1972) Nutrition and working efficiency in coal-miners. *Indian J. Med. Res.*, **60**, 1800-1806.

Schultz, T.P., (1988) Education investments and returns. In : Chenery, H. & Srinivasan, T.N., édit., *Handbook of Development Economics*, Amsterdam, North-Holland Publishing Company, pp.543-630.

Schultz, T.P., (1991) Returns to women's education. In : King, E.M. & Hill, M.A., édit., *Women's Education in Developing Countries*, Washington DC, Banque Mondiale.

Seshardri, S. & Gopaldas, T., (1989) Impact of iron supplementation on cognitive functions in preschool and school-aged children : the Indian experience. *Am. J. Clin. Nutr.*, **50**, 586-675.

Singh, I., Squire, L. & Strauss, J., édit., (1986) *Agricultural Household Models : Extensions, Applications and Policy*. Washington DC, Banque Mondiale.

Soemantri, A.G., (1989) Preliminary findings on iron supplementation and learning achievement of rural Indonesian children. *Am. J. Clin. Nutr.*, **50**, 698-702.

Soemantri, A.G., Pollitt, E. & Kim, I. (1985) Iron deficiency anemia and educational achievement. *Am. J. Clin. Nutr.*, **42**, 1221-1228.

Soewondo, S., Husaini, M. & Pollitt, E. (1989) Effects of iron deficiency on attention and learning processes in preschool children : Bandung, Indonésia. *Am. J. Clin. Nutr.*, **50**, 667-674.

Spurr, G.B., Maksud, M.G. & Barac-Nieto, M. (1977a) Energy expenditure, productivity and physical work capacity of sugarcane loaders. *Am. J. Clin. Nutr.*, **30**, 1740-1746.

Spurr, G.B., Barac-Nieto, M. & Maksud, M.G., (1977b) Productivity and maximal oxygen consumption in sugarcane cutters, *Am. J. Clin. Nutr.*, **30**, 316-321.

Spurr, G.B., Barac-Nieto, M. & Maksud, M.G. (1977c) Efficiency and daily work effort in sugarcane cutters, *Br. J. Ind. Med.*, **30**, 137-141.

Stock, M.B. & Smythe, P.M. (1976) 15-Year development study on effects of severe undernutrition during infancy on subsequent physical growth and intellectual functioning. *Arch. Dis. Childh.*, **51**, 327-336.

Strauss, J. (1985) *The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human Resource Development : An Economic Perspective* (Economic Growth Center Discussion Paper n°494), New Haven, CT, Yale University.

Strauss, J. (1986) Does better nutrition raise farm productivity ? *J. Polit. Econ.*, **94**, 297-320.

Super, C.M., Sellers, S.G., Mora, J.O., De Paredes, B. & Herrera, M.G. (1989) *Weaning, Diarrhea and the Transition to a Family Diet Among Colombian Infants at Risk of Malnutrition*, polycopié.

Wolgemuth, J.C., Latham, M. Hall, A. & Crompton, D. (1982) Worker productivity and the nutritional status of Kenyan road construction laborers. *Am. J. Clin. Nutr.*, **36**, 68-75.

Chapitre 2

AJUSTEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SECTEUR DE LA SANTÉ : REVUE DE LA LITTÉRATURE

H. Genberg

Institut des Hautes Études Internationales, Genève, Suisse

Introduction

L'objet de ce document est double : présenter un cadre pour l'analyse des relations entre développement macro-économique et santé dans les pays en développement et parcourir quelques-unes des sources théoriques et empiriques existantes sur le sujet. La motivation sous-jacente de cette analyse se base sur l'opinion suivante : le contexte macro-économique a des implications importantes sur la conduite des politiques de santé, à la fois parce que ce contexte influe sur les demandes qui peuvent être adressées au secteur de la santé et parce qu'il pose un certain nombre de contraintes financières sur l'offre de services de santé publics et privés. Par l'identification et l'explication des liens entre les politiques macro-économiques et le secteur de la santé, l'auteur souhaite permettre aux responsables de la santé de mieux comprendre l'un des facteurs importants conditionnant leur marge de manœuvre[1]. L'analyse permet également d'évaluer l'idée selon laquelle les programmes d'ajustement structurel suivis dans de nombreux pays en développement ont des inconvénients sur l'état de santé de leurs populations. L'étude montre clairement que de telles affirmations ne sont pas toujours exactes. La relation entre politiques d'ajustement macro-économique et santé est particulièrement complexe. L'incidence sur la santé doit être recherchée à des niveaux relativement désagrégés et non à celui de populations entières. En outre, la structure de l'économie aussi bien que la nature précise de l'ajustement politique doivent être pris en compte de manière à aboutir à des conclusions définitives.

Section 1, l'analyse commence par rappeler quelques notions fondamentales sur les raisons et l'objet des ajustements macro-économiques. Puis on décrit les ingrédients de ce que l'on peut appeler le programme standard d'ajustement. La

1. La même motivation guide un certain nombre d'autres articles qui ont été écrits dans le cadre d'une collaboration entre les membres de l'Institut des Hautes Études Internationales de Genève et le Bureau de la Coopération internationale de l'OMS. L'article de Genberg (1990) sur lequel est basé le présent document, constitue l'une des premières vues d'ensemble théoriques. A sa suite, un certain nombre d'études de pays ont suivi, dont un exemple est fourni dans cet ouvrage (cf. chapitre Camen et Carrin) ; mais également Camen et Drager (1992) qui présentaient le cadre conceptuel utilisé pour ces études. Carrin et Evlo (1991) ont présenté un cadre de travail intégrant les facteurs macro-économiques dans un modèle désagrégé des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé. Alexander (1982) a développé certaines des analyses théoriques présentées dans mes travaux (1980), en utilisant l'approche par la simulation macro-économique.

section 2 identifie et classe un certain nombre de mécanismes et de variables intermédiaires qui relient les performances sanitaires aux développements macro-économiques. Les conclusions de ces deux sections sont reprises dans la troisième afin d'analyser les effets des mesures de stabilisation et d'ajustement structurel sur le secteur de la santé, à la fois du point de vue théorique et empirique. La conclusion de cette section comprend l'étude de quelques points ayant trait à l'évaluation de programmes d'ajustement alternatifs.

1. Ajustement macro-économique

1.1. Le besoin d'ajustement

Le terme « ajustement macro-économique » fait généralement référence à l'élimination de phénomènes tels que l'inflation, le chômage, le déficit des budgets gouvernementaux mais aussi le déficit de la balance commerciale ou le poids de la dette extérieure, pour ne mentionner que quelques-uns des signes courants de déséquilibre macro-économique. Les mesures correctives visant à éliminer les déséquilibres intérieurs (inflation, chômage et déficit budgétaire) sont souvent écartées ou différées en raison des effets impopulaires qu'elles peuvent avoir. Les déséquilibres extérieurs requièrent toutefois des ajustements du fait que les financements extérieurs font défaut. Si un pays ne peut pas emprunter aux organisations internationales comme le Fonds Monétaire International ou la Banque Mondiale, ou s'il n'a pas accès au marché international des capitaux, il lui sera alors difficile de faire face au déficit de son compte courant. Des mesures d'ajustement macro-économique devront alors être mises en œuvre.

Dès lors que les problèmes de règlements internationaux sont les principales causes de mise en place d'ajustement dans les pays en développement, l'étude qui suit s'intéresse essentiellement aux politiques conçues pour corriger les déficits extérieurs. Cette limitation n'affecte pas de façon sensible l'analyse dans ses résultats généraux car, comme nous le verrons, nombre des politiques visant à réduire le déficit des comptes courants corrigent dans le même temps les déséquilibres intérieurs.

1.2. Origines et nature des déséquilibres

Afin de comprendre pourquoi des déficits extérieurs se produisent et comment telle ou telle politique peut les corriger, il faut savoir qu'une balance des paiements négative est toujours le reflet de dépenses intérieures supérieures au revenu intérieur. Il s'ensuit qu'un déficit ne peut être corrigé que de deux manières élémentaires : la réduction des dépenses ou l'augmentation du revenu.

Avant d'analyser le contenu de programmes-types d'ajustement, il convient d'examiner brièvement les causes les plus courantes de déséquilibre extérieur. La première distinction à faire dans ce contexte concerne les deux sources — intérieure ou étrangère — de déficit. La cause interne la plus fréquente est la dépense gouvernementale excessive financée par des emprunts ou par l'émission monétaire (en d'autres termes, pas par des impôts). De telles dépenses créent un excès généralisé de la demande conduisant à la fois à une augmentation des importations et à des pressions inflationnistes intérieures. En retour, l'inflation réduit la compétitivité de l'économie et aggrave le déséquilibre de la balance commerciale. Un autre facteur interne assez courant est une chute brutale de revenu (due par exemple à une sécheresse) non accompagnée d'une chute équivalente de la dépense intérieure, les agents économiques tentant de maintenir leur niveau de consommation antérieur.

Les perturbations étrangères sont très souvent la source des problèmes de trésorerie dans les pays en développement. L'augmentation des taux d'intérêt sur le marché international des capitaux a un impact direct sur le service de la dette extérieure. De même, les détériorations des termes de l'échange ou les réductions de la demande extérieure en biens d'exportation nationaux peuvent avoir des effets considérables sur la situation des paiements extérieurs de ce pays. Ces trois perturbations réduisent le revenu global du pays. A moins de réduire les dépenses intérieures, un déficit du compte courant apparaîtra. La réduction de la dépense intérieure varie selon que les perturbations sont perçues comme étant passagères ou permanentes, elle dépend aussi de la capacité du secteur privé à modifier ses habitudes de dépenses.

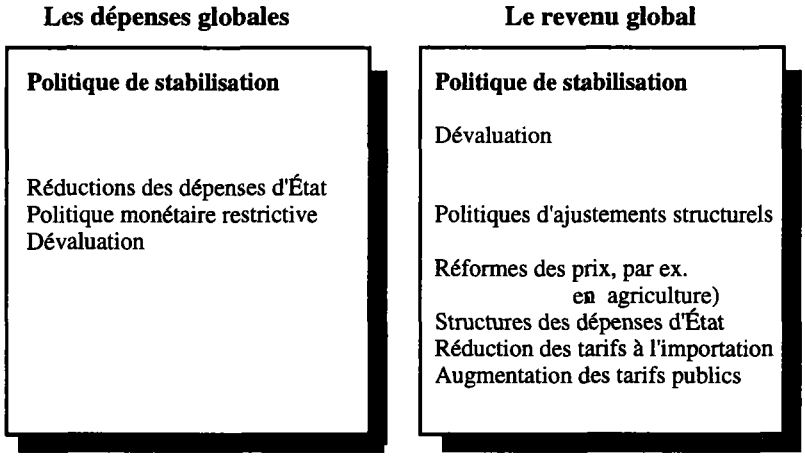
La distinction entre les perturbations temporaires et permanentes est également importante pour guider l'attitude à adopter envers l'ajustement d'un déficit donné du compte courant. Si le déficit provient d'un changement conjoncturel dans les conditions économiques intérieures ou extérieures, on peut légitimement renoncer à ajuster l'économie intérieure et choisir de financer ce déficit soit en intervenant sur les réserves en devises soit en empruntant sur le marché international des capitaux. Cette dernière solution suppose que le pays n'a pas épuisé ses capacités d'emprunt au niveau international. Nous reviendrons plus loin sur le cas où la limite de la capacité d'emprunt est effectivement atteinte. Si, au contraire, la perturbation est considérée comme permanente, les ajustements sont impératifs, car un financement total conduirait la dette extérieure vers une évolution critique.

1.3. Politiques d'ajustement extérieur

Comme nous l'avons vu, les responsables politiques devront peut-être prendre des décisions pour répondre au déficit du compte courant, soit à cause d'un changement durable des conditions économiques en interdisant le financement, soit à cause de l'épuisement de la capacité d'emprunt au niveau international.

Les mesures qui influent sur le compte courant peuvent se répartir en deux catégories : celles qui influent sur les dépenses globales et celles qui influent sur les recettes globales (Fig. 1). Il n'est pas toujours possible d'établir une distinction claire entre ces deux catégories ; certaines mesures, comme la dévaluation, influenceront à la fois les dépenses et les recettes. Les politiques monétaires et fiscales globales entrent dans la première catégorie. Une politique monétaire restrictive aura tendance à réduire les dépenses, et ceci pour plusieurs raisons. En premier lieu, une restriction de l'offre de crédit de la part de la banque centrale vis-à-vis du secteur privé augmentera généralement les taux d'intérêt, ce qui en retour, provoquera un resserrement des catégories de dépenses sensibles aux taux d'intérêt. En second lieu, même si les taux d'intérêt sont soumis à un contrôle administratif pour qu'ils ne réagissent pas aux forces du marché, la réduction de la disponibilité du crédit réduira les dépenses. En outre, dans la mesure où un Gouvernement s'appuie sur la banque centrale pour financer ses dépenses, une politique monétaire restrictive peut conduire à une réduction des dépenses dans le secteur public.

Figure 1. Politiques d'ajustement du compte courant



Les politiques fiscales restrictives, sous forme de dépenses réduites ou d'accroissement des impôts, diminueront également les dépenses totales et amélioreront ainsi la trésorerie. L'amélioration dépendra de la nature exacte du changement de politique. Par exemple, si le Gouvernement réduit les dépenses sur un produit qui est un bon substitut aux produits que l'on trouve sur le marché privé, le secteur privé augmentera proportionnellement ses dépenses, de telle sorte que les dépenses globales, et donc le compte courant ne sera pas modifié. Un bon exemple dans ce sens nous est donné par la fourniture de repas scolaires gratuits que les parents, faute d'intervention gouvernementale, devraient eux-mêmes acheter. Une réduction des dépenses publiques qui ne font pas partie du domaine privé local (le matériel militaire, par exemple) n'influera pas directement sur les économies privées et ainsi le compte courant s'en trouvera grandement amélioré. Les sommes dépensées par le Gouvernement dans les importations influeront également sur le compte courant si le revenu intérieur est influencé par les économies réalisées, de même en économie de sous-emploi.

Les politiques censées améliorer le compte courant en agissant principalement sur le niveau du revenu global y parviennent généralement en tentant d'améliorer l'efficacité de l'économie, en éliminant les goulets d'étranglement, en réduisant les distorsions et en favorisant, d'une manière générale, la production et l'emploi. Un exemple bien connu de cette politique est le conseil que l'on donne à de nombreux pays africains d'augmenter les prix payés aux producteurs agro-alimentaires jusqu'aux niveaux fixés par le marché mondial. Un autre exemple est la nouvelle redistribution des dépenses publiques, des biens de consommation vers les investissements d'infrastructure qui vont accroître le potentiel productif de l'économie.

Une des politiques souvent associée aux programmes d'ajustement est la dévaluation de la monnaie. Dans notre classification des politiques influant sur les dépenses ou sur le revenu, la dévaluation se situe quelque part à mi-chemin. D'un côté, la dévaluation est susceptible de réduire les dépenses en diminuant la richesse du secteur privé. De l'autre, elle devrait avoir un effet positif sur la production, soit en réduisant les salaires réels ce qui augmente l'emploi, soit en augmentant la demande en biens d'exportation ce qui dynamisera la production.

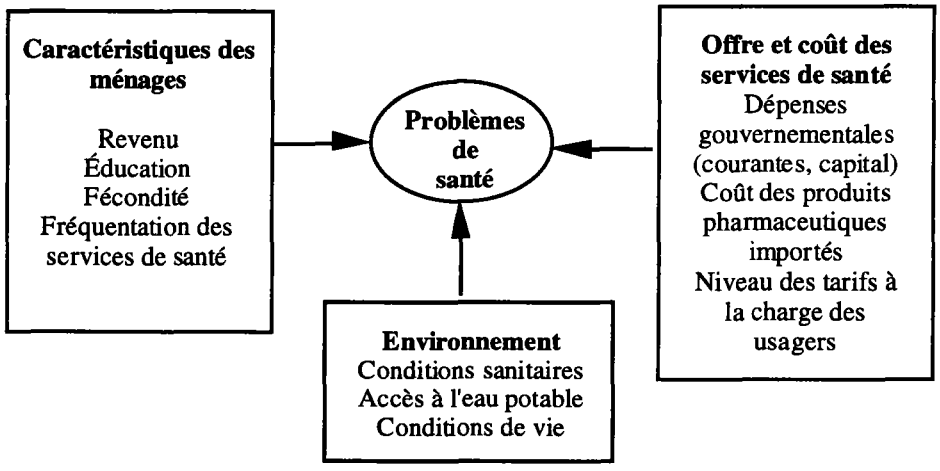
La grande différence entre les politiques qui exercent une influence par le biais des dépenses et celles qui l'exercent par le biais des revenus est que les premières sont censées agir plus rapidement. La raison en est que les augmentations de production exigent souvent de forts mouvements de facteurs de production en direction du (des) secteur(s) concerné(s) ; cela prend du temps tandis que les changements dans les demandes amenés par des politiques restrictives peuvent se mettre en place relativement plus rapidement. Dès lors, on peut faire une distinction entre les programmes de stabilisation qui se focalisent principalement sur les changements dans les dépenses globales et les programmes d'ajustement structurel qui mettent plus l'accent sur l'offre. Les premiers se rencontrent généralement dans les pays ayant à faire face à de fortes contraintes dues à des emprunts extérieurs qui exigent une réduction rapide du déficit extérieur. Ils contiennent donc nécessairement une certaine dose de restrictions monétaires et fiscales alliées à une dévaluation de la monnaie. Les programmes d'ajustement structurel s'appliquent là où des plans à long terme sont décidés et ils contiennent des propositions destinées à influencer l'offre globale aussi bien que sa structure[1].

2. Ajustements macro-économiques et santé : identification des liens

L'objet principal de la discussion a été jusqu'à présent d'expliquer les principales politiques employées pour corriger les déséquilibres macro-économiques. Bien que ces politiques aient leurs effets propres, il peut se produire certains effets secondaires sur d'autres secteurs importants de l'économie. Il a été avancé, par exemple, que les programmes de stabilisation et d'ajustement structurel entrepris dans de nombreux pays en développement ont des conséquences négatives sur l'état de santé de leurs populations. Pour analyser de telles déclarations, il est nécessaire d'identifier les mécanismes pouvant lier les développements macro-économiques et les problèmes de santé. Bien que ces mécanismes soient, à n'en pas douter, complexes, un certain nombre de variables intermédiaires importantes pour l'évolution de l'état sanitaire d'une société peuvent être identifiées ; ces variables sont influencées de manière significative par les ajustements et les chocs macro-économiques. Pour les besoins de la démonstration qui va suivre, ces variables seront classées en trois grands groupes : (a) caractéristiques des ménages, (b) offre et coût des services de santé et (c) facteurs environnementaux (Fig. 2).

1. Les programmes de stabilisation ont traditionnellement été le point central des conseils et des conditionnalités du Fonds Monétaire International, tandis que les programmes d'ajustement structurel ont plutôt eu la faveur de la Banque Mondiale. Cette division du travail s'est toutefois estompée, ces dernières années.

Figure 2. Facteurs qui influencent les problèmes de santé



2.1. Caractéristiques des ménages

Cette rubrique concerne les influences qui sont directement ressenties par les familles et sur lesquelles elles ont un certain contrôle. Les variables entrant dans cette catégorie sont le niveau de revenu, le niveau d'éducation, la fécondité et les dépenses de santé des ménages. Le revenu est clairement l'un des principaux canaux au travers desquels les facteurs économiques influent sur la santé. Au niveau du ménage, le revenu peut constituer la contrainte active du niveau de nutrition et des autres types de dépenses liées à la santé ainsi que pour l'utilisation des services de santé disponibles[1]. La contrainte risque de toucher davantage les groupes de population dont le revenu est proche du niveau de survie. Dans les ménages aisés, les besoins élémentaires de santé et de nutrition peuvent être assurés même en cas de baisse du revenu, tandis que dans les ménages proches de la pauvreté cela peut ne pas être le cas. Plus généralement, l'on doit également tenir compte des ressources autres que le revenu et dont disposent les ménages pour faire face aux imprévus. Différentes sortes d'avoirs négociables peuvent être utilisés en pareille circonstance pour en limiter l'impact sanitaire.

Le niveau d'éducation est susceptible d'agir sur les questions de santé, de manière à la fois directe et indirecte. D'une part, il aura une influence positive sur le potentiel de revenu du ménage, tant dans le secteur formel qu'informel. Il affecte ainsi les questions de santé au travers des canaux cités plus haut. De nombreuses études ont montré que l'éducation, en particulier l'éducation des femmes, était associée à une réduction du taux de mortalité infantile (Hobcraft *et al.*, 1984 ; Caldwell, 1986). Il apparaît que l'éducation des femmes agit de plusieurs manières dans le sens d'une meilleure santé, en particulier par des soins améliorés aux enfants, le recul de l'attitude fataliste face à la maladie et une plus grande propension à utiliser les services de santé disponibles. D'autres mécanismes

1. On a cependant fait valoir que des augmentations de revenu ne mèneront pas nécessairement à une meilleure alimentation (Behrman & Deolalikar, 1987). On a également fait remarquer qu'au-dessus d'un certain niveau de revenu, on observe une nette dégradation de certains comportements liés à la santé comme, par exemple, une réduction de l'allaitement maternel (Davanzo & Habicht, 1986).

peuvent encore opérer au sein des familles, en termes de statut et d'aptitude à prendre des décisions sur les questions de santé et d'autres sujets. Il a enfin été suggéré récemment que l'effet de l'alphabétisation sur la santé peut refléter des variables cachées telles que l'éducation intrafamiliale et la transmission d'attitudes d'une génération à l'autre, qui dépendent elles-mêmes du revenu (Behrman & Wolfe, 1987 ; Cleland, 1987).

La relation entre degrés de fécondité et mortalité infantile est à la fois directe et indirecte. La fécondité a une influence importante sur la mortalité infantile dans les pays en développement par ses effets sur la succession des maternités et la santé maternelle : plus l'intervalle entre deux naissances est court, plus grand est le risque de mortalité pour les jeunes enfants et les nouveau-nés (Hobcraft *et al.*, 1984 ; Bongaarts, 1988). Indirectement, la fécondité peut avoir des effets retardés, du fait de changements dans la taille de famille désirée, mais aussi par une plus grande disponibilité des ressources consacrées à la santé lorsque les enfants sont moins nombreux. Dans les deux cas, une plus forte fécondité, en particulier dans des conditions de faible revenu et d'analphabétisme, est associée à une détérioration des conditions de santé.

L'utilisation des services de santé par les ménages est déterminée en partie par quelques-unes des variables déjà mentionnées telles que le niveau de revenu et le niveau d'éducation. Ces dépenses sont, à leur tour, déterminées par le coût des services, qui ont eux-mêmes un élément direct et un élément indirect. Les coûts directs sont à la charge de l'usager pour ce qui est des services et des médicaments ; le lien entre ces coûts et les développements macro-économiques est étudié plus loin. Les coûts indirects, ou « coûts d'opportunité » résultent du temps passé à se rendre en consultation à l'hôpital ou au centre de santé. De tels coûts peuvent être élevés, surtout lorsque les responsables du ménage doivent tous deux travailler pour maintenir un niveau de revenu minimal.

2.2. Offre et coût des services de santé

On ne peut guère mettre en doute l'influence de la disponibilité et du coût des services de santé sur l'état sanitaire général d'une population. Dans la plupart des pays en développement, le secteur public joue un rôle de première importance dans l'offre de soins de santé. Le montant des dépenses gouvernementales consacrées à ce secteur constituera donc naturellement un facteur déterminant sur l'état général de la santé dans le pays. La structure et l'efficience du système de soins sont importants, et il est certain que dans bien des cas une meilleure utilisation des ressources publiques existantes seront à même d'améliorer le système de soins. Le montant total des ressources disponibles reste une contrainte en soi. Comme nous le verrons dans la section suivante, les ajustements visant à contrer les déséquilibres macro-économiques exigent presque toujours des coupes sévères dans le budget global du Gouvernement. Une des questions importantes pour le secteur de la santé est de savoir à quel point les économies réalisées l'affecteront et comment ces réductions budgétaires seront réparties entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement.

Un autre facteur qui influence fortement l'offre de services de santé est le coût des importations de produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux. Ce coût détermine à la fois les ressources réelles correspondant au niveau donné de dépenses gouvernementales et la capacité d'accès d'un patient à certains traitements. Si certains produits pharmaceutiques et certains équipements médicaux sont produits localement, et puisque les salaires du personnel médical constituent une part importante du coût global des services de santé, on comprendra que l'échelle des salaires et l'évolution des prix sont également

importants. Cependant, dans le contexte de politiques de stabilisation macro-économique, la contrainte la plus sérieuse est souvent associée au coût des importations.

Enfin, il est important de se souvenir que le niveau de la participation financière de l'usager peut constituer un déterminant important de la capacité d'une famille à faire appel aux services de santé. Sur un plan national, il peut être très efficace de recouvrer le coût du service public par le moyen de tarifs à la charge des usagers, en particulier durant les périodes de réductions budgétaires. Toutefois, ce gain d'efficacité peut être réalisé au détriment de certains groupes sociaux.

2.3. Facteurs environnementaux

Les variables qui entrent dans cette catégorie se situent largement hors du contrôle de la cellule individuelle de décision. Les conditions sanitaires et l'accès à l'eau potable sont essentiellement déterminés par les investissements antérieurs et collectifs dans l'infrastructure économique. Comme tel, ils sont sujets aux mêmes contraintes, en périodes de restriction budgétaire, que les dépenses de santé de l'État mentionnées plus haut. Les ménages vivant dans des zones rurales isolées peuvent maîtriser de tels investissements ; la migration est un autre moyen pour la famille d'influencer les facteurs environnementaux. D'autres aspects des conditions de vie, telle que la surpopulation dans les bidonvilles, peuvent également affecter les problèmes sanitaires en favorisant la dissémination de maladies infectieuses. En retour, les politiques économiques peuvent être partiellement responsables de la surpopulation urbaine, par exemple, si elles prônent une industrialisation urbaine aux dépens du développement agricole.

3. Effets des mesures de stabilisation et d'ajustement structurel sur le secteur de la santé

Ayant analysé la nature et le contenu des programmes d'ajustement macro-économique et ayant identifié un certain nombre de liens avec les problèmes de santé, nous pouvons à présent examiner l'influence des politiques et des chocs macro-économiques sur le secteur de la santé. Nous le ferons en considérant en premier lieu l'impact sur les variables intermédiaires et en second lieu sur les variables « santé » proprement dites.

3.1. Distribution des revenus et pauvreté

Les politiques restrictives adoptées pour résoudre les déséquilibres économiques, extérieurs ou intérieurs, auront pour effet certain de conduire, au moins de manière temporaire, à une baisse du revenu réel global. Les politiques monétaires et fiscales qui réduisent la demande globale entraînent généralement une réduction de l'activité économique, produisant elle-même une baisse concomitante de l'emploi et du revenu. La baisse de revenu influera à son tour sur les questions de santé, et ceci au travers de deux canaux principaux : a) les familles devront peut-être détourner une partie du revenu consacré aux soins — médicaments et tarifs médicaux — vers d'autres besoins ; b) si le revenu est réduit de manière substantielle ou si le ménage se trouvait déjà au niveau de subsistance élémentaire, une baisse de revenu supplémentaire peut conduire à des coupes importantes dans les dépenses alimentaires et ainsi accroître la vulnérabilité aux maladies. Bien que ces politiques restrictives mènent à une détérioration de la santé, c'est une influence qui peut produire l'effet inverse. On a suggéré que les

possibilités d'emploi réduites pouvaient conduire à un retrait des femmes du marché du travail, leur laissant dès lors plus de temps pour s'occuper des enfants, ce qui est susceptible de réduire les taux de mortalité infantile[1].

Les effets des programmes de stabilisation et d'ajustement sur la répartition des revenus ont été abondamment discutés (cf. par exemple, Johnson & Salop, 1980 ; Fonds Monétaire International, 1986 ; Demery & Addison, 1987 ; Helleiner, 1987 ; Adelman & Robinson, 1988 ; Alexander, 1992 ; Bourguignon *et al.*, 1992). La conclusion générale qui en est ressortie est que la nature exacte de la politique d'ajustement et la structure de l'économie concernée doivent être clairement identifiées de manière à prédire l'impact sur la répartition du revenu. Pour illustrer ce point, nous examinerons les conséquences de deux types de politique : dévaluation monétaire et modification des prix des produits agricoles.

Une dévaluation augmente les prix des biens marchands contrairement aux biens non marchands ou aux services. La production dans les secteurs travaillant pour l'exportation ou concurrençant les importations sera plus profitable et les facteurs de production seront attirés vers ces secteurs. Des emplois et des revenus seront ainsi dégagés pour les travailleurs qualifiés de ces secteurs. Considérons à présent deux types de pays : l'un semi-industrialisé, dans lequel les industries manufacturières en concurrence avec le marché extérieur sont situées en zones urbaines et où la production agricole est principalement destinée à la consommation intérieure ; l'autre, dans lequel l'agriculture constitue le principal secteur d'exportation et où les zones urbaines contiennent un vaste secteur informel qui alimente en majorité le marché intérieur. L'impact de la dévaluation sur la répartition du revenu dans ces deux pays sera, à n'en pas douter, extrêmement différent. Les salariés des manufactures urbaines dans le pays semi-industrialisé bénéficieront de la dévaluation tandis que les travailleurs agricoles risquent au contraire d'en souffrir. A l'inverse, dans le pays exportateur de produits agricoles, une dévaluation bénéficiera à la main-d'œuvre agricole et se fera éventuellement au détriment des citadins. L'augmentation ou la réduction de l'incidence sur la pauvreté dépendra, dans chaque cas, du lieu où est regroupé le segment le plus pauvre de la population avant la dévaluation.

Baisse des subventions aux produits alimentaires et hausse des prix agricoles — deux politiques qui font souvent partie des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel — ont toutes deux des effets ambigus sur la répartition du revenu et le degré de pauvreté. Des prix alimentaires plus élevés réduisent considérablement le pouvoir d'achat des travailleurs urbains employés dans les secteurs formel et informel de l'économie. Il est fort probable cependant que la main-d'œuvre rurale bénéficiera de la même politique car les hausses de salaires, dues aux profits plus élevés dans le secteur agricole, compenseront l'augmentation du prix de la nourriture. En outre, dans la mesure où les ruraux ont également accès à la terre, les prix plus élevés des récoltes qui peuvent être vendues sur le marché urbain apporteront des profits supplémentaires.

Comme le montrent clairement ces exemples, l'influence des politiques de stabilisation et des programmes d'ajustement structurel sur la pauvreté — et donc sur le développement sanitaire — doit être vérifiée cas par cas dès lors qu'aucune conclusion globale n'est possible. Il s'ensuit que les politiques qui devront combattre les effets négatifs doivent être également conçues sur cette base.

---

1. En fonction des opportunités, on peut concevoir un autre scénario dans lequel la perte de l'emploi dans le secteur formel est compensé en ayant recours au secteur informel. Si les revenus sont inférieurs dans ce secteur, on devra donc travailler plus longtemps pour gagner autant qu'auparavant. En conséquence, on disposerait de moins de temps pour, par exemple, élever les enfants.

3.2. Dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé

Le lien potentiel le plus direct entre les politiques de stabilisation et la santé publique s'opère au travers des dépenses gouvernementales. Comme nous l'avons vu, l'élément commun à tous les programmes de stabilisation est la réduction des dépenses publiques. Bien qu'aucune raison théorique n'explique pourquoi de telles réductions devraient se concentrer lourdement sur les secteurs sociaux (y compris la santé et l'éducation) si le but est de réduire le déficit extérieur, ce sont ces secteurs qui semblent le plus souvent devoir en supporter la plus large part. Si ceci se produit effectivement la santé risque de se détériorer.

Même si les dépenses de santé sont effectivement réduites à la suite d'un programme de stabilisation, l'impact sur la santé dépendra de la nature exacte de ces réductions. Une réduction temporaire des investissements peut avoir un impact immédiat plus faible sur l'état de santé qu'une réduction équivalente des dépenses sur les salaires et les médicaments, qui pourraient réduire les services de santé de manière drastique. La répartition des économies budgétaires entre les zones rurales et urbaines est également très importante car d'autres aspects des programmes de stabilisation peuvent affecter différemment ces deux populations.

3.3. Le coût des services de santé

Le coût des services de santé peut être influencé par les politiques d'ajustement d'au moins deux manières. En premier lieu, afin de réduire les déficits du secteur public et d'introduire certains éléments des mécanismes du marché dans la santé, on pourra demander à l'usager de payer pour les services assurés par le Gouvernement. Cette mesure réduit la demande pour ces services et peut conduire à une détérioration des conditions de santé. L'influence sur la santé des différents groupes d'une population dépend, bien évidemment, de la nature exacte des services touchés par le paiement des soins : elle sera en effet différente selon que la politique de tarification concernera les services hospitaliers urbains à technologie de pointe ou la fourniture de médicaments de base et de vaccination dans les zones rurales. En fait, une politique bien conçue peut ne pas trop affecter les conditions de santé même si elle fournit des revenus supplémentaires importants au Gouvernement. Il est important de remarquer dans ce contexte que l'introduction du paiement par l'usager affectera la répartition du revenu. Selon le segment de population qui y gagne et celui qui y perd, de telles politiques peuvent être plus ou moins difficiles à mettre en œuvre, essentiellement pour des raisons politiques.

Le second canal par lequel le coût des services de santé peut être influencé par les politiques d'ajustement est qu'une dévaluation de la monnaie a un effet immédiat et un impact souvent considérable sur le coût des médicaments importés.

3.4. Éducation et investissement dans l'infrastructure

La réaction appropriée des différents projets d'investissement y compris dans l'éducation, aux changements d'environnement macro-économique repose essentiellement sur la durée estimée de ces changements. Considérons, par exemple, une situation dans laquelle un Gouvernement est contraint de réduire ses dépenses. Les économies devraient-elles toucher plus lourdement les dépenses de fonctionnement ou les investissements ? Ne réduire que les dépenses de fonctionnement entraîne une perte immédiate pour ceux qui bénéficient du service correspondant, mais cela permet en revanche d'assurer ce même service dans l'avenir. A l'inverse, si toute l'économie est concentrée sur les dépenses d'investissement, le niveau actuel de service peut être assuré, mais au détriment de

sa propre pérennité. La préférence pour l'une ou l'autre de ces deux alternatives varie selon que la nécessité de réduire les dépenses publiques est perçue comme un besoin temporaire ou comme un besoin permanent. Plus la réduction des dépenses est perçue de manière temporaire, plus celle des dépenses d'équipement sera importante et plus la réduction des services existants sera faible.

Ces considérations donnent quelques indications sur les ajustements appropriés dans les périodes de restrictions budgétaires. Un raisonnement similaire s'applique à la répartition entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'équipement au sein d'une catégorie donnée de dépenses comme l'éducation ou la santé. Si la réduction globale des dépenses est perçue comme temporaire, les dépenses de fonctionnement devraient être protégées face aux dépenses d'équipement.

3.5. Preuve empirique : les variables intermédiaires

Le raisonnement théorique ne peut régler seul la question des effets des fluctuations macro-économiques sur les variables importantes dans le domaine de la santé d'un pays. Comme nous l'avons vu, beaucoup de choses dépendent de la situation particulière qui prédomine dans l'économie considérée. Le bref examen qui suit montre que les données empiriques existantes vont dans le même sens, en cela que très peu d'indices valides sur le plan général peuvent être identifiés.

3.5.1. Répartition du revenu et pauvreté

En contraste avec la volumineuse littérature théorique sur ce sujet, on trouve relativement peu d'études empiriques consacrées à l'identification des effets des politiques d'ajustement sur la répartition du revenu. Cette lacune peut être, en partie, la conséquence de deux difficultés fondamentales rencontrées dans de telles études : (i) la collecte de données longitudinales fiables sur la répartition des revenus, et (ii) l'identification des effets de politiques particulières, qui suppose d'isoler l'influence d'autres perturbations, telles que les chocs extérieurs.

Les résultats des études de pays (par exemple, Glewwe & De Tray, 1988, pour la Côte d'Ivoire et Sahn, 1987 pour Sri Lanka) ne donnent aucune conclusion, en ce sens qu'un programme d'ajustement donné pourra avoir une influence à la fois favorable et négative sur la répartition du revenu. Certaines études se sont plus particulièrement penchées sur les effets des programmes de stabilisation du Fonds Monétaire International (p.e. Blejer & Guerrero, 1990 ; Edwards, 1989). Là encore, les résultats ne sont pas probants car, à la suite de ces programmes, certains pays enregistrent une amélioration dans leur répartition des revenus, tandis que d'autres affichent au contraire une dégradation.

3.5.2. La structure des dépenses gouvernementales

Dans une tentative de déterminer comment les réductions de dépenses se répartissent entre les différents secteurs de l'économie, Hicks et Kubisch (1984) ont étudié un échantillon de 37 cas de réductions des dépenses gouvernementales réelles dans 32 pays en développement durant la période 1972-80. Alors que parfois des différences considérables pouvaient s'observer entre pays, les auteurs ont découvert que les budgets de la défense et des secteurs sociaux sont dans l'ensemble relativement à l'abri des réductions budgétaires alors que l'investissement dans les infrastructures et la production souffrent des coupes budgétaires. Dans une mise à jour de cette étude, Hicks (1991), étend la période d'échantillonnage jusqu'à 1985 et examine de nouveau comment la structure de la dépense publique est influencée par les réductions dans la valeur réelle du budget global. Les conclusions précédentes sont confirmées, à savoir que le budget des secteurs sociaux et de la défense étaient relativement bien protégés tandis que ceux

des infrastructures et de la production supportaient un poids relativement plus important de la réduction du budget global. Il s'est également avéré que les dépenses d'équipement avaient été davantage réduites que les dépenses de fonctionnement.

Pinstrup-Andersen *et al.* (1987) ont corroboré certains des résultats obtenus par Hicks et Kubisch. Utilisant des données jusqu'en 1984, ces auteurs ont, par exemple, mis en évidence que le budget de la défense était le mieux protégé des réductions budgétaires et que les dépenses d'équipement étaient plus fortement affectées que les dépenses de fonctionnement. Par ailleurs, ils montrèrent explicitement que l'analyse des niveaux réels de dépenses, plutôt qu'en proportion des dépenses gouvernementales, consacrées à la santé (comme l'avaient fait Hicks et Kubisch) indiquaient une tendance à la baisse dans le début des années 80[1].

Cette étude générale des dépenses gouvernementales dans le secteur santé pendant les périodes de politiques de réduction macro-économique nous permet de tirer quelques conclusions générales. Tout d'abord, comparé à d'autres secteurs budgétaires, le secteur santé s'en tire généralement assez bien. Dès que les dépenses globales baissent, les réductions des dépenses de santé ne sont pas proportionnelles. On doit se souvenir, cependant, que même si le secteur de la santé est relativement protégé, il doit lui aussi diminuer en termes réels lorsque le budget global de l'État se réduit. Les services de santé doivent donc subir une partie du fardeau des ajustements macro-économiques.

Du point de vue de l'économie globale, la tendance qu'ont tous les secteurs économiques à subir l'influence des réductions budgétaires n'est probablement pas totalement irrationnelle. Dans la mesure où le partage initial des dépenses entre les différents secteurs reflète la valeur sociale relative de ces secteurs, une réduction globale des dépenses nécessitée par l'application de politiques macro-économiques devrait toucher tous les secteurs, comme ce fut le cas dans les pays étudiés[2].

Le fait que les dépenses d'équipement tendent à subir des réductions proportionnellement plus importantes que les dépenses de fonctionnement peut s'expliquer par la perception que les réductions nécessaires étaient relativement temporaires ainsi que le raisonnement théorique le prévoit. En fait, les réductions de dépenses que la plupart des pays en développement ont eu à entreprendre sont désormais, et à plus juste titre, considérées comme permanentes. Rétrospectivement, les réductions sur la dépense en biens d'équipement n'auraient peut-être pas dû être aussi importantes et les investissements dans les locaux ; les équipements et autres infrastructures auraient dû être maintenus dans une plus large mesure qu'ils ne l'ont effectivement été.

3.5.3. Dévaluation et rendement

Comme indiqué dans la section 1, la dévaluation de la monnaie nationale est un élément habituel des programmes de stabilisation dans les pays en développement. Certains observateurs soutiennent que ce choix est peu judicieux car la dévaluation exerce des influences négatives sur le produit national et sur l'emploi. Une étude récente d'Edwards (1989) se servait de l'analyse de régression pour soutenir cette thèse. L'auteur, s'appuyant sur un ensemble de données temporelles et géographiques provenant de 12 pays en développement, mit en évidence une

1. Notons, toutefois, qu'en s'intéressant aux niveaux réels des dépenses de santé et non à leur proportion dans le budget global, la question de la répartition des économies entre les secteurs n'apparaît plus.
2. On pourrait faire valoir que l'allocation des dépenses publiques dans beaucoup de ces pays n'était peut-être initialement pas optimale au plan social. Si tel est le cas, une réallocation est nécessaire, quelles que soient les exigences de la politique macro-économique globale.

influence négative et statistiquement significative de la dévaluation sur l'emploi. Toutefois, « les résultats présentés... dépassent la question restreinte des effets de la dévaluation [sur] le produit, suggérant que les politiques habituellement recommandées en alternative aux dévaluations et les programmes type FMI ont des influences tout aussi négatives sur le produit. De plus, dès lors que ces politiques échouent généralement dans le redressement des comptes extérieurs, cet élément suggère que la voie de l'ajustement par le taux de change est un outil plus efficace » (p. 47).

3.6. Preuve empirique : questions de santé

La preuve empirique des effets des développements macro-économiques à court et moyen termes sur les questions de santé est difficile à établir pour plusieurs raisons. Nous avons déjà parlé de la complexité des liens entre ces variables. Cela implique entre autres que nombre d'influences sont indirectes et risquent de ne se faire sentir qu'au bout d'un temps relativement long. De plus, dès lors que les indicateurs de santé sont collectés assez irrégulièrement, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi les relations entre les politiques macro-économiques et l'état de la santé n'ont que rarement fait l'objet d'études empiriques. Jusqu'à une époque très récente, la plupart des indications ont été plutôt anecdotiques ; lorsqu'elles ont pu présenter une certaine valeur statistique, elles ont été basées sur de simples associations entre des mesures globales de la performance économique et des indicateurs de santé plutôt que sur l'examen de mécanismes de transmission spécifiques.

Bien qu'il n'y ait aucun consensus sur les influences à court terme des facteurs macro-économiques la relation entre développement économique à long terme et déclin de la mortalité infantile est pour sa part bien établie. Cette relation n'est peut-être pas linéaire mais des niveaux de revenu national plus élevés mènent, toutes choses étant égales par ailleurs, à un meilleur état de santé (Preston, 1986). Une grande partie de cette non-linéarité peut s'expliquer en examinant un certain nombre de variables-clés supplémentaires. L'étude des pays ou des régions qui ont atteint de faibles taux de mortalité infantile en dépit de leurs faibles PNB par habitant (Chine, Costa Rica, Kerala et Sri Lanka) attribuent une certaine importance aux facteurs extérieurs à la santé tels que la lutte contre l'analphabétisme (en particulier auprès des femmes) ainsi que le large accès en matière de satisfaction des autres besoins fondamentaux en plus de services de santé à coût réduit (Halstead *et al.*, 1985). Les facteurs mis en évidence dans les pays à faible état de santé en relation avec le progrès économique global comprennent des déséquilibres de répartition des revenus et, de nouveau, la barrière que peut imposer l'analphabétisme généralisé des femmes aux progrès sanitaires (Caldwell, 1979).

A l'intérieur d'un même pays en développement, les taux de mortalité varient beaucoup d'un groupe et d'une région à l'autre. Les différences les plus frappantes sont celles que l'on note entre différentes classes socio-économiques, les groupes les plus favorisés partageant les mêmes taux de mortalité que ceux des pays développés et les groupes aux revenus inférieurs devant faire face à un risque de mortalité de 5 à 6 fois plus élevé (Nations Unies, 1982). Les différences entre les zones urbaines et rurales sont également souvent considérables.

Bien que les études longitudinales et les comparaisons internationales mettent en évidence des relations particulièrement négatives entre le niveau de revenu et les taux de mortalité infantile, leurs liens exacts ne sont pas encore parfaitement établis. D'autres variables peuvent leur être associées. Un revenu plus élevé peut, par exemple, conduire à un degré d'alphabétisation plus élevé, résultant en un taux

de mortalité plus faible. Un revenu plus élevé peut également donner lieu à des dépenses plus importantes dans les domaines liés à la santé, conduisant à un taux de mortalité plus faible. Enfin, un revenu élevé peut se traduire par une amélioration de la consommation en général et de la consommation alimentaire en particulier, résultant là aussi en un taux de mortalité plus faible.

La diversité des nombreux canaux de transmission peut expliquer la diversité des expériences et des résultats d'un pays à l'autre dans l'effort général pour accéder à une meilleure santé. Cela peut également expliquer pourquoi la contribution des services de santé et du développement socio-économique n'est pas constante aux différentes étapes du processus. Cependant, en dépit des difficultés que cela comporte, la compréhension des mécanismes de transmission est essentielle à l'analyse des effets d'un ajustement économique sur la santé. Si le revenu est important en tant que tel, les pays devront alors se pencher sur les effets des politiques de stabilisation et d'ajustement sur la répartition du revenu. Si c'est le lien revenu-éducation-santé qui est le lien critique, ils devront s'attacher à le renforcer. Le fait que le lien de long terme entre taux de mortalité infantile et niveau du revenu soit bien connu n'implique pas nécessairement que des fluctuations macro-économiques de court terme auront des effets graves sur l'état de santé. Une série d'études récentes, très sérieuses et assez provocatrices, de Cornia *et al.* (1987) a répondu à cette deuxième question. Les études ont rassemblé des données sur les tendances des taux de mortalité infantile, des statuts nutritionnels et (parfois) des taux de morbidité rencontrés dans différents pays en développement ; elles tentèrent de fournir des explications de ces tendances en les comparant à l'évolution des indicateurs macro-économiques tels que les salaires réels et les schémas de dépenses et de subventions publiques d'État. Les interprétations de ces données suggéraient généralement un lien entre l'évolution des indicateurs de santé et les difficultés macro-économiques du début des années 80. Dès lors que les comparaisons n'étaient pas établies dans le cadre d'un modèle articulé des liens entre fluctuations macro-économiques et questions de santé, et dès lors que les tests statistiques n'étaient pas utilisés dans l'analyse, il est difficile de croire en toute confiance que les associations entre les variables reflètent des liens de cause à effet.

Une vision plus nuancée de la relation entre les crises macro-économiques et la détérioration de la santé apparaît lorsqu'on élargit l'échantillon des pays étudiés. Musgrove (1989) a renouvelé l'expérience sur cinq pays latino-américains dans les années 80. Il conclut que « généralement, les études de pays n'ont pas permis d'attribuer de manière indiscutable l'augmentation de la morbidité à la crise économique » (p. 52). De même, Diop *et al.* (1991) ont travaillé sur les causes des changements dans les taux de mortalité infantile en Afrique subsaharienne au cours des années 80. Après contrôle de certains facteurs tels que le niveau d'éducation, l'âge de la mère, l'ordre de naissance et la réglementation zone rurale-zone urbaine, les auteurs découvrirent très peu de preuves des effets, sur le plan national, des crises économiques sur les taux de mortalité infantile. Les classes pauvres des zones urbaines semblaient en être affectées, tandis que les classes non-pauvres des zones rurales paraissaient s'en sortir bien mieux.

Le lien entre les résultats dans le domaine de la santé et les déroulements macro-économiques à court terme est plutôt faible. La raison peut en être que la plupart des études nationales ne sont pas basées sur des modèles explicites du processus de transmission entre changements macro-économiques et santé. Il est donc impossible de déterminer si l'absence de relation entre ces variables est due à l'interaction d'influences compensatrices (par exemple, les effets d'une réduction des dépenses de santé de l'État sont contrebalancés par une meilleure utilisation des fonds restants) ou à une véritable absence d'effet.

Il se pourrait également que la difficulté d'identification d'un lien soit due au fait que la plupart des études empiriques adoptent une approche globale. Dans la section 2, il était suggéré que l'effet des politiques d'ajustement macro-économique sur la santé pouvaient varier considérablement d'un secteur de l'économie à l'autre. Il a été montré que la pauvreté, importante variable intermédiaire dans le lien entre macro-économie et santé, pouvait réagir de façon très différente à un fléchissement de l'économie, dépendant, entre autres, de la structure même de l'économie et de la nature exacte de la politique choisie. Les études empiriques nécessitent donc d'être conduites à un niveau beaucoup plus désagrégé si l'on désire identifier les liens entre l'évolution macro-économique et la santé. L'importance de la distinction ville-campagne dans les résultats de Diop *et al.* (1991) est un point à retenir.

3.7. Évaluation des programmes d'ajustement

Bien que les faits empiriques ne nous permettent pas de conclure, le raisonnement théorique indique que les programmes conventionnels de stabilisation et d'ajustement peuvent induire des effets secondaires indésirables sur certains secteurs de l'économie. Cela signifie-t-il que ces programmes doivent être interrompus ou subir des modifications importantes ? Pas nécessairement. Pour juger les politiques classiques, l'alternative proposée doit d'abord être définie explicitement. Deux possibilités peuvent être envisagées. En premier lieu, on peut faire valoir qu'il n'est pas nécessaire de stabiliser ou d'ajuster. Cela implique non seulement que les déséquilibres existants sont temporaires et qu'ils se corrigeront d'eux-mêmes mais également (dans le cas de déséquilibres extérieurs) que l'on peut facilement trouver un financement. Si ce scénario est séduisant quel que soit le pays concerné, et en particulier pour les pays en développement, rien ne nous porte à croire qu'il est réaliste. Si le financement n'est disponible qu'à des taux prohibitifs, il serait alors dans l'intérêt d'un pays d'ajuster son économie même si le déséquilibre auquel il doit faire face n'est que temporaire.

La seconde possibilité est que d'autres programmes d'ajustement aux effets moins négatifs que ceux en cours puissent être choisis. Ce n'est qu'en considérant les aspects spécifiques de telles alternatives et en analysant leurs effets sur l'économie que les mérites respectifs de chaque programme pourront être évalués. Ce n'est pas une entreprise facile. Tout d'abord, il est difficile de se mettre d'accord sur les aspects factuels des autres possibilités de programmes d'ajustement tels que leurs effets sur la production, l'emploi, la répartition du revenu et les prix relatifs. Ensuite, même si l'on parvient à surmonter cette difficulté, le choix entre deux politiques d'ajustement ne serait toujours pas évident ; il restera encore à régler certaines questions telles que savoir quelle est la répartition des revenus la plus souhaitable, quelle est la structure appropriée des dépenses publiques et comment les mesures d'ajustement à court terme influencent le taux de croissance de l'économie à long terme. Aucune de ces questions n'a de réponse toute faite. Enfin, il serait bon de reconnaître que même si l'on tombait d'accord sur le fait qu'une stratégie particulière d'ajustement ou de stabilisation était préférable, il n'est pas dit que cette stratégie serait adoptée. Les politiques gouvernementales, macro-économiques ou autres, peuvent être déterminées par des groupes d'intérêt, au travers des processus politiques locaux plutôt que par une analyse basée sur la maximisation du bien-être social[1].

1. Une question intéressante dans ce domaine serait de savoir si des institutions comme le FMI ou la Banque Mondiale devraient user de leur influence pour appuyer des modes d'ajustements particuliers au niveau de variables qui peuvent être considérées relevant du domaine des décideurs locaux (par exemple, la part des dépenses de santé et d'éducation dans le budget de l'État). Cf. par exemple, Dell (1982) et Guitian (1987).

4. Résumé et conclusions

Il est de plus en plus reconnu que les développements et les politiques macro-économiques peuvent avoir des effets importants sur le secteur de la santé, tant par les contraintes qu'elles exercent sur les dépenses de santé du Gouvernement que par la demande du secteur privé vis-à-vis des services de santé. Cet article a présenté un cadre dont le but était de clarifier les liens qui existent entre les déséquilibres macro-économiques, les politiques classiques d'ajustement et les performances sanitaires. Dans cette perspective, trois grands groupes de variables intermédiaires ont été identifiés comprenant les caractéristiques des ménages (le revenu familial, le niveau d'éducation et la fécondité), des variables qui mesurent l'offre et le coût des services de santé (les dépenses de l'État dans le secteur de la santé, le coût des importations d'équipement médical) et les variables environnementales majeures (les conditions sanitaires, l'accès à l'eau potable, la surpopulation). L'analyse montrait que les développements macro-économiques peuvent influer de manière très significative sur ces diverses variables, mais que la nature exacte de ces influences dépend de la structure de l'économie considérée (par exemple, si elle est majoritairement agricole ou semi-industrielle) sur la nature exacte de la perturbation à laquelle elle est soumise et sur la localisation (géographique et par secteur d'activité économique) des groupes les plus vulnérables de la population. Par conséquent, en théorie, la relation entre les déséquilibres macro-économiques, les politiques d'ajustement et les performances de santé ne peut pas être identique dans tous les pays en développement, et l'on ne doit pas non plus s'attendre à ce que cette relation soit obligatoirement ressentie au niveau économique. Cela nous conduit à dire qu'une analyse du lien entre macro-économie et santé basée sur les politiques menées devrait être suffisamment fine pour prendre en compte les particularités structurelles et institutionnelles du pays étudié.

Les études empiriques du lien entre les facteurs macro-économiques et les indicateurs de santé ont montré que les variables intermédiaires identifiées dans le cadre théorique ont effectivement l'impact attendu. Par exemple, on a montré que l'évolution sur le long terme du revenu et le niveau d'éducation d'un pays jouaient clairement contre les taux de mortalité infantile. De même, l'augmentation de la dépense de l'État dans le secteur de la santé (à condition qu'il n'y ait aucune détérioration de l'efficience) a des effets positifs sur les performances sanitaires. La relation significative à long terme exposée dans la littérature ne mène pas pour autant à des situations d'ajustement à court terme ou à des crises. C'est ainsi que des études récentes se sont révélées incapables de mettre en évidence des détériorations généralisées de l'état de santé dans de nombreux pays d'Afrique et d'Amérique latine lors de la crise économique des années 80. Une des raisons possibles de ce manque d'influence est que les modèles du mécanisme de transmission entre l'évolution macro-économique et la santé employés dans ces études n'étaient pas suffisamment détaillés pour saisir les liens complexes apparaissant dans le cadre théorique. Ceci suggère qu'une approche plus fine devrait être adoptée dans les recherches empiriques à venir.

Références bibliographiques

Adelman, I. & Robinson, S. (1988) Macroeconomic adjustment and income distribution : alternative models applied in two economies. *J. Dev. Econ.*, **29**(1), 23-44.

Alexander, G. (1992) *The Impact of Macro-economic Shocks on Income Distribution and Health in Developing Countries*, Genève, Graduate Institute of International Studies, polycopié.

Behrman, J. & Wolfe, B. (1987) How does mother's schooling affect family health, nutrition, medical care usage and household sanitation ? *J. Econ.*, **36** (1/2), 185-204.

Behrman, J. & Deolalikar, A. (1987) Will developing country nutrition improve with income ? A case study for rural south India. *J. Polit. Econ.*, **95** (3), 108-138.

Blejer, M. & Guerrero, I. (1990) The impact of macroeconomic policies on income distribution : an empirical study of the Philippines, *Rev. Econ. Stat.*, **52** (3), 414-423.

Bongaarts, J. (1988) Does family planning reduce infant mortality rates ? *Popul. Dev. Rev.*, **14**, 188-190.

Bourguignon, F., Branson, W. & De Melo, J. (1992) Adjustment and income distribution : a micro-macro model for counterfactual analysis. *J. Dev. Econ.*, **38** (1), 17-39.

Caldwell, J. (1979) Education as a factor in mortality decline : an examination of Nigerian data. *Popul. Stud.*, **33** (3), 395-413.

Caldwell, J. (1986) Routes to low mortality in poor countries. *Popul. Dev. Rev.*, **12** (2), 171-220.

Camen, U. & Drager, N. (1992) *A Country's Macroeconomic Environment and the Health Sector*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Bureau de la Coopération internationale, polycopié.

Carrin, G. & Evlo, K. (1991) *The Basic Macroeconomics of Government Health Sector Expenditures in Low--income Developing Countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Bureau de la Coopération internationale, polycopié.

Cleland, J. (1987), The effect of maternal schooling on childhood mortality : the search for an explanation. In : *Health Interventions and Mortality Change in Developing Countries*, Sheffield, University of Sheffield, British Society for Population Studies.

Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F., édit. (1987) *Adjustment with a Human Face : Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Oxford, Clarendon Press.

Davanzo, J. & Habicht, J.P. (1986) *Infant Mortality Decline in Malaysia 1946-75 : The Roles of Changes in Variables and Changes in their Relationships*, Santa Monica, CA, Rand Corporation, polycopié.

Dell, S. (1982) Stabilization : the political economy of overkill. *World Dev.*, **10** (8), 597-612.

Demery, L. & Addison, T. (1987) Stabilization policy and income distribution in developing countries. *World Dev.*, **15** (12), 1483-1498.

Diop, F., Hill, K. & Sirageldin, I. (1991) *Economic Crisis, Structural Adjustment and Health in Africa* (WPS 766), Washington DC, Banque Mondiale, Population, Health and Nutrition Division, Population and Human Resources Department.

Edwards, S. (1989) The International Monetary Fund and the developing countries : a critical evaluation. In : Brunner, K. & Meltzer, A., édit., *IMF Policy Advice, Market Volatility, Commodity Price Rules and Other Essays* (Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy, Vol. 31), Amsterdam, North-Holland, pp.7-68.

Fonds Monétaire International (1986) *Fund Supported Programs, Fiscal Policy and Income Distribution* (Occasional Paper 46), Washington DC.

Genberg, H. (1990) *Macroeconomic Adjustment and Health : A Survey*, Genève, Graduate Institute of International Studies, polycopié.

Glewwe, P. & De Tray, D. (1988) *The Poor During Adjustment : A Case Study of the Cote d'Ivoire*, Washington DC, Banque Mondiale.

Guitian, M. (1987) The Fund's role in adjustment, *Finance Dev.*, **24**(2), 3-6.

Halstead, S., Walsh, J. & Warren, K. (1985) *Good Health at Low Cost*, New York, Fondation Rockefeller.

Helleiner, G. (1987) Stabilization, adjustment and the poor. *World Dev.*, **15** (12), 1499-1513.

Hicks, N. (1991) Expenditure reductions in developing countries revisited. *J. Int. Dev.*, **3** (1), 29-37.

Hicks, N. & Kubisch, A. (1984) Cutting government expenditures in LDCs. *Finance Dev.*, **21**, 37-39.

Hobcraft, J., McDonald, J. & Rutsein, S. (1984) Socio-economic factors in infant and child mortality : a cross-national comparison. *Popul. Stud.*, **38**, 193-223.

Johnson, O. & Salop, J. (1980) Distributional aspects of stabilization programs in developing countries. *Int. Monetary Fund Staff Papers*, **27** (1), 1-23.

Musgrove, P., édit. (1989) *Economic Crisis and Health, The Experience of Five Latin American Countries in the 1980s*, Washington DC, PAHO.

Organisation des Nations Unies (1982) *Levels and Trends of Mortality since 1950*, New York.

Pinstrup-Andersen, P., Jaramillo, M. & Stewart, F., The impact on government expenditures. In : Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F., édit., *Adjustment with a Human Face : Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Oxford, Clarendon Press, pp.73-89.

Sahn, D. (1987) Changes in the living standards of the poor in Sri Lanka during a period of macroeconomic restructuring. *World Dev.*, **15** (6), 809-830.

Chapitre 3

CRISES ÉCONOMIQUES ET RÉFORMES DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE DURANT LES ANNÉES 80 ET LEUR IMPACT SUR LES PAUVRES

P. Pinstrup-Andersen

Institut de Recherche sur la Politique alimentaire dans le Monde, Washington DC, USA

Introduction

Presque tous les pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et quelques-uns en Asie ont subi des crises économiques graves durant les années 80. Ces crises, caractérisées par des détériorations de la balance des paiements, des déficits publics croissants, des taux d'inflation élevés et une croissance économique en recul, furent causées par des conditions internationales défavorables durant la fin des années 70 et le début des années 80. Les plus importantes sont les changements de prix du pétrole, la chute et l'instabilité des prix de nombreux produits d'exportation importants, la hausse rapide des taux d'intérêt, la dépendance croissante vis-à-vis des prêts extérieurs, mais aussi des politiques intérieures inadaptées. En réponse à ces crises, les Gouvernements ont mis en œuvre un certain nombre de réformes macro-économiques et sectorielles comprenant la dévaluation de la monnaie nationale, des changements dans les politiques commerciales et monétaires, des réductions des dépenses de l'État, des changements dans les politiques des prix et des subventions, la privatisation et la libéralisation des marchés intérieurs.

Ces crises et ces réformes économiques ont eu des effets négatifs sur la croissance économique de l'Afrique et de l'Amérique latine des années 80. Ainsi, les revenus réels per capita ont stagné ou chuté dans la plupart des pays de ces deux régions, au point que cette période a reçu, en Amérique latine, le surnom de « décennie perdue ». Alors que des indices d'amélioration apparaissent en Amérique latine et dans certaines parties d'Afrique, l'impact de ces crises se fera sentir encore pendant de nombreuses années, et des efforts importants devront être consacrés à la recherche d'un rétablissement économique et du retour à une croissance durable.

Les ruptures économiques de grande ampleur, subies dans les années 80, affectent presque toujours non seulement la croissance économique mais également la répartition des revenus, ainsi que le degré de pauvreté et la santé. Tandis que les ménages et les individus aux revenus plus élevés pouvaient faire face aux chocs économiques passagers ou même à plus long terme, sans que leurs besoins de base — nourriture, logement, santé — n'en souffrent trop, les catégories

défavorisées n'ont généralement pas les ressources leur permettant de dissocier la chute du revenu de leurs besoins de base. Ils sont beaucoup plus vulnérables. Quand bien même les manques à gagner affecteraient également tous les groupes de population, les conséquences, en terme de souffrance humaine, seraient plus graves pour les pauvres. C'est pourquoi, durant les périodes de difficultés économiques, les classes pauvres devraient faire l'objet d'une attention particulière pour les mettre à l'abri de la détérioration d'un niveau de vie déjà précaire. Cette nécessité est à présent largement admise par les agences internationales et par certains Gouvernements — pas tous, loin s'en faut.

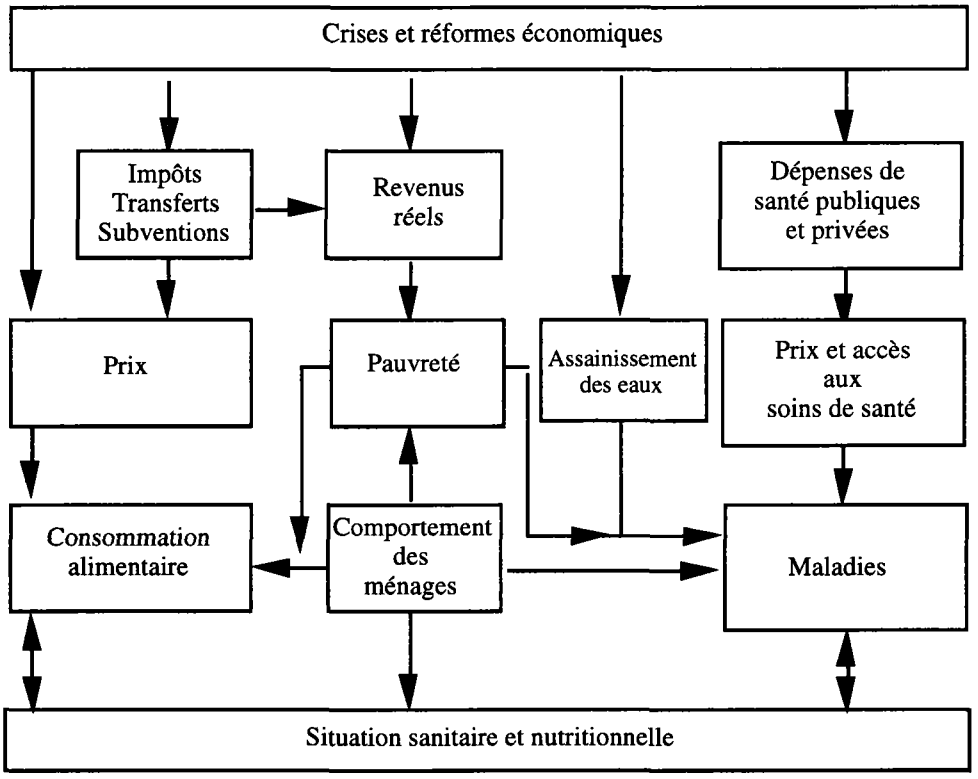
Cet article traite de deux aspects d'importance capitale dans les efforts pour protéger les pauvres durant les périodes de récession économique : (i) comment sont-ils affectés durant ces périodes difficiles (c'est-à-dire les conditions et la mesure dans lesquelles leur protection est nécessaire), et (ii) quelles politiques et quels programmes sont les plus efficaces pour s'assurer que leur faible niveau de vie ne se dégrade pas davantage.

Nous ne nous sommes pas posé la question de savoir si les plus démunis auraient été moins affectés sans les ajustements structurels et les réformes. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une question purement rhétorique qui ne mérite guère l'attention. Au moment où les réformes et des ajustements étaient adoptés, le fait de ne pas les prendre aurait conduit à des conséquences désastreuses pour l'économie dans son ensemble et pour les plus défavorisés en particulier. Les questions qu'il faut, en revanche, se poser concernent la nature, le moment et les étapes des ajustements et des réformes ainsi que les effets des autres options possibles.

Dans ce chapitre, on tentera de distinguer les effets des crises de ceux des programmes de réforme ; toutefois, les données disponibles ne permettent pas toujours d'opérer de telles distinctions. De même, les tentatives d'établir des liens de cause à effet entre les politiques de réforme spécifiques et les changements dans les niveaux de vie et la santé sont délicates, non seulement en raison du manque de données mais également parce que plusieurs mesures menées de front ont des effets simultanés et interactifs.

La figure 1 qui illustre les principales relations entre crises économiques et réformes d'une part, et les niveaux de vie des classes pauvres d'autre part mesurées par le revenu, la santé et la nutrition, fournit le canevas de la présente étude. Chacune de ces relations est étudiée à la lumière des observations empiriques les plus récentes. L'effet sur la pauvreté, sur le revenu et sur les prix est examiné en premier, suivi par l'évaluation de l'effet sur la consommation alimentaire. Puis vient une analyse des changements dans les dépenses de santé de l'État et l'accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'hygiène. Les changements dans les domaines de la santé et de la nutrition durant les années 80 sont analysés à la lumière des crises économiques et des réformes, puis vient enfin une brève étude des politiques et des programmes qui permettent de modérer les effets négatifs et d'appuyer les effets positifs sur les pauvres.

Figure 1. Principales relations entre crises et réformes économiques, état de santé et état nutritionnel



1. Impact sur les revenus, la pauvreté et les prix

En Afrique et en Amérique latine, le revenu moyen per capita a chuté durant les années 80 : la baisse totale sur cette période de 10 ans fut de 12,5% en Afrique et de 9,1% en Amérique latine. Les salaires moyens réels dans 9 des 13 pays d'Amérique latine pour lesquels les données étaient disponibles étaient plus faibles en 1990 qu'en 1980. Le choc le plus sévère se produisit au Nicaragua, au Pérou et au Venezuela où les salaires réels en 1990 représentaient respectivement 15,39% et 46% de ceux de 1980 (Nations Unies, 1990). Excepté au Chili, au Costa Rica et au Nicaragua, les salaires réels continuèrent de baisser pendant la dernière année où les données ont été disponibles (1989-90). De même, les salaires minima réels ont été plus faibles en 1990 qu'en 1980, dans 11 pays sur 14 que compte l'Amérique latine ; aucune amélioration notable n'a été relevée dans ces pays durant ces dernières années. Le chômage dans le secteur formel a augmenté dans la plupart des pays d'Amérique latine pendant la première moitié des années 80 mais il a diminué dans la plupart d'entre eux durant la deuxième moitié de la décennie.

De même, les salaires réels ont sensiblement diminué dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne dans les années 80. Pour nombre de ces pays, la baisse s'est amorcée dans les années 70, c'est-à-dire pendant les crises économiques, et le taux annuel de baisse semble avoir été plus élevé avant qu'après les réformes de politique économique dans la majorité des pays pour lesquels nous disposons de données (Sahn, 1991). Dans quelques rares pays, en particulier le Ghana et la

Guinée, les salaires réels ont augmenté durant la période suivant la réforme.

En Amérique latine, les niveaux de revenu national et la prévalence de la pauvreté semblent être solidement corrélés (Fig. 2). Ainsi, il n'est pas surprenant que la pauvreté se soit aggravée durant les années 80. Comme le montre le tableau 1, la proportion des ménages vivant dans un état de pauvreté a diminué de 40% à 35% pendant les années 70 mais a augmenté de 35% à 37% pendant les années 80. Alors que la majorité de ce recul de la pauvreté pendant les années 70 s'est produite dans les zones rurales, toute l'augmentation des années 80 s'est produite dans les zones urbaines, où la prévalence est passée de 25% à 31%. Le niveau de pauvreté demeure cependant plus élevé dans les zones rurales, où plus de la moitié de la population se trouve en dessous du seuil de pauvreté, contre moins d'un tiers des ménages en milieu urbain.

Tableau 1. Pauvreté en Amérique latine, 1970-89 (pourcentage de tous les ménages tombés au-dessous du seuil de pauvreté)

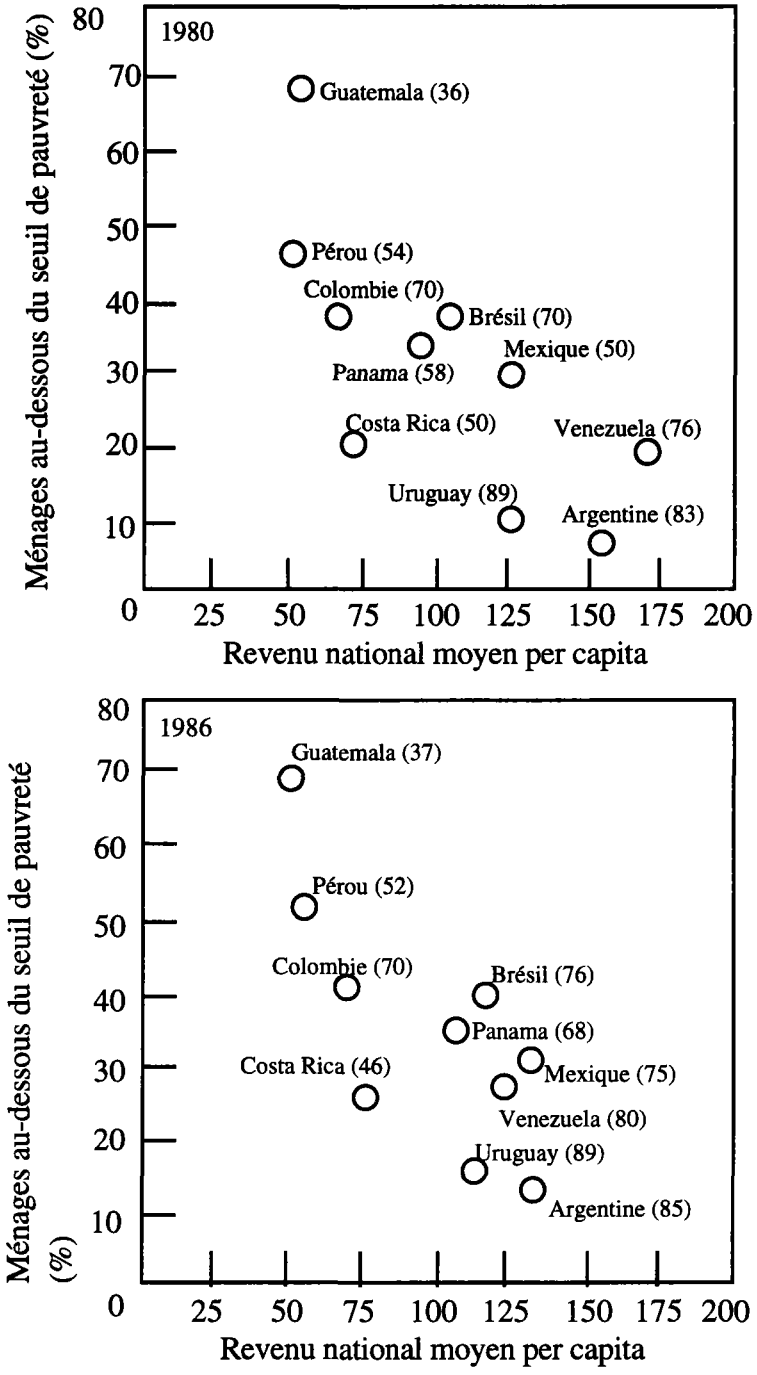
Pays	Zone urbaine			Zone rurale			Total		
	1970	1980	1986	1970	1980	1986	1970	1980	1986
Argentine	5	7	12	19	16	17	8	9	13
Brésil	35	30	34	73	62	60	49	39	40
Colombie	38	36	36	54	45	42	45	39	38
Costa Rica	15	16	21	30	28	28	24	22	25
Mexique	20	NC	23	49	NC	43	34	32	30
Pérou	28	35	45	68	65	64	50	46	52
Urugay	10	9	14	NC	21	24	NC	11	15
Venezuela	20	18	25	36	35	34	25	22	27
Amérique latine	31			54			37		

Source : Commission Économique pour l'Amérique latine (1990) ; NC : non communiqué.

Cette observation est très importante pour la politique économique car les tentatives d'indemnisation des ménages à faible revenu, identifiés comme les perdants des crises ou des réformes, peuvent oublier ceux qui étaient déjà pauvres avant ces crises et ces réformes, et qui continuent de l'être. Le tableau 2 illustre ce point en indiquant les modifications survenues dans la nouvelle pauvreté et dans la pauvreté structurelle des zones urbaines d'Argentine. Par « pauvreté structurelle », nous entendons celle des ménages dont le revenu se situe en dessous du seuil de pauvreté et qui manquent de certains biens de base.

La « nouvelle pauvreté » s'applique aux ménages dont le revenu se trouve en dessous du seuil de pauvreté mais qui possèdent ces biens. L'augmentation de 50% de la prévalence de la pauvreté durant la période 1980-87 a été due exclusivement à une croissance de la nouvelle pauvreté, tandis que la pauvreté structurelle décroissait durant cette même période. Compte tenu de la taille plus importante des ménages parmi les classes les plus défavorisées, l'aggravation de la pauvreté s'est faite particulièrement sentir chez les enfants (Tableau 2).

Figure 2. Amérique latine : lien entre pauvreté et niveau de revenu



Source : Commission Économique pour l'Amérique latine (1990). Les chiffres entre parenthèse représentent des pourcentages du total des ménages en milieu urbain.

Indice du revenu national moyen per capita : moyenne calculée sur 19 pays d'Amérique latine = 100.

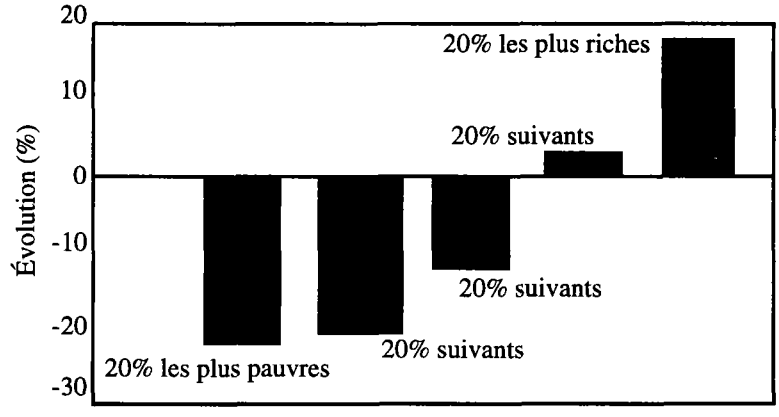
Tableau 2. Argentine : pourcentage des ménages et des enfants vivant en situation de pauvreté dans les zones urbaines, 1980, 1985 et 1987

Année	Ménages			Enfants de moins de 15 ans		
	Nouvelle pauvreté	Tous les pauvres	Pauvreté structurelle	Nouvelle pauvreté	Tous les pauvres	Pauvreté structurelle
1980	19	8	26	32	14	46
1985	15	17	32	25	27	52
1987	16	23	39	33	29	62

Source : Carpio et al. (1990).

Le lien décrit ci-dessus entre les revenus nationaux et la prévalence de la pauvreté est encore renforcé par la détérioration de la répartition du revenu durant les époques de baisse du revenu moyen. Des données provenant de plusieurs pays, parmi lesquels le Chili, le Costa Rica et le Sri Lanka, indiquent que la baisse ou la stagnation des revenus moyens sont le fait de fortes baisses parmi les pauvres et de hausses parmi les riches. Comme l'indique la Figure 3, le quintile le plus pauvre de la population chilienne a subi une baisse de revenu de 31% pendant la période 1969-78, durant laquelle les 20% les plus riches ont gagné environ 16%. De même, le décile le plus pauvre de la population costaricienne a subi de fortes pertes en revenus réels durant la période 1971-83, tandis que les 10% les plus riches ont enregistré des gains substantiels (Fig. 4). Le décile urbain le plus pauvre, dont la part dans le revenu urbain global est tombée de 2,1% à 1,5%, a été particulièrement touché. On peut supposer que cette détérioration de la répartition du revenu est étroitement associée à la grave crise économique de la période 1980-82 et à l'augmentation correspondante de la pauvreté (Cespedes *et al*, 1990).

Figure 3. Chili : Évolution en % des dépenses globales des ménages selon le niveau des revenus

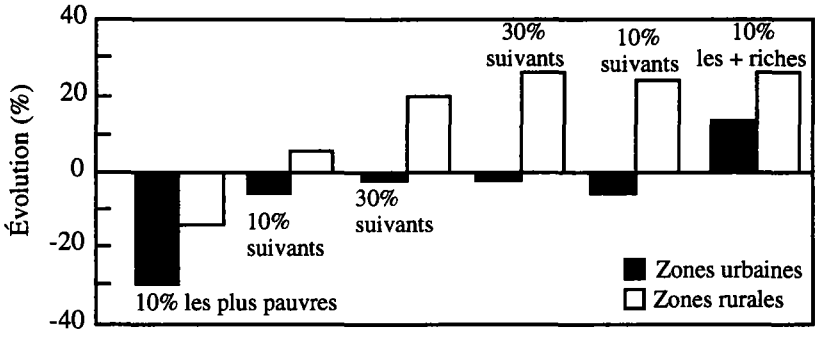


D'après Pinstrup-Andersen (1989a).

Dans de nombreux pays, en particulier d'Amérique latine, la baisse des revenus et des salaires réels est le résultat de forts taux d'inflation et du défaut d'indexation des revenus et salaires nominaux sur l'inflation. Les très forts taux d'inflation furent souvent partie prenante des crises économiques d'Amérique latine. Les programmes de stabilisation ont généralement conduit à une réduction de

l'inflation, mais le défaut d'un suivi efficace et d'un ajustement structurel continu contribua souvent à la résurgence de l'inflation. Alors que les ménages à plus hauts revenus peuvent se protéger au moins partiellement de l'inflation, les pauvres en souffrent généralement très lourdement durant ces périodes.

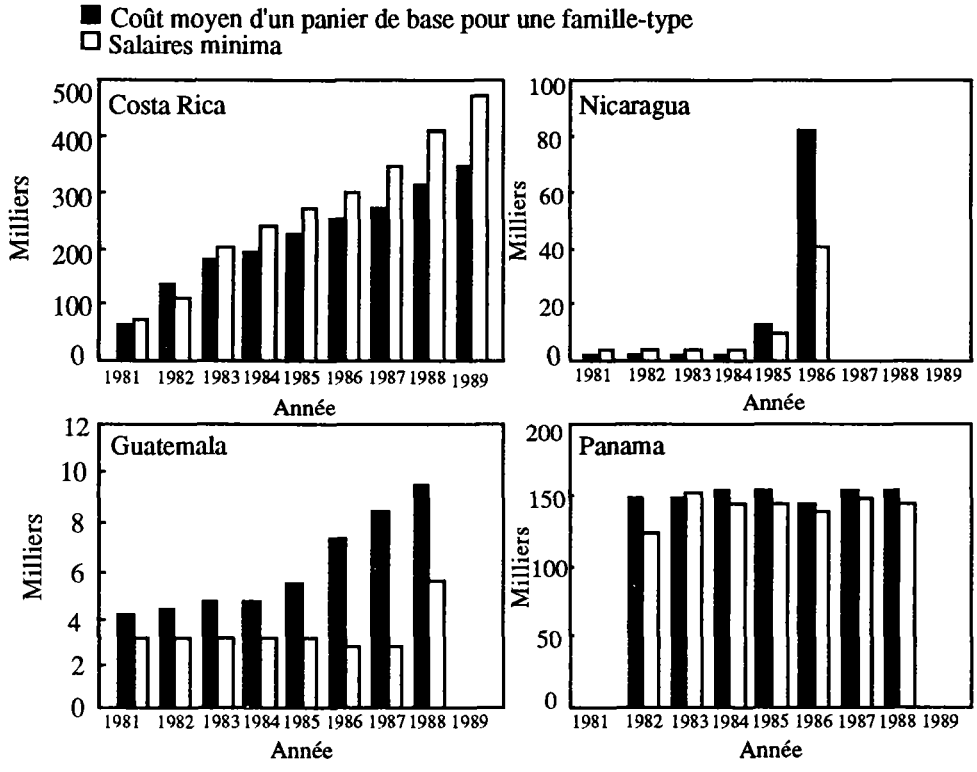
Figure 4. Costa Rica : Évolution en % des revenus familiaux réels moyens entre 1971 et 1983, par niveau de revenus



D'après Cespedes et Jimenez (1988).

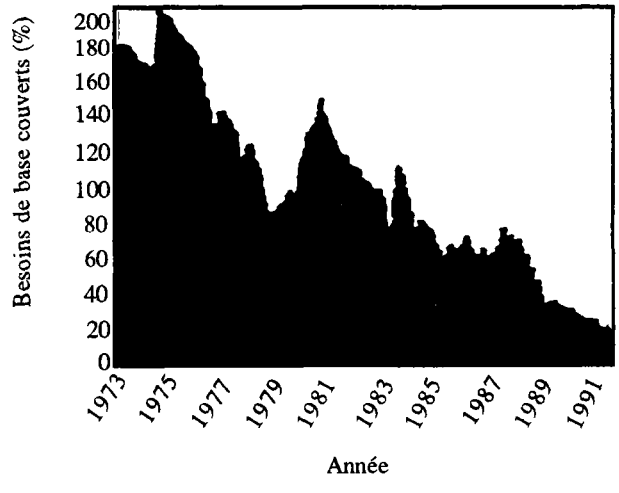
Les pauvres sont particulièrement vulnérables aux hausses brutales des prix de la nourriture et des autres biens de première nécessité car ils leur consacrent une part importante de leur budget. La figure 5 illustre cinq scénarios de développement des salaires et des prix des denrées alimentaires. Au Costa Rica, depuis la crise économique de 1980-82, les salaires ont augmenté plus vite que les prix alimentaires. Au Guatemala, c'est le contraire qui s'est produit. Au Panama, le lien est resté presque constant avec une hausse des prix alimentaires légèrement plus forte que les salaires. Au Nicaragua, une crise économique grave commençant dès le début de 1985 mena, en 1986, à une détérioration dramatique ; aucune donnée n'est disponible pour les années suivantes, mais compte tenu de la grave détérioration des salaires réels mentionnée plus haut, le lien a probablement continué de s'aggraver. Des détériorations semblables ont été particulièrement graves au Pérou, où le salaire minimum en 1991 équivalait à moins de 20% du prix du panier minimum de produits alimentaires pour une famille de quatre personnes (Fig. 6). En comparaison, le salaire minimum en 1974 équivalait à 184% du panier de base. Le résultat est que la part de budget consacrée à la nourriture a augmenté d'environ 45% au milieu des années 70 à 63% en 1990 (Abugattas & Lee, 1991). Pendant la seconde moitié des années 80, la part de budget consacrée à l'alimentation pour tous les quintiles de revenu a augmenté, excepté le plus élevé (Tableau 3) ; mais ces augmentations furent insuffisantes pour arrêter l'augmentation de la proportion des ménages souffrant d'insuffisance alimentaire (Tableau 4). En 1989, presque la moitié de la population de Lima a consommé moins de 80% de sa ration alimentaire normale et seulement 20% du quintile le plus pauvre ont consommé plus de 80% de la ration normale.

Figure 5. Évolution des coûts alimentaires et des salaires minima dans 4 pays d'Amérique latine, 1981-1989



D'après Caceres et Murillo (sans date).

Figure 6. Lima, Pérou : Pourcentage du prix d'un panier-type correspondant aux besoins élémentaires, couvert par le salaire minimum



D'après Abugattas et Lee (1991).

Tableau 3. Lima, Pérou : Parts de budget dépensées pour la nourriture par quintile de revenu

Quintile	1985-1986	1990
I (plus pauvres)	64	67
II	59	66
III	58	62
IV	50	59
V	41	41

D'après Abugattas & Lee (1991).

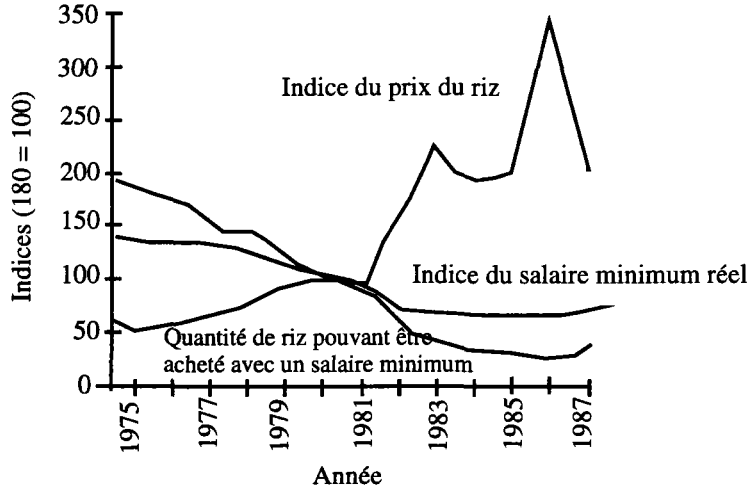
Tableau 4. Lima, Pérou : Pourcentage des ménages en situation de déficit alimentaire

Quintile	1986	1989	Évolution (%)
I (plus pauvres)	74	80	8
II	51	56	10
III	37	43	16
IV	27	10	48
V	24	20	-17
Moyenne	42	48	14

D'après Abugattas & Lee (1991).

Des détériorations similaires, bien que moins dramatiques, dans les relations entre salaires et prix se sont produites dans quelques pays africains. Comme le montre la figure 7, le rapport entre salaires réels et prix du riz à Madagascar s'est amélioré entre 1974 et 1980 et s'est notablement détérioré de 1980 à 1986. Cette dégradation a eu pour cause la chute des salaires réels et la hausse rapide du prix du riz — résultant toutes deux de réformes économiques.

Figure 7. Madagascar : Indices des salaires et des prix réels et leur lien mutuel, 1974-1989



Les distorsions induites par les Gouvernements sur le marché des denrées agricoles et alimentaires, parmi lesquelles les politiques des prix comprenant les subventions, implicites ou explicites, à la production ou à la consommation et une mauvaise affectation des ressources ont contribué à l'apparition des crises dans de nombreux pays en développement. Dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne, de telles politiques visaient à faire baisser les prix à la production et à la consommation, tandis qu'en Amérique latine plusieurs pays maintenaient les interventions sur les prix afin de fournir une compensation au moins partielle au secteur agricole face à des prix alimentaires comprimés par la surévaluation des taux de change. Pour certains pays et à certaines époques, la surcompensation a conduit au subventionnement réel des producteurs ; toutefois, la plupart des soutiens des prix à la production pour les denrées alimentaires, en Amérique latine, ne réussirent pas à compenser complètement les pertes dues aux taux de change. Enfin, un certain nombre de pays tentèrent de dissocier partiellement les prix à la production des prix à la consommation en introduisant des subventions à la consommation pour les denrées alimentaires, de manière à réduire les effets démobilisateurs des faibles prix à la production tout en maintenant des prix à la consommation faibles. Ces subventions n'affectèrent pas seulement l'allocation des ressources, mais provoquèrent souvent de fortes dépenses gouvernementales et des hausses subséquentes du déficit public.

Compte tenu de l'importance des politiques des prix alimentaires avant les ajustements et leur contribution aux déséquilibres économiques rendant l'ajustement nécessaire, il n'est guère surprenant qu'elles constituent la cible principale durant les ajustements. Généralement, les buts immédiats de tels changements sont d'amener les prix locaux des denrées alimentaires marchandes au même niveau que les prix internationaux, et de laisser le marché intérieur déterminer les prix à la production et à la consommation des biens non marchands, réduisant ainsi ou même éliminant les subventions aux prix alimentaires, implicites comme explicites.

Alors que ces buts immédiats ont été atteints dans certains pays à certaines périodes, les effets sur les buts sous-jacents d'efficacité ont été généralement décevants, soit parce que l'on ne s'était pas débarrassé en même temps des distorsions existant ailleurs que dans les prix, soit parce que l'infrastructure nécessaire au succès de la libéralisation du marché faisait défaut. Alors que la réaction de l'offre aux changements dans les prix relatifs des denrées agricoles fut forte dans la plupart des cas, les réponses de l'offre globale aux hausses des prix à la production et aux autres améliorations du marché qui lui sont liées furent particulièrement décevantes dans plusieurs pays (Chhibber, 1989 ; Von Braun *et al.,* 1990 ; Sahn, 1990a). Comme nous le verrons plus loin, la difficulté à assurer l'efficience avec une mauvaise distribution des ressources productives et des décisions politico-économiques défavorables aux pauvres ont eu de graves répercussions pour eux.

Les plus démunis ne forment pas un groupe homogène. Du fait que les sources de revenu, les prix relatifs et les schémas de consommation ont tendance à varier notablement entre les groupes à faible revenu, les effets des changements de politique des prix alimentaires risquent de se différencier de la même manière. En fait, certaines familles pauvres seront peut-être affectées positivement par certains changements de politique tandis que d'autres s'en trouveront lésées. En conséquence, pour qu'une politique soit vraiment utile, son impact devra être évalué sur chacun des groupes de ménages pauvres identifiables. Dans cette perspective, nous proposons que les plus démunis soient classés en six groupes, comme suit :

(i) fermiers en semi-subsistance ;
(ii) fermiers dont la production est orientée vers le marché, à faible revenu ;
(iii) ouvriers agricoles non propriétaires ;
(iv) ouvriers et travailleurs indépendants ruraux, non agricoles, non propriétaires, à faibles revenus ;
(v) ouvriers urbains du secteur marchand, à faibles revenus ;
(vi) ouvriers et travailleurs indépendants, urbains du secteur non marchand, à faibles revenus.

La grande majorité des pauvres d'Afrique et une plus faible proportion de ceux d'Amérique latine réside dans les zones rurales. Nombre d'entre eux sont des fermiers vivant en semi-subsistance ou qui produisent à petite échelle des denrées qu'ils écoulent sur le marché. Dans la mesure où ils parviennent à subvenir aux besoins alimentaires de leur ménage, ils sont, en tant que consommateurs, protégés des effets des hausses de prix résultant des ajustements. Des prix à la production plus élevés peuvent, toutefois, donner lieu à la production de surplus écoulés sur le marché et à des revenus plus élevés, à moins qu'une telle réponse soit contrecarrée par d'autres facteurs tels que le manque d'une technologie appropriée, de moyens de production, de crédit et d'infrastructure de commercialisation. Des preuves provenant de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et de quelques pays d'Amérique latine confirment fortement l'existence de telles contraintes (Eicher, 1982 ; Mellor *et al*, 1987 ; Weber *et al*, 1988 ; Pinstrup-Andersen, 1989b). Les changements des prix relatifs ont généralement occasionné une réaction significative en matière de diversification des récoltes mais, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'offre globale a peu évolué. Sauf pour les effets négatifs évidents des hausses de prix pour les autres biens de consommation et moyens de production agricoles, les effets de la politique de changement des prix alimentaires sur les revenus réels des producteurs ont généralement été positifs.

Malheureusement, ce n'est qu'un aspect des choses. Une forte proportion des fermiers à faible revenu ne produisent pas assez pour nourrir leur propre ménage et ils gagnent la majeure partie de leur revenu monétaire hors de la ferme. Ainsi, dans une étude sur cinq pays d'Afrique (Burkina Faso, Gambie, Kenya, Rwanda et Soudan), von Braun (1989) a trouvé que 36% à 82% des revenus monétaires des ménages agricoles souffrant de sous-nutrition provenaient de sources non agricoles. Des résultats similaires ont été obtenus par Sahn et Sarris (1991) dans l'étude de cinq autres pays africains (Côte d'Ivoire, Ghana, Madagascar, Malawi et République Unie de Tanzanie). Dans seulement un de ces pays la vente de produits agricoles entrait pour plus de la moitié des revenus monétaires des fermiers (tous confondus, quel que soit le niveau des revenus et du régime calorique), tandis que les revenus non agricoles comptaient pour plus de 70% des revenus monétaires dans trois des cinq pays. Ces ménages majoritairement ruraux et dépendants du marché qui, dans certains pays comme le Malawi (Sahn *et al*, 1990) comptent pour plus de la moitié de tous les ménages agricoles, sont affectés de manière négative par les hausses des prix alimentaires généralement associées à l'ajustement. Un facteur associé est la répartition hautement inégale des surplus parmi les fermiers, comme l'illustre Weber *et al* (1988) qui, sur la base d'études dans cinq pays africains (Mali, Rwanda, Sénégal, Somalie et Zimbabwe) ont trouvé que 80% de l'approvisionnement total en céréales diverses provenaient de 5% à 23% des producteurs.

Ces résultats relativement récents posent de graves questions sur la pertinence de la promotion d'une hausse des prix à la production dans le but de diminuer la

pauvreté parmi les petits fermiers. La nécessité d'assurer des prix producteur supérieurs aux coûts, incluant un rendement de la terre et une rémunération du travail suffisamment incitatifs n'est pas remise en cause tant que les prix qui en résultent ne dépassent pas les cours mondiaux. De nouvelles hausses des prix sans compensation correspondante des contraintes extérieures aux prix — manque d'infrastructures rurales, défaut d'accès à la technologie et aux moyens de production, au crédit, à l'assistance technique, marchés stables — devraient simplement transférer des ressources des consommateurs vers les producteurs en proportion des quantités consommées et produites, avec peu d'effet sur le produit global.

L'inégalité de la répartition du transfert du revenu réel résultant des hausses des prix est illustrée par des chiffres obtenus au Ghana, qui montrent que 32% des planteurs de cacao ont reçu 94% des transferts de revenu des hausses de prix du cacao tandis que les 68% restant n'ont reçu que 6% du transfert (Congrès américain, 1989). La répartition des surplus n'est toutefois pas toujours aussi gravement déséquilibrée. En Côte d'Ivoire, par exemple, Sahn (1990a) a découvert que le fait de changer les prix du cacao et du café, les produits d'exportation les plus importants du pays, ne changerait guère la répartition relative du revenu parmi les producteurs, et que l'augmentation des prix à la production du coton et de l'arachide bénéficierait en fait plus aux petits qu'aux grands fermiers.

Néanmoins, mis à part un certain nombre d'exceptions, la règle générale apparaît être que le surplus mis sur le marché est très mal réparti dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine. Le résultat des transferts entraîné par les hausses de prix des denrées alimentaires constitue ainsi généralement une aggravation de la répartition du revenu dans les zones rurales (Jamal & Weeks, 1988 ; von Braun *et al*, 1990) et un resserrement de l'écart de revenu entre les salariés urbains et le secteur agricole (Banque Mondiale, 1986 ; Jamal & Weeks, 1988). Le degré potentiel de changement des inégalités de revenu urbain-rural est illustré par les développements observés en République Unie de Tanzanie, où le rapport entre le revenu rural global et les salaires urbains non agricoles a décru de 6,5 au milieu des années 70 à 1,9 au milieu des années 80 (Wagao, 1990). Un autre exemple se trouve en Chine, où le ratio de revenu relatif urbain-rural des ménages est tombé de 3,5 à la fin des années 70 à moins de 2 dans le milieu des années 80, grâce aux réformes des prix agricoles (Pinstrup-Andersen *et al*, 1990). Cet exemple est particulièrement important car l'amélioration de la répartition du revenu relatif entre ville et campagne est apparue durant une période de hausses rapides des revenus pour les deux groupes, tandis que le changement fut amené par de rapides détériorations des salaires urbains réels résultant en partie de la hausse des prix alimentaires.

L'Amérique latine et de nombreux pays d'Asie (hormis la Chine) présentent des classes importantes et bien définies de travailleurs agricoles non propriétaires. De telles classes sont plutôt rares en Afrique subsaharienne, bien qu'elles semblent se développer dans certains pays — en particulier au Malawi, au Rwanda et en Somalie. On s'attendrait à ce que les travailleurs agricoles non propriétaires bénéficient des prix agricoles plus élevés par le biais d'une demande de main d'œuvre accrue, mais aussi qu'ils perdent par le biais de prix plus élevés pour la nourriture qu'ils doivent acquérir. Compte tenu de l'élasticité assez faible de la demande de travail en regard des prix, il est vraisemblable que, dans la plupart des cas, les pertes excèdent les gains, bien que les observations empiriques dans ce domaine soient rares.

Le constat empirique dans un certain nombre de pays, parmi lesquels l'Inde, la Malaisie, la Mauritanie, le Nigeria, la Sierra Leone et la Zambie (King & Byerlee, 1977 ; Hazell & Roel, 1983 ; Rogers, 1986 ; Hazell & Haggblade, 1989), suggère

que l'élasticité des revenus pour les biens et services traditionnellement produits par les petites entreprises rurales est très élevée parmi les ménages ruraux. La production de ces biens et de ces services est généralement intensive en travail et fournit une importante source de revenu à une large part des ruraux pauvres. Ainsi, des prix alimentaires plus élevés produisant des revenus fermiers plus importants vont vraisemblablement bénéficier aux travailleurs agricoles à revenus faibles et aux travailleurs indépendants dans de telles entreprises. Ces effets positifs sont partiellement, ou totalement contrariés par les effets négatifs associés à la hausse des prix des aliments achetés par les ruraux pauvres. L'effet net varie et, bien que les données disponibles ne nous permettent aucune généralisation, les multiplicateurs relativement importants semblent justifier l'hypothèse que l'effet net sur ce groupe de ruraux pauvres est souvent positif.

Les grands perdants parmi les pauvres sont incontestablement ceux qui habitent dans les zones urbaines car, au contraire de la plupart des pauvres en zone rurale, ils ne ressentent aucun effet positif sur leur revenu qui puisse contrebalancer, au moins partiellement, les prix alimentaires plus élevés. Il est amplement prouvé par les études entreprises, tant en Afrique qu'en Amérique latine, que pendant les périodes d'ajustement, les urbains pauvres subissent généralement une détérioration de leur revenu réel. En l'absence d'information précise, il n'est, bien sûr, pas possible d'évaluer le niveau de ces détériorations par rapport à une situation sans ajustement ou à un autre programme d'ajustement. Il apparaît que les changements dans les politiques de prix alimentaires pendant les ajustements donnent généralement des prix à la consommation plus élevés en regard des changements des salaires nominaux des pauvres, y compris les niveaux de salaires minima officiels. Le changement des prix alimentaires réels — c'est-à-dire les changements de prix nominaux comparés aux autres prix — varient notablement d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre, sans qu'aucun schéma général ne puisse être dégagé.

L'une des raisons de l'augmentation des prix alimentaires pour le consommateur pendant les ajustements est la réduction des subventions explicites — c'est-à-dire financées directement par le gouvernement. De telles subventions sont la cible privilégiée du Fonds Monétaire International, de la Banque Mondiale et des autres organismes qui poussent à l'ajustement car elles faussent l'économie et accentuent le déficit et les déséquilibres financiers extérieurs. Bien qu'aucune estimation globale des dépenses de l'État en aides financières au secteur alimentaire ne soit disponible, les données provenant de divers pays possédant de larges programmes de subventions ont clairement montré une tendance décroissante des coûts réels de la subvention pendant la première moitié des années 80 (Pinstrup-Andersen *et al*, 1987). Cette baisse est en grande partie due à la chute des prix sur le marché mondial pour les biens les plus couramment utilisés dans de tels programmes d'aide - blé, riz et sucre ; cependant, un certain nombre de pays, parmi lesquels le Brésil, le Mexique, le Pakistan, le Sri Lanka, la République Unie de Tanzanie et la Zambie, ont pratiqué des coupes importantes dans les subventions alimentaires explicites durant les années 80. Le Mexique fournit un exemple particulièrement intéressant car une compression extrêmement sévère située entre 1983 et 1984 fut associée à un changement de la politique de subvention, désormais davantage ciblée, et selon Lustig (1990), une sérieuse détérioration du pouvoir d'achat des urbains pauvres. Durant la seconde moitié des années 80 le subventionnement a quitté le cadre général pour des programmes plus ciblés. De nombreux autres pays ont connu des difficultés similaires en mettant en place des réductions ou en éliminant les subventions générales du Gouvernement à l'alimentaire, parmi lesquels la République Dominicaine, l'Égypte, le Maroc, la Tunisie et la Zambie, et peu de pays, à l'exception remarquable du Sri Lanka ont réussi à passer d'un plan

d'aide général, très coûteux, à un plan moins coûteux et effectivement destiné aux pauvres.

Les effets négatifs à plus long terme sur les consommateurs à faible revenu, de la réduction ou de l'élimination des subventions aux prix alimentaires, qu'elles soient explicites ou implicites, sont beaucoup plus réduits que la valeur du transfert représenté par l'aide elle-même, et ceci pour deux raisons. La première est qu'il est rare que les aides aux prix alimentaires soient effectivement dirigées vers les pauvres : dans de nombreux cas, les bénéfices profitent en tout premier lieu aux non pauvres. En outre, dans certains cas, ces aides sont limitées à des quantités tout à fait marginales, obligeant les pauvres à s'approvisionner sur des marchés non subventionnés pour subvenir à leurs besoins alimentaires. La deuxième raison, dès lors que les produits alimentaires de base constituent un salaire en nature, les prix plus bas des aliments font baisser généralement les salaires. Ce lien est plus évident dans le secteur public que dans le secteur privé. En fait, les subventions aux prix alimentaires sont effectivement utilisées, par certains Gouvernements, comme des annexes aux salaires des employés du secteur public — par exemple, au Bangladesh, en Chine et en Égypte. Les résultats des discussions avec les responsables gouvernementaux et les politiciens de ces pays et de bien d'autres tendent à corroborer l'idée que les réductions des subventions aux prix alimentaires doivent être accompagnées de compensations, sous forme de salaires monétaires plus élevés. Dès lors que les salaires d'une grande partie des salariés du secteur public sont faibles et que les subventions entrent souvent pour 20% à 25% dans le revenu réel total, la justification des hausses de salaires monétaires devient évidente. Dans le cas du Sri Lanka, environ 70% des économies de l'État provenant des réductions des subventions à la fin des années 70 furent dépensés dans des hausses des salaires monétaires du secteur public (Edirisinghe, 1987). Ceci implique non seulement que la valeur des aides aux consommateurs est inférieure au transfert, mais également que les économies de l'État provenant de la réduction ou de l'élimination de telles aides est beaucoup plus faible que le coût. Bien que la relation entre prix alimentaires et salaires soit moins transparente sur le marché du travail privé, le niveau des prix alimentaires et les changements qu'ils ont récemment connus constituent un argument significatif des négociations salariales auxquelles prennent part les syndicats.

Selon la façon dont la subvention explicite est financée, les bénéfices des aides aux prix alimentaires peuvent être partiellement ou totalement absorbés par l'inflation et/ou la réduction de la demande de travail, comme le montre Scobie (1983) pour l'Égypte. Cette relation et d'autres encore ont fait l'objet de plus amples considérations (Pinstrup-Andersen - 1988).

2. Impact sur la consommation alimentaire

La baisse des revenus des ménages pauvres conduit normalement à la baisse de la consommation globale en énergie et nutriments ainsi qu'à un glissement vers les aliments les moins chers. L'élasticité-revenu de la consommation d'énergie — c'est-à-dire le changement en pourcentage de consommation d'énergie correspondant à une modification de 1% du revenu — est généralement de 0,3% à 0,5% dans les ménages pauvres. Ainsi, une baisse de 10% du revenu amènerait une réduction de la consommation d'énergie de 3% à 5%. Plus le ménage est pauvre, plus forte est l'élasticité. Les non pauvres, pour lesquels la nourriture occupe une plus petite partie du budget, entreprennent de plus faibles ajustements de leur consommation d'énergie en réaction à l'évolution de leur revenu. De même, des prix alimentaires en hausse conduisent généralement à une réduction de la

consommation alimentaire, et c'est chez les pauvres que les ajustements sont les plus importants.

Ainsi, les ménages à faible revenu qui ont subi des pertes de salaires et/ou des hausses des prix alimentaires durant les années 80 réduisirent incontestablement leur consommation d'énergie et de nutriments. Malheureusement, aucune collecte systématique de données longitudinales ne fut entreprise durant les périodes de crise et de réformes. Nonobstant, des comparaisons de données provenant de différentes études sur des populations comparables dans divers pays — parmi lesquels le Chili, le Costa Rica, le Mexique et le Sri Lanka — ont confirmé les conclusions ci-dessus. Mesurée en pourcentage de consommation courante, la baisse de la consommation alimentaire est particulièrement forte dans les ménages les plus pauvres ; dans certains pays, comme le Chili et le Sri Lanka, ces baisses de consommation chez les pauvres ont été accompagnées par de fortes hausses de la consommation alimentaire chez les riches.

La consommation alimentaire des pauvres de l'Afrique subsaharienne a beaucoup varié au cours des années 80 et certains groupes ont même parfois souffert de sévères carences alimentaires. Toutefois, dans la plupart de ces pays, les raisons principales de ces fluctuations ont été la sécheresse, les conflits armés, les famines et les déplacements de population qu'ils entraînent, plutôt que des crises économiques ou des programmes de réforme, bien que ces deux catégories de facteurs puissent être liées.

3. Soutien de l'État aux soins de santé

Les crises économiques de la fin des années 70 et du début des années 80 comprenaient souvent des dépenses gouvernementales excessives. L'un des éléments de base des politiques de stabilisation est la tentative de réduction des dépenses de l'État. L'impact de telles réductions sur les pauvres dépend des secteurs dans lesquels sont pratiqués les coupes budgétaires.

Selon le PNUD (1991), les dépenses de santé per capita en Afrique subsaharienne et dans d'autres pays en développement équivalent, respectivement, à 3 et 8% des dépenses de santé per capita dans les pays industrialisés. Étant donné une telle faiblesse des investissements dans ce secteur et la dépendance, dans ce domaine, des populations pauvres vis-à-vis du secteur public, les économies budgétaires pourraient bien se traduire par des effets négatifs pour les populations défavorisées. L'étendue de tels effets dépend, toutefois, de la mesure dans laquelle ces réductions concernent les services à la disposition des pauvres. Ainsi, les restrictions budgétaires dans le secteur santé sont importantes à la fois quant à leur ampleur et quant à leur nature.

Les dépenses de santé dans le secteur public ont décru de façon dramatique en Amérique latine pendant la première moitié des années 80 (Tableau 5). Ces réductions continuèrent dans la seconde moitié de la décennie dans un petit nombre de pays seulement, tandis que la plupart des autres ont enregistré une certaine reprise et que quelques-uns amenèrent même leurs dépenses de santé à des niveaux supérieurs à ceux de 1980. On obtient une représentation identique en examinant les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut et des dépenses gouvernementales globales (Tableau 6).

En Afrique subsaharienne, les dépenses sur les soins de santé du secteur public per capita ont décru pendant la période 1982-84, sont restées à peu près constantes jusqu'en 87 puis ont augmenté après cette date. La baisse de 82-84 a été bien moins grave qu'en Amérique latine (Fig. 8). A l'inverse de la situation en Amérique latine, les dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne représentaient une part

croissante des dépenses totales de l'État, nettes d'intérêt pendant les années 80 : de 5,2% en 1980-83, puis 5,4% en 1984-86, à enfin 5,6% en 1987-89 (Sahn, 1991). Ces gains sont apparus dans les pays à revenu moyen, tandis que les pays africains à faible revenu maintenaient une allocation constante de 5,2% pour la santé tout au long de la décennie.

L'élasticité des dépenses de santé en regard de la totalité des dépenses de l'État — ou encore le pourcentage de changement des premières pour un changement de 1% dans le dernier — fut évaluée à 1,25 en Amérique latine pour la période 1980-88 (Grosh, 1990). Cela signifie que les économies dans les dépenses globales de l'État furent associées à des économies proportionnellement plus importantes dans les dépenses de santé, une réalité illustrée par les résultats du tableau 6. La conséquence qui en découle est que les Gouvernements d'Amérique latine considèrent la dépense de santé comme un luxe plutôt qu'une nécessité à protéger des fluctuations se produisant dans les dépenses globales (Musgrove, 1988). L'élasticité estimée pour l'Afrique subsaharienne fut 0,67 pour les périodes 1974-79 et 1980-84 ; ce chiffre est passé à 0,96 pour la période 1985-87 (Sahn, 1990b). Ainsi, il semble que les gouvernements africains ont considéré les dépenses de santé comme une nécessité, au moins jusqu'au milieu des années 80. Depuis le milieu des années 80, on a laissé les dépenses de santé varier proportionnellement aux variations des dépenses globales de l'État.

Tableau 5. Indice des dépenses de santé per capita (1980 = 100)

Pays	1984	Derniers chiffres connus
Argentine	31,3	1986 : 43,1
Bolivie	40,1	1988 : 81,8
Brésil	81,1	1987 : 128,4
Chili	78,2	1987 : 72,9
Costa Rica	52,6	1988 : 53,0
Rép. Dominicaine	89,6	1988 : 131,9
El Salvador	71,6	1987 : 41,9
Jamaïque	77,8	1987 : 88,1
Venezuela	116,9	1985 : 124,8
Moyenne	71,0	1985 : 69,7

Source : Grosh (1990).

Tableau 6. Indice des dépenses de santé en % du PIB et des dépenses de l'État (1980 = 100)

Pays	PIB		Dépenses de l'État	
	1984	Dernière année[a]	1984	Dernière année[a]
Argentine	35,7	1986 : 50,0	34,4	1986 : 45,6
Bolivie	50,0	1988 : 112,5	75,6	1988 : 192,7
Brésil	88,2	1987 : 123,5	80,4	1987 : 95,7
Chili	87,5	1987 : 75,0	73,8	1986 : 64,3
Costa Rica	57,1	1987 : 56,2	63,1	1988 : 67,7
Rép. Dominicaine	90,9	1988 : 136,4	119,1	1988 : 119,1
El Salvador	83,3	1987 : 50,0	63,2	1987 : 62,3
Jamaïque	78,8	1987 : 90,9	101,5	1986 : 97,0
Venezuela	141,2	1985 : 152,9	157,1	1985 : 166,1

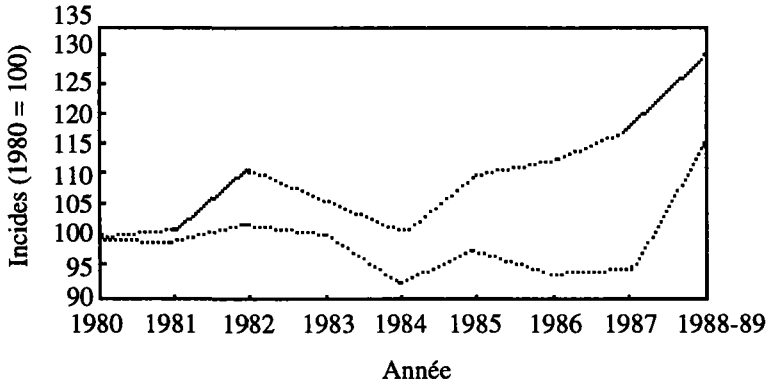
Source : Grosh (1990).

a : Derniers chiffres connus.

L'information sur la répartition des dépenses de santé entre différents types de services est rare. Sahn (1990b) concluait que « la plupart des pays [d'Afrique subsaharienne] affectent la majorité de leurs budgets santé aux hôpitaux et à des médicaments non essentiels au lieu de la consacrer à des services plus élémentaires et davantage coût-efficaces dont les pauvres ont besoin ». Seulement 6,8% du budget santé du Malawi fut affecté, en 1987-88, aux services de prévention (Banque Mondiale, 1988), tandis que 27,1% des dépenses de santé de Madagascar en 1987 allaient aux soins de santé primaires et à la lutte contre les maladies endémiques (Banque Mondiale, 1987). Des parts aussi minces, combinées aux aléas de la vie en milieu urbain et à la faible efficacité des soins de santé primaires en Afrique, indiquent que les économies réalisées par les Gouvernements ne peuvent avoir en réalité que des effets très limités sur les classes pauvres. Sahn (1991) concluait que « la qualité et la quantité des services [de santé] publics actuellement offerts aux pauvres en Afrique sont si maigres qu'il n'y a même plus de place pour une détérioration supplémentaire de la situation, même dans le cas où de nouvelles économies budgétaires seraient mises en place ». L'impact de telles restrictions sur les pauvres semble plus significatif en Amérique latine.

Dans une analyse sur sept pays latino-américains, Grosh (1990) a calculé que les 40% les plus pauvres de la population de tous les pays, sauf un, le Brésil, ont bénéficié de 50% à 70% des dépenses publiques de santé.

Figure 8. Dépenses réelles totales de santé per capita en Afrique, 1980-1989



D'après des tableaux de la Banque Mondiale (Sahn, 1991). Les données couvrent les pays suivants : Bostwana, Burkina Faso, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice, Niger, Rwanda, Swaziland, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Les réformes ont fréquemment inclus l'introduction de la participation financière des patients aux soins, à l'éducation et aux autres services sociaux dans le but de réduire les dépenses gouvernementales et/ou améliorer l'efficience et la couverture. Si elle est convenablement ciblée, cette participation peut générer des rentrées considérables sans pour autant influer trop négativement sur les pauvres. En fait, les ressources levées par la tarification des services délivrés aux non pauvres peuvent être extrêmement importantes pour maintenir une couverture sanitaire correcte des pauvres. Comme dans le cas d'autres transferts, le ciblage est délicat et les participations financières des patients peuvent avoir un effet négatif sur l'accès des pauvres aux soins de santé, comme nous le voyons au Niger (Tinguiri, 1991).

Jusqu'à présent, seules les dépenses de santé dans le secteur public ont été examinées. Comme le montre le tableau 7, le secteur privé est souvent responsable d'une large part des services de santé. Les coupes claires du secteur public de santé en Amérique latine ont peut-être été compensées par un secteur privé plus présent, bien que les données sur les dépenses de santé privées soient insuffisantes pour vérifier cette hypothèse.

Tableau 7. Dépenses privées et publiques de santé dans quelques pays d'Afrique

Pays	Part de l'État (%)				Part du privé (%)			
	Année	Aide centrale & extérieure	Locale	Total	ONG	Moderne	Tradition-nelle	Total
Botswana	1979	62,8	10,5	73,3	7,6	11,8	7,3	26,7
Burkina Faso	1981	72,6	1,9	74,5				25,5
Burundi	1986			70,5	7,2	22,3		29,5
République Centafricaine	1986			41,2				58,8
Éthiopie	1986			35,6	1,7	53,7	9,0	64,4
Kenya	1984	43,3	5,6	48,9	7,2		44,0	51,2
Lesotho	1986			40,6	7,5	51,9		59,4
Madagascar	1985	44,8	0,8	45,6	4,1	35,5	14,8	54,4
Mali	1985			42,4		18,8	38,8	57,6
Rwanda	1982			46,5	29,1		24,4	53,5
Somalie	1982			49,2				50,8
Swaziland	1984			32,4	12,0	17,6	38,0	67,6
Ouganda	1982	15,2	4,5	19,7	4,4	22,9	53,0	80,3
Zambie	1981	43,0	0,8	43,8	7,1	33,1	16,0	56,2
Zimbabwe	1987	53,0	8,8	61,8	4,3	33,9		38,2

D'après le PNUD (1991).

ONG : Organisation non gouvernementale ; blancs : chiffres non communiqués.

4. Accès aux soins de santé primaires, à l'eau et à l'assainissement

Dans tous les pays en développement, en moyenne 44% de la population rurale a accès aux services de santé, 50% a accès à l'eau potable et 27% à accès à l'assainissement (PNUD, 1991). Pour l'Afrique subsaharienne, les chiffres sont respectivement de 37%, 26% et 18%. La population urbaine est considérablement mieux lotie avec ses 88% ayant accès aux soins, 81% ayant accès à l'eau potable et 60% à l'assainissement. Les chiffres, pour les ménages urbains d'Afrique subsaharienne, sont respectivement de 72%, 74% et 60%. L'impact des crises économiques et des réformes sur l'accès à ces services sociaux de base n'est pas très clair. Il existe des indices selon lesquels de nombreux pays n'ont pas suffisamment investi dans l'infrastructure urbaine pour assurer un accès correct aux soins, à l'eau potable et à l'hygiène face à la croissance rapide de la population urbaine. Dans le même temps, tandis que l'accès à ces services se trouve encore à un niveau beaucoup trop bas dans les zones rurales de nombreux pays, le ciblage sur ces zones semble avoir beaucoup amélioré l'accès. Ce scénario est illustré par le cas de l'Équateur, où le pourcentage de la population urbaine ayant accès à l'eau potable a diminué de 79% à 60% entre 1980 et 1988, tandis que celui des populations rurales croissait de 20% à 37%. De même, le pourcentage de la

population urbaine ayant accès à l'assainissement est tombé de 73% à 55%, tandis que celui de la population rurale grimpait de 17% à 34% (Centre de Recherche Sociale d'Équateur, 1991).

5. Évolution dans la santé et la nutrition

Les taux de mortalité infantile ont notablement baissé durant les trente dernières années dans pratiquement tous les pays en développement, bien qu'ils se maintiennent bien au-dessus des taux rencontrés dans les pays industrialisés (Tableau 8). Tandis que cette tendance générale s'est poursuivie pendant la décennie 80, il semble, à l'examen de plusieurs pays, que les taux de mortalité infantile sont sensibles aux difficultés économiques graves résultant des crises et/ou des réformes politiques. La tendance à long terme à la baisse des taux de mortalité infantile au Ghana s'est par exemple inversée avec une augmentation de 20% pendant la période 1975-1985, période de troubles économiques pour ce pays. De même, les tendances à long terme observées au Costa Rica ont été interrompues en 1981-84 par une augmentation de 8% qui a fait suite à la grave crise économique de 1980-82 et aux réformes qui s'ensuivirent, parmi lesquelles des coupes importantes dans les dépenses de santé (Cespedes & Jimenez, 1988). Une tendance similaire au Brésil a été interrompue en 1983, année de sévères difficultés économiques pour les pauvres de ce pays. L'augmentation du taux de mortalité infantile fut étroitement liée au niveau de revenu des différentes provinces : il dépassait 10% dans le Nord-Est, la province la plus pauvre, tandis que l'on n'enregistrait aucune augmentation dans le Sud-Ouest, la province la plus riche (Simoes, 1989). Les taux nationaux moyens de mortalité infantile au Brésil n'ont augmenté que d'un point de pourcentage en 1983 — une évolution qui pourrait être due à des erreurs d'arrondi. Cela illustre le fait que, à moins qu'une forte proportion de la population infantile soit affectée, la sensibilité de la mortalité infantile aux difficultés économiques n'apparaît généralement pas dans les taux nationaux moyens de mortalité.

Tableau 8. Taux de mortalité infantile (décès pour 1000)

Région	1960	1989
Tout pays en développement	233	116
Pays les moins avancés	289	189
Afrique subsaharienne	284	179
Pays industrialisés	46	18

Source : PNUD (1991).

Une augmentation importante des taux de mortalité infantile dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire pendant la période 1975-85 fut modestement contrebalancée par une légère diminution dans les zones rurales, le taux moyen national ne changeant pratiquement pas durant cette période (Fig. 9). Les plus affectés furent les taux de mortalité néonatale à Abidjan, qui grimpèrent de 37/1000 en 1977-81 à 81/1000 en 1982-86, et postnatale qui doublèrent, passant de 32 à 64/1000 pendant la même période. Les analyses suffisamment fines pour distinguer les différents groupes de population qui font exception à la tendance générale de chute de la mortalité sont extrêmement rares malgré la nécessité urgente d'identifier les groupes à risque. La prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance est un autre indicateur de graves détériorations du niveau de vie comme l'illustre, pour l'Argentine, le tableau 9. Albanez *et al* (1989) font

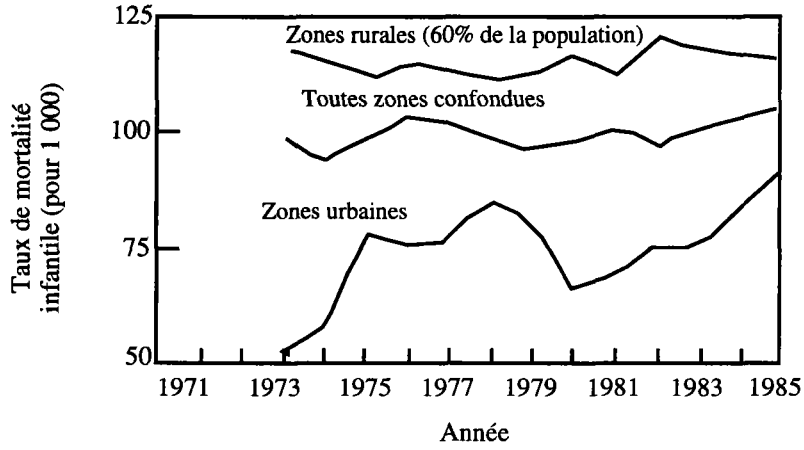
remarquer à cet égard que la prévalence d'un faible poids de naissance a augmenté de 1979 à 1986 dans 7 pays latino-américains sur 15, pour lesquels des données étaient disponibles. La rapide augmentation de la nouvelle pauvreté mentionnée plus haut en Argentine, semble entraîner une détérioration importante de cet indicateur. Au Niger, la prévalence d'un faible poids de naissance augmenta de 11% en 1984 à 14% en 1986, un saut de près de 30% (Tinguiri, 1991). Une augmentation encore plus dramatique dans la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance durant les périodes de graves difficultés économiques fut observée au Brésil durant la période 1982-84 (Becker & Lechtig, 1986).

Tableau 9. Argentine : prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance parmi les pauvres et non pauvres des zones urbaines, 1987

Poids à la naissance (kg)	Pauvres structurels	Nouveaux pauvres	Non pauvres
< 1,5	1,6	0,7	0,1
1,5-2,5	10,3	12,2	8,5

Source : Carpio et al. (1990).

Figure 9. Tendances de la mortalité infantile en zones rurales et urbaines en Côte d'Ivoire, 1970-86 (Living Standard Measurement Study, 1985/1986)



D'après Diop et al. (1991).

Une combinaison de pauvreté croissante et de réduction des dépenses de santé devrait logiquement mener à une détérioration du statut nutritionnel. La quasi-absence de données longitudinales appropriées couvrant les périodes de crises économiques et de réformes rend difficile l'évaluation des évolutions des conditions nutritionnelles. Toutefois, les données existantes permettent de tirer trois conclusions. En premier lieu, le statut nutritionnel des enfants préscolaires est très sensible aux détériorations économiques graves[1]. Ceci est illustré par

1. Von Braun et Pandya-Lorch (1991b) ont estimé une élasticité revenu / amélioration nutritionnelle de 0,3 à 0,4 parmi les ménages ruraux à faible revenu des pays en développement. Une relation positive significative entre revenu et malnutrition des préscolaires a été révélée dans un grand nombre d'autres études.

l'importante augmentation de la prévalence de la malnutrition parmi les enfants d'âge préscolaire au Brésil, au Ghana, au Nicaragua, au Pérou, aux Philippines et au Sri Lanka pendant les périodes de perturbation économique, que la perturbation en question ait été causée par la crise ou par les réformes (Tableau 10). En outre, la détérioration nutritionnelle semble s'être produite au moins pendant une partie des années 80 en Bolivie, au Chili, dans la République Dominicaine, en Jamaïque et en Uruguay (Albanez *et al.*, 1989). Ensuite, la détérioration nutritionnelle en Amérique latine a été beaucoup plus faible que la croissance de la pauvreté et que les réductions des dépenses publiques dans le domaine de la santé. A l'exception des trois pays d'Amérique latine cités au tableau 10, tous les autres pays de la région pour lesquels les données sont disponibles ont connu soit des détériorations minimes, soit des améliorations nutritionnelles au niveau des enfants d'âge préscolaire. Enfin, à l'exception des pays exposés à de fortes sécheresses, à des conflits intérieurs ou à la famine, on peut difficilement affirmer qu'il y ait eu une quelconque détérioration nutritionnelle en Afrique subsaharienne dans les années 80. Cela est probablement partiellement dû à l'extrême rareté des informations sur les évolutions nutritionnelles pendant cette période. Cependant, sauf pour le Ghana, comme nous l'avons déjà mentionné, le peu d'informations disponibles n'indiquent aucun effet négatif sur la nutrition, qu'elle soit due à la crise ou aux réformes. Il n'est guère surprenant qu'aucun effet négatif global des crises et des réformes n'ait été mis en évidence : après tout, les dépenses de santé ont augmenté pendant la décennie, et seulement une petite partie de ces dépenses semblent avoir touché les pauvres. En outre, une forte proportion de pauvres était protégée contre les baisses de salaires réels. Des analyses suffisamment fines identifieraient certainement des détériorations nutritionnelles dans les groupes de ménages qui ont subi de graves baisses de revenu réel et d'accès aux soins de santé primaires, en particulier chez les urbains et ruraux pauvres qui sont acheteurs nets de biens alimentaires.

Tableau 10. Pays dans lesquels la malnutrition (définie comme le pourcentage d'enfants d'âge préscolaire dont le rapport âge/poids est inférieur à 80% du ratio standard) a augmenté ; données correspondant à des périodes sélectionnées

Pays ou région	Année	Prévalence	Année	Prévalence
Nord-Est du Brésil				
Rural	1986	8,9	1989	11,6
Urbain	1986	5,4	1989	7,4
Ghana	1980	35,0	1984	54,0
Nicaragua	1966	17,1	1982	27,1
Pérou	1984	9,5	1987	13,2
Philippines	1981	18,0	1985	22,0
Sri Lanka	1979	6,1	1982	9,4

Sources : Batista Filho (1988) ; Pinstrup-Andersen (1989a).

6. Politiques et programmes pour protéger les pauvres

Idéalement, tout en poursuivant la croissance économique et l'amélioration de la balance des paiements, les réformes économiques devraient pouvoir assurer un meilleur accès des pauvres aux ressources génératrices de revenu et aux besoins essentiels tels que la nourriture, les soins de santé primaires, l'eau potable et l'assainissement. Les efforts entrepris durant la première moitié des années 80 pour régler les problèmes de balance des paiements dans un délai utopiquement court conduisirent à mettre en place des politiques de stabilisation qui causèrent de graves difficultés chez les pauvres et les classes moyennes. Il est à espérer que ces politiques de stabilisation appartiennent au passé. Plus récemment, l'accent a été mis sur des ajustements structurels et des réformes rehaussant l'offre. Malheureusement, on a accordé trop peu d'attention aux ajustements et aux réformes qui améliorent la productivité des ressources humaines (santé, éducation et nutrition) et l'accès par les pauvres aux ressources productives telles que la terre et le capital. De plus, tandis que les réformes visent souvent à la libéralisation et à la privatisation des marchés ainsi qu'à l'allégement des rentes détenues par le secteur public, on devrait accorder beaucoup plus d'attention à l'élimination des distorsions institutionnelles et de marché qui ont des effets négatifs sur les plus défavorisés. Faute de quoi, les institutions existantes continueront de désavantager les pauvres, et les libéralisation et privatisation du marché conduiront à de rapides accumulations de richesses dans les mains d'un très petit nombre de personnes, sans bénéfice ou presque pour les précédents. L'amélioration des ressources humaines et de l'accès des pauvres aux autres ressources productives contribueront à la réduction de la pauvreté et de la misère et stimuleront la croissance économique. L'investissement dans l'infrastructure rurale, la recherche agricole et l'amélioration des techniques de production, l'assistance technique et le crédit sont nécessaires de manière urgente afin d'améliorer le revenu des pauvres des zones rurales et de réduire les coûts de production des biens alimentaires.

En principe, les gouvernements ont deux solutions — utilisables séparément ou de conserve — pour englober leur souci de la pauvreté et de la santé dans de tels programmes. Ils peuvent mettre en œuvre des politiques nouvelles d'ajustement (ou modifier celles qui sont en place) ou introduire des politiques et des programmes séparés pour compenser auprès des classes pauvres les effets négatifs causés par les programmes d'ajustement.

Les mesures compensatoires sont préférables aux modifications d'un programme d'ajustement si l'on espère que le programme améliorera, à long terme, le niveau de vie des pauvres, par exemple, en augmentant leur revenu et si les effets négatifs à court terme sont considérés comme temporaires. Bien que les résultats soient mitigés, c'est cet argument qui est souvent employé pour défendre les programmes traditionnels d'ajustement. Si, malgré tout, il y a peu de chances que les effets à long terme du programme traditionnel soient positifs et suffisamment larges, les mesures compensatoires seraient moins appropriées que la modification des programmes proprement dits. Dans de nombreux cas, des modifications structurelles de l'économie et une réorientation de la stratégie de développement seront probablement indispensables.

Les programmes et les politiques de compensation ont été examinés ailleurs (Pinstrup-Andersen, 1987) et nous n'en donnons ici qu'un bref aperçu. Les principaux axes de compensation apparaissent dans des programmes et des politiques qui vont permettre :

– l'amélioration des capacités des pauvres à générer du revenu, en particulier au travers de :

a) la création d'emplois dans les secteurs public et privé ;

b) l'augmentation de leur productivité par le biais d'investissements plus importants dans la santé, la nutrition, l'éducation primaire, l'enseignement technique et le développement des aptitudes ;

c) l'amélioration de leur accès aux biens productifs telle que la terre ;

d) l'élargissement des programmes d'accès au crédit, à l'assistance technique, à la technologie moderne et à d'autres facteurs de production pour les travailleurs indépendants à faible revenu dans les secteurs agricole et informel ;

– l'accélération des transferts de revenu, que ce soit en liquidités, en nourriture ou sous d'autres formes, vers les pauvres en affinant le ciblage des programmes existants ou par de nouveaux programmes ; et

– l'élargissement des bénéfices obtenus par les pauvres grâce aux programmes de santé et autres programmes connexes, en améliorant le ciblage et l'efficience des programmes existants, en modifiant la composition des dépenses publiques de santé et en introduisant la participation financière du patient chez les non pauvres.

De tels programmes peuvent être poursuivis à peu de frais par les gouvernements qui peuvent capter une partie des gains des activités génératrices de revenus, et réaliser des économies en améliorant l'efficience des programmes existants.

7. Résumé

La plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine ont subi de graves crises économiques dans la décennie 80. En réponse à ces crises, les Gouvernements ont mis en place des programmes de stabilisation, d'ajustement structurel et des réformes de politique économique. Crises et réformes ont eu des effets négatifs sur la croissance économique de ces deux régions. Ces effets négatifs furent ressentis par différents groupes de population parmi lesquels une large proportion des pauvres. Alors que les couches moins défavorisées de la population peuvent s'adapter aux baisses de revenus sans pour autant cesser de pourvoir à leurs besoins élémentaires, ces baisses conduisent à de graves détériorations d'un niveau de vie déjà précaire chez les pauvres.

Les salaires réels, moyens et minima, ont notablement baissé durant les années 80 dans les deux régions. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les baisses de salaires réels, commencées durant les années de crise, se sont poursuivies pendant les périodes d'ajustement. En Amérique latine, les programmes de stabilisation très sévères de la première moitié des années 80 ont occasionné de fortes baisses des salaires réels et une augmentation du chômage, conduisant à une prévalence accrue de la pauvreté dans les ménages urbains. Dans les zones rurales, les baisses notables de la pauvreté rencontrées pendant les années 70 furent remplacées par un niveau stable pendant la décennie 80. Bien que l'aggravation de la pauvreté pendant la décennie 80 soit d'abord apparue dans les zones urbaines, la plus grande partie de la pauvreté, en Afrique subsaharienne et en Amérique latine, se trouve dans les zones rurales.

En Afrique subsaharienne, une forte proportion des ruraux pauvres est constituée par des fermiers vivant en semi-subsistance. Moins dépendants du marché pour leur alimentation, le logement et autres besoins essentiels, ils furent en partie protégés des baisses de salaires réels et des hausses de prix alimentaires.

Les pauvres, urbains et ruraux, qui sont acheteurs nets de denrées alimentaires, ne bénéficiaient pas d'une telle protection. Les pertes pour les consommateurs urbains, pauvres compris, et les gains ou les petites pertes des ménages ruraux, en particulier les vendeurs nets de produits agricoles, semblent avoir réduit l'inégalité de revenus ville-campagne en Afrique subsaharienne. Comme en Amérique latine, alors que l'essentiel de la pauvreté continue d'être présente dans les zones rurales, l'augmentation de la pauvreté durant les années 80 s'est produite essentiellement dans les zones urbaines.

Cette augmentation dans les zones urbaines se reflète dans la prépondérance de la consommation alimentaire dans le budget, dans une baisse de la consommation alimentaire, dans une plus forte prévalence des carences alimentaires parmi les urbains pauvres et, dans certains cas, dans une augmentation de la malnutrition parmi les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire.

Les diminutions des dépenses gouvernementales de santé ont contribué à la détérioration de la santé et de la nutrition. De telles diminutions furent particulièrement graves en Amérique latine. En Afrique subsaharienne, les dépenses de santé ont diminué de 1982 à 1984 et augmenté durant la seconde moitié de la décennie. Les dépenses de santé en Afrique subsaharienne, mesurées en pourcentage des dépenses globales de l'État, nettes du paiement des intérêts, ont augmenté durant la décennie.

Bien que la baisse globale des tendances à long terme de la mortalité infantile se soit poursuivie dans les pays en développement durant les années 80, la mortalité infantile a montré une certaine sensibilité aux contraintes économiques dans plusieurs pays. De même, le statut nutritionnel s'est détérioré dans un bon nombre de pays durant ces périodes de difficultés économiques. Les effets dévastateurs des sécheresses, des guerres et des famines, et des déplacements de population qui les accompagnent ont largement éclipsé les effets des crises économiques et des réformes de santé et de nutrition dans de nombreux pays d'Afrique.

La nécessité de protéger les pauvres en période de graves difficultés économiques, parmi lesquelles celles consécutives aux réformes elles-mêmes, a récemment trouvé un écho de plus en plus large dans les instances internationales et auprès des Gouvernements. Idéalement, les réformes devraient rechercher en même temps la croissance économique durable, une amélioration de la balance des paiements, une réduction de la pauvreté et une amélioration de la santé et de la nutrition. Contrairement à la croyance de certaines personnes, ces objectifs ne sont pas nécessairement contradictoires. Des ressources humaines mieux gérées (meilleure santé, nutrition et éducation) et un meilleur accès des pauvres aux marchés et aux ressources productives, comme la terre et le capital, contribueront à la réduction de la pauvreté et de la misère tout en stimulant la croissance économique. Des réformes institutionnelles appropriées dans le régime foncier et la maîtrise des marchés sont nécessaires en même temps que des investissements dans les infrastructures urbaines et rurales, la recherche et les technologies agricoles susceptibles de réduire les coûts unitaires, la mise à disposition de crédits aux producteurs agricoles et non agricoles à faible revenu, la création d'emplois dans les secteurs public et privé et la mise en place de programmes de soins de santé primaires, de nutrition et d'éducation, ciblés sur les pauvres.

En conclusion, la décennie 80 a été dommageable pour les pauvres. Sécheresses, guerres, politiques inadéquates, institutions inadaptées et contexte économique international défavorable ont beaucoup contribué à la misère qui a frappé l'Afrique subsaharienne. La plupart des pauvres qui y ont survécu sont toujours aussi pauvres. Durant cette décennie, ils furent rejoints dans cet état de pauvreté par un nombre croissant d'habitants des zones urbaines. En Amérique

latine, les crises économiques, suivies par des programmes de stabilisation irréalistes quant aux durées, et l'accent trop important mis sur la diminution de la demande, ont contribué à augmenter pauvreté et misère humaine en particulier, mais pas exclusivement dans les zones urbaines. L'importance récemment accordée à une combinaison de réformes politiques et de programmes d'ajustement destinés à protéger les pauvres promet une croissance économique accélérée et une réduction de la pauvreté au cours des années 90. Que cette promesse devienne ou non réalité pour les pauvres dépend de la voie de développement choisie et en particulier des changements institutionnels qui amélioreront l'accès des pauvres aux marchés et aux ressources.

Références bibliographiques

Abugattas, J. & Lee, D.R. (1991) *The Economic Crisis, Policy Reforms and the Poor in Peru During the 1970s and the 1980s*. Article préparé pour le Cornell Food and Nutrition Policy Program / Centro Internacional de Agricultura Tropical Workshop on Macroeconomics Crises, Policy Reform and the Poor in Latin America, Cali, Colombie, 1 - 4 octobre.

Albanez, T., Bustelo, E., Cornia, G.A. & Jespersen, E. (1989) *Economic Decline and Child Survival : The Plight of Latin America in the Eighties* (Innocenti Occasional Papers I), Florence, UNICEF.

Banque Mondiale (1986) *Financing adjustment with Growth in Sub-Saharan Africa, 1986-90*, Washington DC.

Banque Mondiale (1987) *Madagascar : Public Expenditure Review - Phase I : Experience and Issues*, Washington DC.

Banque Mondiale (1988) *Malawi : Public Expenditure Review*, Washington DC.

Batista Filho, M. (1988) A crise e as condiçoes nutricionais des crianças no nordeste. In : Chahad, J.P. & Cervini, R., édit., *Crise e Infancia no Brasil : O Impacto das Politicas de Ajustamento Economico*, New York, UNICEF.

Becker, A. & Lechtig, A. (1986) Increasing poverty and infant mortality in the northeast of Brazil. *J. Trop. Pediatr.*

von Braun, J. & Pandya-Lorch, R. (1991a) *Income Sources of Malnourished People in Rural Areas : Microlevel Information and Policy Implications* (Working Paper on Commercialization of Agriculture and Nutrition 5), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

von Braun, J. & Pandya-Lorch, R. (1991b) Income sources of malnourished people in rural areas : a synthesis of case studies and implications for policy. In : von Braun, J. & Pandya-Lorch, R., édit., *Income Sources of Malnourished People in Rural Areas : Microlevel Information and Policy Implications* (Working Paper on Commercialization of Agriculture and Nutrition 5), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

von Braun, J.(1989) *The Importance of Non-agricultural Income Sources for the Rural Poor in Africa and Implications for Food and Nutrition Policy* (Pew/Cornell Lecture Series on Food and Nutrition Policy), Ithaca, New York, Cornell Food and Nutrition Policy Program.

von Braun, J., Puetz, D. & Webb, P. (1990) *Irrigation Technology and Commercialization of Rice in the Gambia : Effects on Income and Nutrition* (Research Report No 75), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

Caceres, M. & Murillo, S. (non daté) *La inseguridad Alimentaria en Centroamerica : Un Intento de Sintesis* (Temas de Seguridad Alimentaria 3), Panama, Comité Action Apayo Desarollo Economico Social Central America.

Carpio, J., Minujin, A. & Vinocur, P. (1990) *Infancia y Pobreza en la Argentina*, Buenos Aires, UNICEF.

Cespedes, V.H. & Ronulfo, J. (1988) *Evolucion de la Pobreza en Costa Rica* (Estudios 5), San Jose, Academia de Centroamerica.

Chhibber, A. (1989) The aggregate supply response : a survey. In : Commander, S., édit., *Structural Adjustment and Agriculture : Theory and Practice in Africa and Latin America*, Londres, Overseas Development Institute.

Congrès U.S. (1989) *Structural adjustment in Africa : Insights from the Experience of Ghana and Senegal*, Washington DC, US Government Printing Office.

Diop, F., Hill, K. & Sirageldin, I. (1991) *Economic Crisis, Structural Adjustment and Health in Africa* (Working Paper 766), New York, Banque Mondiale.

Dorosh, P.A., Bernier, R.E. & Sarris, A.H. (1990) *Macroeconomic Adjustment and the Poor : Tha Case of Madagascar* (Monograph 9), Ithaca, New York, Cornell Food and Nutrition Policy Program.

Economic Commission for Latin America (1990) *Magnitude de la Pobreza an America Latina en los Años Ochenta* (Notes Sobre la Economia y el Desarollo n°494-495).

Ecuadorian Centre of Social Research (1991) *Ecuador : Crisis, Adjustment and Social Policy in the 1980s* (Innocenti Occasional Papers, Economics Policy Series n°19), Florence, UNICEF.

Edirisinghe, N. (1987) *The Food Stamp Scheme in Sri Lanka : Costs, Benefits and Options for Modification* (Research Report 58), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

Eicher, C. (1982) Facing up to Africa's food crisis. *Foreign Affairs*, **61**(1), 151-174.

Grosh, M.E. (1990) *Social Spending in Latin America : The Story of the 1980s* (World Bank Discussion Paper 106), Washington DC, Banque Mondiale.

Hazell, P. & Haggblade, S. (1989) *Technical Progress in Agriculture and Rural Poverty*. Document préparé pour International Food Policy Research Institute/World Bank Conference on Poverty Research, Airlie House, Virginie, 25-28 octobre, Washington DC, International Food Policy Research Institute.

Hazell, P. & Roell, A. (1983) *Rural Growth Linkages : Household Expenditure Patterns in Malaysia and Nigeria* (Research Report 41), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

Jamal, V. & Weeks, J. (1988) The vanishing rural-urban gap in sub-Saharan Africa. *Int. Labour Rev.*, **127**(3), 271-292.

King, R.P. & Byerlee, D. (1987) *Income Distribution, Consumption Patterns and Consumption Linkages in Rural Sierra Leone* (African Rural Economy Paper 16), East Lansing, Michigan, Michigan State University.

Lustig, N. (1990) *The Impact of the Crisis on Living Standards in Mexico : 1982-1985*, Washington DC, The Brookings Institute.

Mellor, J.W., Delgado, C.L. & Blackie, M.J., édit. (1987) *Accelerating Food Production in Sub-Saharan Africa*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.

Musgrove, P., édit. (1988) *Economic Crisis and Health : The Experience of Five Latin American Countries in the 1980s*. Document préparé pour la 103ème Réunion du Comité Exécutif du Conseil Directeur, Washington DC, PAHO.

Organisation des Nations Unies (1990) La economía de America Latina y el Caribe en 1990. La economía internacional. Las finanzas públicas en la decada de 1980. In : *Estudio Economico de America Latina y el Caribe*, Vol.1, Santiago.

Pinstrup-Andersen, P., édit. (1988) *Food Subsidies in Developing Countries*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.

Pinstrup-Andersen, P. (1989a) The impact of macroeconomic adjustment : food security and nutrition. In : Commander, S., édit., *Structural Adjustment and Agriculture : Theory and Practice in Africa and Latin America*, London, Overseas Development Institute, pp.90-104.

Pinstrup-Andersen, P. (1989b) *Government Policy, Food Security and Nutrition in Saharan Africa* (Pew/Cornell Lecture Series on Food and Nutrition Policy), Ithaca, New York, Cornell Food and Nutrition Policy Program.

Pinstrup-Andersen, P., Dongni, Y., Zu De, X. & Ye, Y. (1990) *Changes in Incomes, Expenditures, and Food Consumption Among Rural and Urban Households in China During the Period 1978-88*. Document préparé pour International Symposium on Food, Nutrition and Social Economic Development, Beijing, 5 au 8 juin.

Pinstrup-Andersen, P., Jarmillo, M. & Stewart, F. (1987) The impact on government expenditure. In : Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F., édit., *Adjustment with a Human Face : Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Oxford, Clarendon Press, pp. 73-89.

PNUD (1991) *Human Development Report 1991*, New York, Oxford University Press

Rogers, G.R. (1986) *The Theory of Output-Income Multipliers with Consumption Linkages : An Application to Mauritania*, PhD dissertation, Madison, Wisconsin, University of Wisconsin.

Sahn, D.E. (1990a) The impact of export crop production on nutritional status in Côte d'Ivoire. *World Dev.*, **18**(12), 1635-1653.

Sahn, D.E. (1990b) *Fiscal and Exchange Rate Reforms in Africa : Considering the Impact Upon the Poor* (Monograph 4), Ithaca, New York, Cornell Food and Nutrition Policy Program.

Sahn, D.E. (1991) *Has Policy Reform Hurt the Poor in Africa ?* Document préparé pour US Agency for International Development, Bureau for Africa, Special Program of Assistance Meeting, Tokyo, Japon, Octobre, Washington DC, US Agency for International Development.

Sahn, D.E. & Sarris, A. (1991) Structural adjustment and the welfare of rural smallholders : a comparative analysis from sub-Saharan Africa. *World Bank Econ. Rev.*, **5**(2), 259-289.

Sahn, D.E., Arulpragasam, J. & Merid, L. (1990) *Poverty reform and Poverty in Malawi : A Survey of a Decade of Experience* (Monograph 7), Ithaca, New York, Cornell Food and Nutrition Policy Program.

Scobie, G.M. (1983) *Food Subsidies in Egypt : Their Impact on Foreign Exchange and Trade* (Research Report 40), Washington DC, International Food Policy Research Institute.

Simoes, C.C. (1989) Novas estimatives da mortalidade infantil - 1980-87. In : *Perfil estatistico de Crianças e Maes no Brasil : Mortalidade Infantil e Saude na Decada de 80*, IBGE.

Tinguiri, K.L. (1991) *Structural Adjustment, Growth and Human Welfare : The Case of Niger, 1982-89* (Innocenti Occasional Papers 14), Florence, UNICEF.

Wagao, J. (1990) *Adjustment Policies in Tanzania, 1981-1989 : The Impact on Growth, Structure, and Human Welfare* (Innocenti Occasional Papers n°9), Florence, UNICEF, pp. 43-47.

Weber, M., Staatz, J.M., Holtzmann, J.S., Crawford, E.W. & Bernsten, R.H. (1988) Informing food security decisions in Africa : empirical analysis and policy dialog. *Am. J. Agric. Econ.*, **70**(5), 1044-1052.

Deuxième partie
ENVIRONNEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ DANS LES PAYS LES PLUS DÉMUNIS :
ACTION ET PRATIQUE

Chapitre 4

FONDS D'URGENCE SOCIALE ET D'INVESTISSEMENT EN AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

A.C.C. Campino

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour les Amériques, OPS, Washington, DC, USA

Introduction

Les crises subies par de nombreuses économies d'Amérique latine et des Caraïbes dans les années 80 et pendant les ajustements subséquents, ont eu des conséquences négatives sur les pauvres et ont même créé une classe de « nouveaux pauvres ». Le résultat commun à ces processus fut également négatif pour le secteur de la santé, dès lors qu'ils augmentaient la demande pour des services de santé tout en réduisant le montant des ressources disponibles pour ce secteur.

Ce chapitre contient une analyse du processus d'ajustement suivie d'une étude sur les fonds d'urgences sociales, considérés comme une alternative de financement à la disposition des pays de la Région[1]. Les résultats des fonds d'urgences sociales pour le secteur de la santé sont analysés à la lumière des résultats d'une étude récente conduite par OPS/OMS (1992).

1. Économie politique des crises et processus d'ajustement structurel : Qui en a souffert ? Qui en a bénéficié ?

Les principales conséquences des crises subies par les économies des pays d'Amérique latine et des Caraïbes après 1982 sont :

(i) une augmentation du déficit courant et un épuisement des réserves monétaires étrangères ;

(ii) une augmentation du déficit fiscal ;

(iii) des taux croissants de chômage et de sous-emploi, et

(iv) des taux d'inflation élevés.

Il en résulte que de nombreux pays de la Région ont adopté une série de réformes macro-économiques destinées à inverser les tendances du début des

1. Bien sûr, une des autres sources possibles de financement du secteur de la santé consisterait à réduire les coûts de la santé en augmentant l'efficacité du secteur. Cette solution n'est pas étudiée dans ce chapitre.

années 80 par le rétablissement de leurs balances intérieure et extérieure. « Stabilisation » et « ajustement structurel » sont les termes couramment utilisés pour désigner ces différentes politiques qui incluent un ou plusieurs des points suivants :

(i) dévaluation de la monnaie ;

(ii) réduction des dépenses de l'État dans le cadre d'une politique d'austérité fiscale ;

(iii) libéralisation du marché intérieur des produits et facteurs de production ;

(iv) mise en place de réformes visant, en général, à la privatisation d'activités appartenant au secteur public, et

(v) diminution ou gel des salaires réels.

L'effet de ces politiques varie selon la gravité des déséquilibres existants, la structure économique des pays et la conception des programmes. Les politiques d'ajustement structurel ont, potentiellement, des impacts très divers sur les différentes catégories de population. Afin d'anticiper les effets de ces macro-politiques, la manière dont elles influent sur les familles, en particulier à travers leurs revenus et les prix, doit être parfaitement comprise.

La dévaluation monétaire et les mesures de promotion des exportations font grimper le prix, en monnaie locale, des biens d'exportation et baisser le prix relatif des biens non négociables. Selon Zuckerman (1989), fermiers, fabricants et producteurs de biens négociables devraient bénéficier de ces mesures ; les fermiers producteurs de biens non marchands telle la cassave, et les personnes engagées dans des activités « non marchandes » comme la construction, les services et le secteur informel, sont directement touchés. Cette stratégie peut donner des prix alimentaires plus élevés, soit par pénurie de denrées alimentaires sur le marché local, soit par augmentation du prix des intrants agricoles, tels les engrais (Zuckerman, 1989, p.12). L'augmentation des prix alimentaires a divers effets sur les différents types de ménages. Les revenus des petits exploitants agricoles engagés dans la production de denrées marchandes pourraient augmenter, en particulier lorsque les prix à la production maintenus artificiellement bas augmentent brusquement. La hausse des prix à la production pour les denrées agricoles peut, mais pas nécessairement, augmenter le revenu réel du ménage dans les zones rurales. Pour les petites familles de fermiers qui achètent la plus grande partie de leur nourriture, la hausse du revenu peut être contrebalancée par des prix plus élevés sur le marché des denrées alimentaires. Au Honduras, les petits fermiers qui vivent en semi-subsistance ont vu leurs revenus réels diminuer à la suite d'une augmentation, de la part du Gouvernement, des prix à la production (Norton *et al.*, 1987).

La libéralisation des prix et l'abandon des subventions peuvent avoir des conséquences graves pour les pauvres, en raison de l'augmentation des prix des services publics, des transports et des denrées alimentaires. La fin des subventions sur les intrants agricoles peut affecter à la fois les producteurs ruraux pauvres et les pauvres urbains car elle augmente inévitablement le prix relatif des denrées alimentaires. Une hausse du prix de l'essence, généralement plus ressentie par les classes moyennes que par les pauvres, a un effet négatif plus général dans les pays d'Amérique latine, car elle est source de pression inflationniste. Zuckerman (1989, p.12) explique que les augmentations du prix de l'essence affectent moins les pauvres que les autres. On doit noter que la plupart des études ont mis en évidence que les subventions non ciblées sont des outils relativement inefficaces pour toucher les plus démunis. En réalité, les groupes à revenu moyen, qui sont politiquement mieux organisés, tendent à s'approprier une large part des

subventions, de sorte que l'abandon de ces dernières, dans ces circonstances, peut n'avoir qu'un impact minimal sur les pauvres.

Les réductions de personnel et/ou de salaire dans le secteur public ont des effets négatifs sur les employés de ce secteur qui, soit voient baisser leurs salaires en termes réels, soit se retrouvent sans travail et sans revenu (Zuckerman, 1989). Ces mesures sont également préjudiciables pour l'ensemble de la population car elles provoquent une baisse quantitative et qualitative des services publics disponibles.

Les réductions de dépenses dans le secteur public de la santé et/ou un recouvrement des coûts plus important frappent durement tous les groupes de revenu. Les pauvres en souffrent car, généralement, ils n'ont pas les moyens de se retourner vers des services de substitution, que ce soit dans l'éducation ou la santé. L'impact de ces économies sur les pauvres dépend néanmoins de la priorité qu'on accorde à leur fournir les services appropriés.

Behrman (1988) a montré que les effets de ces mesures sur un groupe particulier dépend de l'intensité relative de facteurs et de la propension marginale relative à consommer, autant que de la possibilité de mobilité des facteurs dans les secteurs formel et informel de l'économie.

2. Crise et ajustement : conséquences dans le secteur de la santé

La crise des années 80 s'est traduite, pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, par une baisse de 9,6% de leur produit national brut par tête, de 1981 à 1990, ce qui correspond à une baisse annuelle de 0,92% (Commission économique pour l'Amérique latine, 1991). Cette paupérisation des pays de la Région et leurs tentatives d'ajustement de leurs économies qui visent à relancer leur croissance ont impliqué des changements de certaines variables macro-économiques. L'objet de cette section est de décrire ces changements et d'en étudier les implications pour le secteur de la santé.

J'ai choisi d'illustrer les modifications des variables macro-économiques par l'examen de la structure des comptes nationaux, tant du côté production que du côté paiement des facteurs, et en vérifiant quels changements sont intervenus de part et d'autre dans les éléments constitutifs des comptes nationaux et en évaluant l'effet sur le secteur de la santé. L'information est résumée dans le tableau 1.

Les modifications apparues dans le domaine de la production ont impliqué une réduction de la dépense de consommation. Dans la santé, cette réduction s'est opérée dans les dépenses privées, en termes de dépenses sur les soins hospitaliers, les services des médecins et l'emploi des médicaments. Il s'est également produit une réduction simultanée de l'investissement privé dans l'économie, qui a conduit à une réduction de la construction des hôpitaux et dispensaires et à un coup de frein sur le remplacement des équipements. L'équipement existant a continué de se détériorer, le budget consacré à la maintenance étant faible voire inexistant.

Tableau 1. Conséquence du comportement des variables macro-économiques sur le secteur de la santé

Production	Comptes	Paiements des facteurs	Comptes
Variables macro-économiques	Impact sur la santé	Variables macro-économiques	Impact sur la santé
C ⇓	Cp pour la santé ⇓ Impôts indirects	W ⇓	Contributions de sécurité sociale ⇓ Impôts directs ⇓
I ⇓	Ip sur la santé ⇓	Intérêt	?
G ⇓	Ig dans la santé ⇓ Cg dans la santé ⇓	Bénéfices ⇓	Impôts directs ⇓
⇑			
X ⇑	X de la santé ⇑	Loyer	?
M ⇓	M des intrants sanitaires ⇓		

C : dépenses de consommation ; p : privé ; W : salaires ; I : investissement ; G : dépenses publiques ; g : État ; X : exportations ; M : importations

La réduction des dépenses de l'État a impliqué un déclin de l'investissement public et de la couverture des coûts de fonctionnement dans la santé. Le processus de détérioration de l'investissement public se trouva être le même que celui de l'investissement privé. Les salaires du secteur public sont peut-être plus difficiles à comprimer et la réduction des dépenses de fonctionnement de l'État a donc été complètement supportée par des intrants comme les médicaments.

L'ajustement par le secteur extérieur de l'économie impliquait une réduction des importations au travers de mécanismes comme la dévaluation de la monnaie et les quotas d'importation. Dans le secteur de la santé, cela signifiait une réduction des importations d'équipements, de pièces détachées pour les équipements existants et de médicaments. La volonté d'accroître les exportations qui caractérise le processus d'ajustement dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes n'a pas eu d'impact marqué sur le secteur de la santé dans la plupart des pays de la Région, puisqu'à peine deux ou trois d'entre eux exportent du matériel médical et/ou des services de santé. A Cuba seulement, cette volonté d'exportation a dynamisé réellement le secteur de la santé. Cuba exporte de l'équipement médical, de la technologie de maintenance des équipements médicaux et des services de santé ; selon les autorités cubaines, le secteur santé importe pour environ 100 millions de dollars US et exporte environ 160 millions de dollars US annuellement.

En ce qui concerne le paiement des facteurs de production, la crise et le processus d'ajustement se traduisent par une réduction des salaires dans le secteur

formel et une augmentation de la proportion de la population employée dans le secteur informel. La conséquence a été une plus faible contribution des travailleurs aux programmes publics de sécurité sociale. L'augmentation du chômage a amené une réduction supplémentaire des contributions de sécurité sociale et une augmentation de la demande en matière de services publics de santé de la part d'ex-actifs ; cette demande avait précédemment fait appel aux services privés et avait également participé financièrement aux systèmes d'assurance sociale privés. L'un et l'autre de ces mécanismes — réduction des salaires et chômage — ont eu une autre conséquence : une diminution des recettes de l'impôt sur le revenu. Il n'est guère possible de déterminer avec précision ce qui est arrivé aux intérêts et aux rentes, mais la réduction des profits a incontestablement diminué le produit des impôts directs.

En ce qui concerne les recettes de l'État, la chute du niveau d'activité économique s'est traduite par une réduction du montant global des impôts collectés, que ce soit en termes d'impôts directs, du fait de la réduction des salaires et des bénéfices, ou d'impôts indirects, par une réduction de la consommation. Les recettes fiscales moins importantes ont entraîné une réduction des dépenses gouvernementales dans tous les domaines, en particulier celui de la santé. Toute tentative de maintenir le niveau d'activité du secteur public en accroissant le déficit était interdit par le programme d'ajustement lui-même. En outre, le besoin de réduire le déficit existant a permis de faire de plus grandes économies dans les dépenses publiques.

Il a été noté que ce cadre théorique constituait une image réaliste de ce qui s'est produit dans les pays de la Région. Dans un rapport réalisé pour l'OPS, Musgrove (1990) a évalué les conséquences de la crise et de l'ajustement dans cinq pays latino-américains — le Brésil, l'Équateur, le Honduras, le Mexique et l'Uruguay — durant les années 80. Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

(i) les dépenses de santé ont eu un comportement « pro-cyclique » : durant « les périodes d'essor économique, les ressources consacrées à la santé ont augmenté au même rythme que les autres éléments de la dépense publique, ou même plus rapidement ; lorsque la crise est arrivée les dépenses de santé ont souffert dans les mêmes proportions », ce qui compromet la capacité du secteur public à protéger les plus vulnérables ;

(ii) les dépenses de santé ont décru dans la même proportion que les dépenses dans les autres secteurs sociaux, en d'autres termes la santé n'a pas été le seul secteur pénalisé. Ce processus aura toutefois des conséquences à long terme, dans la mesure où l'investissement a été pratiquement réduit à zéro et les dépenses de médecine curative ont été maintenues, au prix d'une réduction des activités préventives ;

(iii) la diminution de la masse salariale globale a été obtenue par une réduction des salaires réels tout en conservant l'emploi dans le secteur ;

(iv) la crise économique a également affecté les variables de production telles que la disponibilité des lits d'hôpitaux, mais aucun effet n'a été observé sur l'état de santé de la population. Les seuls indicateurs révélant des effets négatifs sur la santé de la population ont été une augmentation de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance au Brésil et au Mexique et une augmentation de la mortalité due à des maladies diarrhéiques dans ce dernier pays.

Ces résultats méritent quelques commentaires supplémentaires. En premier lieu, en ce qui concerne l'évolution des dépenses de santé, Musgrove fait remarquer qu'une réduction peut, en soi, ne pas affecter les pauvres si elle est accompagnée de

mesures destinées à augmenter l'efficacité des dépenses et à distribuer plus équitablement les services. Des gains d'efficacité semblent s'être produits au Chili où la réduction des dépenses de santé s'est accompagnée d'une réorganisation du secteur.

Les données présentées par Musgrove tendent à mettre en valeur la partie « offre » de l'équation. Il est raisonnable d'imaginer que la compression des dépenses publiques affectera l'accès des familles aux soins de santé et autres services sociaux. De plus, compte tenu de la perte de pouvoir d'achat de larges segments de la population urbaine, il est permis de penser que certains ménages ne pourront plus assumer financièrement le type de soins dont ils ont besoin. Malheureusement, les données sur la demande de santé au niveau des ménages — et en particulier de données longitudinales — sont très rares.

3. Les fonds d'urgence sociale comme sources possibles de ressources additionnelles pour le secteur de la santé

3.1. Fonds d'urgence sociale – caractéristiques et principes

Les fonds d'urgence sociale sont des instances spécialisées dans la mobilisation de ressources pour le financement de programmes sociaux tels les programmes de secours, les programmes d'aide sociale et de réduction de la pauvreté, les projets d'investissement dans l'éducation, mais aussi la santé, l'hygiène et le développement rural (Suarez, 1992). Les fonds de secours ont été créés en réponse aux programmes d'ajustement. Leur création montre clairement que les mesures économiques adoptées ont engendré du chômage et ont aggravé le niveau de vie déjà précaire des segments les plus défavorisés de la population. L'ajustement a également créé, dans son sillage, une classe de « nouveaux pauvres » constituée d'ex-employés du secteur public, d'anciens ouvriers et d'anciens membres de la classe moyenne ayant perdu leur emploi et/ou leur petite entreprise à la suite de la récession.

Ce scénario peut être considéré comme l'hypothèse implicite qui a mené à la création des fonds de secours. Suarez (1992) a également émis l'hypothèse que la création de tels fonds reflète la double conscience des responsables politiques quant aux conséquences négatives des ajustements structurels sur la répartition et aux solutions pour les neutraliser. Ils ont par conséquent conçu des programmes de compensation destinés aux pauvres, tant « nouveaux » que « structurels » paupérisés par le processus d'ajustement. L'objectif des fonds d'urgence sociale était de créer de nouveaux programmes pouvant générer rapidement, bien qu'à court terme, des emplois nouveaux. Si ces programmes pouvaient également créer une capacité supplémentaire pour la fourniture de services dans les secteurs sociaux, le bénéfice global en serait d'autant plus important, mais leur but principal était d'éviter l'agitation sociale qui risquait de répondre aux mesures économiques adoptées dans le processus d'ajustement.

Les fonds d'urgence sociale ont été conçus comme une solution provisoire. Théoriquement, ils devaient être démantelés dès que le rétablissement économique avait commencé à se faire sentir. Le déroulement imaginé par les concepteurs de ces fonds se présentait ainsi :

Situation :	Crise/Ajustement	——>	Rétablissement	——> Croissance
Réponse :	Fond d'urgence sociale		Fond d'investissement social	

De cette manière, les fonds d'urgence sociale sont mis en place à l'occasion d'une phase cruciale de l'ajustement ; mais une fois le processus de rétablissement amorcé, ils sont remplacés par des fonds d'investissement social, qui sont à leur tour démantelés dès que la croissance réapparaît. Le passage du fonds d'urgence sociale au fonds d'investissement social est bien plus qu'une question de terminologie, car les fonds d'investissement servent à financer des projets axés sur une meilleure conception des investissements dont les objectifs et la faisabilité sont examinés avec le plus grand soin.

Une caractéristique importante des fonds d'urgence et d'investissement social est que tous deux court-circuitent le secteur public et agissent directement via et avec les Organisations non gouvernementales. Cette distinction est capitale dans toute évaluation de ces fonds et est soigneusement étudiée à la fin de ce chapitre. Suarez (1992) a caractérisé les différences entre les deux fonds en tenant compte de leur population-cible, de leur type et de leur durée. Les programmes soutenus par les fonds d'urgence sociale sont des programmes de compensation à court terme qui peuvent être mis en place très facilement, tandis que ceux soutenus par les fonds d'investissement ressemblent aux programmes d'investissement traditionnels dans le secteur social. La population-cible des programmes fondés sur les fonds d'urgence sociale est constituée des groupes touchés par la crise et les programmes d'ajustement structurel, tandis que les fonds d'investissement social soutiennent des programmes à long terme et des projets visant l'amélioration de l'efficacité et de la redistribution des services sociaux. Dans cette perspective, ils sont associés à la lutte contre les causes structurelles de la pauvreté dans les pays en développement.

3.2. Impact sur le secteur de la santé : évaluation de l'OPS

En 1991, un document était préparé par l'OPS/OMS (1992). Ce document établissait une évaluation des fonds d'urgence et d'investissement. Ses buts étaient les suivants : identification des objectifs, détermination des types de programmes financés et prévision des problèmes associés à leur mise en œuvre à l'échelon institutionnel. Le tableau 2 présente un résumé des programmes compris dans cette étude.

3.2.1. Choix des pays pour l'étude de l'OPS

La Bolivie et le Costa Rica constituaient des choix évidents car ces deux pays commencèrent à développer leurs fonds d'urgence sociale et leurs programmes sociaux de compensation pendant les programmes d'ajustement économique. Le plan national de compensation sociale du Costa Rica mis en œuvre en 1983-1984 fut le premier du genre. Il était le seul programme de cette étude à avoir été fondé exclusivement sur des ressources locales générées par une surtaxe sur les importations. Le programme bolivien a été étudié car il est considéré comme un modèle pour d'autres fonds sociaux d'urgence pour la Région mais aussi ailleurs. Le bref programme péruvien, qui n'a duré que d'août à décembre 1990, a été choisi car il illustre parfaitement les problèmes rencontrés au cours des programmes de compensation improvisés et mis en œuvre dans un contexte de stabilisation particulièrement rigoureux. Les autres pays (Guatemala, Honduras, Jamaïque et Nicaragua) n'avaient qu'une expérience limitée des fonds d'urgence sociale lorsque l'étude de l'OPS fut entreprise (décembre 1990) et sont encore en pleine phase de mise en œuvre. En fait, le fonds d'investissement social du Guatemala a avorté lorsque le Gouvernement actuel prit le pouvoir en 1991 ; toutefois, ce chapitre fait référence à la stratégie adoptée lors de la planification du Fonds.

Tableau 2. Fonds sociaux et programmes de compensation compris dans l'étude de l'OPS

Pays	Programme	Durée	Estimation des engagés (millions US$)
Bolivie	Fonds d'urgence sociale	1987-90	190,0
Costa Rica	Programme national de compensation sociale	1983-84	24,0[a]
	Programme de promotion sociale	1990-94	
Guatemala	Fonds d'investissement social	1991-93	95,3
Honduras	Fonds hondurien d'investissement social	Mars 1990-Mars 1993	85,6
Jamaïque	Programme de développement des ressources humaines (fonds de lancement)	1990-95	67,0
	Programme de soutien économique et social	1990 (court terme)	
Nicaragua	Fonds social d'investissement d'urgence	Nov 1990	14,8
	Programme social d'urgence	1990	80,8
Pérou	Programme de compensation sociale d'urgence	Août-Déc 1990	—

Source : OPS/OMS (1992).
a : selon Villasuso (1992).

Il est intéressant de noter que durant la phase de mise en œuvre, la distinction entre « pauvre structurel » et « nouveau pauvre » devenait sans objet au niveau purement opérationnel. En conséquence, presque toutes les tentatives pour cibler l'un ou l'autre de ces groupes ont été abandonnées car il devenait clair que la population-cible était les groupes à plus faibles revenus (Suarez, 1992).

3.2.2. Justification et mise en œuvre

Paradoxalement, la justification selon laquelle les programmes sont conçus comme une mesure d'allégement de la pauvreté chronique est absente de tous les fonds d'urgence sociale. Dans le cas de la Bolivie, Jorgensen *et al.* (1991) ont déclaré que « ...de toute évidence, le fonds d'urgence sociale n'était pas une tentative pour identifier le coût social des programmes d'ajustement, ni pour diriger ses bienfaits vers les personnes directement touchées par les mesures d'austérité. Pendant ce temps, les agences de coopération extérieure impliquées dans le fonds d'urgence sociale ont choisi de le considérer comme un programme ayant un rapport avec le coût social de l'ajustement, ce qui n'était pas du tout ce que les promoteurs du fonds avaient en tête ». De même, Suarez (1992, p .25, citant Gonzales, 1991) a rapporté que dans le cas du Nicaragua, le fonds d'urgence sociale avait des visées plus générales, telles que « ...contribuer à une meilleure répartition du revenu via la mise en œuvre de projets à forte intensité en travail...améliorer les revenus et éviter la croissance du chômage au travers de petits projets d'infrastructure économique et sociale destinés à soutenir la

production ». Une situation semblable s'est manifestée au Guatemala, où le fonds d'investissement social a été perçu comme « ...un programme permanent d'investissement dans les régions les plus défavorisées du pays ».

La grande majorité des fonds d'urgence sociale ont été créés comme partie intégrante des nouvelles politiques économiques introduites par de nouveaux Gouvernements. Ce fut le cas de tous les pays étudiés dans le rapport de l'OPS, à l'exception de la Jamaïque et du Guatemala ; dans ce dernier cas, l'exception vient de ce que le nouveau Gouvernement — qui a pris le pouvoir en 1991 — a rejeté le fonds d'investissement social dans l'intention d'en créer un nouveau fonctionnant avec de nouvelles règles.

Les politiques et les types de gestion des fonds sociaux ont généralement été définis au plus haut niveau de l'État. Au Nicaragua, par exemple, le fonds est géré par le Secrétariat aux Affaires sociales, membre du secrétariat spécial du Président ; en Bolivie, le fonds est géré par un ministre.

Le Costa Rica est le seul pays dans lequel le fonds repose sur un ministère spécifique. Dans les autres pays, de nouvelles institutions ont été créées et des Organisations non gouvernementales ont été très largement utilisées comme agences exécutives. Cette politique a donné naissance à de sévères critiques de la gestion et du fonctionnement des fonds d'urgence sociale : les directeurs ont souvent mené leur affaire sans aucune considération pour les plans à très long terme du secteur public et sans assurance de coordination entre les Organisations non gouvernementales impliquées. En Bolivie, le principal souci des phases initiales a clairement été celui d'un débours rapide des liquidités plutôt que la qualité ou le bien-fondé des programmes. Cette question est abordée en détail plus loin.

Les principales zones d'intervention choisies pour les programmes variaient selon les particularités nationales. Les programmes qui bénéficiaient des fonds d'urgence sociale sont très hétérogènes mais peuvent cependant être classés en trois catégories : (i) les programmes de transfert direct pour la fourniture de biens et de services ; (ii) les programmes destinés à créer une infrastructure génératrice d'emplois et capable d'accroître la capacité de production des services sociaux de base ; et (iii) les programmes de formation pour les individus au chômage à cause des programmes d'ajustement (Suarez, 1992, p.34).

Les programmes dont le but est la fourniture directe de biens et de services comprennent la distribution des repas scolaires et communautaires, les restaurants populaires et autres activités similaires. Ils comprennent également les services éducatifs et sanitaires, la distribution de livres aux écoles et jardins d'enfants, ainsi que des programmes de surveillance médicale et de vaccination. Les programmes destinés à créer une infrastructure comprennent les investissements dans la construction, l'entretien et la réhabilitation d'écoles, les centres de santé et le logement, mais encore le soutien aux activités économiques telles que les transports, la réhabilitation de terres agricoles, la petite production industrielle et enfin le crédit aux petits producteurs des zones rurales et les programmes d'irrigation. La plupart de ces programmes mettait l'accent sur la mise en place d'une infrastructure économique et sociale. Seuls les programmes du Costa Rica, du Pérou et, dans une moindre mesure, de la Bolivie, comportaient un important volet de distribution de denrées alimentaires et de fourniture de services sociaux (Suarez, 1992). L'investissement dans la formation des ressources humaines a constitué le volet le plus important du programme jamaïcain.

Une fois la phase de mise en œuvre terminée, l'importance des programmes directs a été notablement réduite. En Bolivie, bien que 25% des ressources du fonds d'urgence sociale aient été alloués aux programmes directs, moins de 10% y sont effectivement entrés (Jorgensen *et al.*, 1991) ; il en a été de même au Costa

Rica (Villasuso, 1992). Les principales raisons de ce défaut d'exécution sont les difficultés opérationnelles, le manque d'information et la faiblesse des institutions, tant publiques que privées, qui ont développé les programmes (Suarez, 1992).

3.2.3. Financement

Le niveau de revenu d'un pays semble être un facteur déterminant de son accès aux fonds concessionnels versés par les donateurs bilatéraux pour soutenir les programmes sociaux. Les petits pays et les pays dont les revenus par tête sont inférieurs à 500 US$ sont les premiers candidats de ce type de financement, comme le confirme l'expérience de la Bolivie et des pays d'Amérique centrale. Ainsi, les grands pays dont le revenu par tête est plus élevé, comme le Brésil, le Chili, la Colombie, le Mexique et le Venezuela, ont peu de chances d'obtenir des fonds des agences de coopération internationales et devront donc financer ces programmes de manière autonome. C'est la raison pour laquelle le Mexique a créé un fonds d'urgence sociale, le *Programa Nacional de Solidaridad*, à partir de ressources propres prélevées sur les budgets réguliers d'agences gouvernementales et de ressources engendrées par une renégociation de ses dettes auprès de banques privées, sous l'égide du Plan Brady. Les ressources de ce programme s'élèvent annuellement à 1,8 milliard de US$.

3.3. L'importance de la composante santé dans les fonds d'urgence sociale

Le tableau 3 a été dressé en se basant sur la 2ème partie du document de l'OPS *Fondos y Programas de Compensacion Social* (OPS/OMS, 1992) afin d'évaluer l'importance relative de l'élément santé dans les fonds d'urgence sociale. Les dépenses alimentaires ont été considérées comme faisant partie du secteur santé, compte tenu de l'importance d'un régime alimentaire sain dans l'état de santé d'une population. Au Pérou, si l'on considère tous les programmes alimentaires ou nutritionnels comme des programmes de santé, l'élément santé représente 81% des dépenses globales. Si le programme de repas scolaires et de restaurants populaires était exclu des programmes de santé, l'élément santé ne représenterait plus que 29% des dépenses totales du fonds d'urgence sociale dans ce pays.

Les dépenses du fonds d'urgence sociale pour la santé varient de 1,15 million de dollars US au Nicaragua (fonds social d'investissement d'urgence) à 37,6 millions de dollars US en Bolivie. En termes relatifs, l'élément santé varie de 7,8% (fonds social d'investissement d'urgence, Nicaragua) à 38,3% (Jamaïque) des dépenses globales des fonds d'urgence sociale, hormis les exceptions déjà citées. Les raisons de cette proportion relativement faible sont le manque d'information, les difficultés opérationnelles et la faiblesse des institutions privées et publiques impliquées dans les secteurs sociaux comme nous l'avons vu plus haut.

Tableau 3. Importance relative du secteur santé dans quelques fonds d'urgence sociale

Pays	Dépenses des fonds sociaux d'urgence			Observations
	Santé (millions de US$)	Total (millions de US$)	Santé/total (%)	
Bolivie	37,6	138,6	27,1	
Costa Rica	3,19	24,02	13,2	Santé
	6,37	24,02	26,5	Santé et alimentation
Guatemala	ND	95,3		
Honduras	6,8	19,65	34,7	Jusqu'en décembre 1990
				Santé et alimentation
Jamaïque	25,7	67,0	38,3	
Nicaragua	1,15	14,8	7,8	Fonds social d'investissement d'urgence : infrastructure sociale et nutrition
	44,8	80,8	55,4	Programme social d'urgence : soins de santé primaires et nutrition
Pérou	3,8	90,7	4,2	Santé
	73,4	90,7	81,0	Santé et alimentation (1)
	29,0	90,7	32,0	Santé et alimentation (2)

Source : OPS/OMS (1992), IIème partie, rapports pays.
ND : non disponible.

Un autre moyen d'évaluer l'importance relative des programmes de santé dans les dépenses des fonds d'urgence sociale est de comparer le montant en dollars US dépensé sur ces programmes et le budget général du secteur de la santé (Tableau 4). Les fonds dépensés annuellement pour la santé à partir des fonds d'urgence sociale ont varié de 1 987 millions de dollars US au Costa Rica à 29 millions au Pérou. Si nous laissons de côté le cas exceptionnel du Pérou, où le fonds d'urgence sociale n'a duré que 6 mois, le seul pays dans lequel une proportion significative du fonds d'urgence sociale a été consacrée à la santé fut la Bolivie.

L'expérience de la Bolivie indique l'importance de l'évaluation de la capacité financière des institutions et communautés bénéficiaires de manière à voir dans quelle mesure le projet est viable. Le défaut ou la trop faible capacité financière implique que le programme ne pourra se poursuivre une fois les ressources du fonds dépensées, de sorte que la population bénéficiaire se retrouvera livrée à elle-même. Si les programmes étaient conduits en coordination avec le secteur public, les ministères de tutelle pourraient estimer les coûts supplémentaires associés au suivi d'un projet et pourraient ainsi budgétiser les ressources nécessaires. Suarez (1992) a recommandé l'introduction de ressources budgétaires suffisantes pour le suivi d'un programme comme critère de présélection des programmes bénéficiaires.

L'efficacité de la plupart des programmes pourrait être améliorée en ciblant des populations spécifiques, en étudiant des « cartes de la pauvreté » généralement disponibles dans la plupart des pays de la région. Les données recueillies dans les évaluations nationales indiquent que seul au Costa Rica, les programmes ont été ciblés sur les segments les plus démunis de la population. Suarez (1992, p. 26)

remarque que dans ce pays, les responsables du choix du projet avaient été chargés auparavant de définir la carte de la pauvreté utilisée comme instrument de travail. En Bolivie, on a mis l'accent, au moins dans la première phase du fonds d'urgence sociale, sur l'exécution budgétaire plus que sur le repérage des plus démunis. Au Honduras, un examen des cartes de la pauvreté à l'échelon provincial et de l'affectation des ressources du fonds ne laisse entrevoir aucun doute sur l'importance qui doit être accordée au repérage de la population que l'on veut toucher. Un rapport préparé pour l'étude de l'OPS permet de superposer la répartition régionale des ressources du fonds social d'urgence et la répartition de la pauvreté et ainsi de vérifier l'existence de grandes disparités.

Tableau 4. Sommes relatives consacrées à la santé dans les fonds d'urgence sociale et les fonds d'investissement social

Pays	FUS Santé (millions de US$)	Années	FUS Santé/année (millions de US$)	Total santé (millions (%) de US$)	FUS, Santé/total
Bolivie	37,60	1987-91[a]	9,40	11,8	79,660
Costa Rica	3,19	1983-84	1,60	246,4	0,647
Guatemala[b]	ND	0	ND	57,9	ND
Honduras	6,80	1991-93	2,27	94,1	2,410
Jamaïque	25,70	1990-95	4,28	53,2	8,050
Nicaragua	1,15-44,80	ND	ND	338,4[c]	ND
Pérou	29,00	1990[d]	29,00	12,720	12,720

Source : OPS/OMS (1992) ; OPS (différentes années) ; Banque Mondiale (différentes années) ; FUS, fonds d'urgence sociale.

a : Quatre années ; b : Le programme fut interrompu à l'occasion de l'arrivée d'un nouveau Gouvernement ; c : Sur la base d'une dépense déclarée de 90 US$ per capita ; d : Août à décembre 1990.

Le fait de ne pas cibler les plus démunis soulève un autre problème lié aux fonds d'urgence sociale : leur impact en termes d'équité. Ces programmes qui ont des objectifs à court terme affecte l'équité ; en effet, la sélection de projets à petite échelle et à large visibilité politique, pouvant être mis en place dans des délais très courts, ne permet que de très rapides débours de ressources et ne garantit pas que les bénéfices du projet iront aux plus nécessiteux, ni que les projets auront le meilleur rendement social (Suarez, 1992).

Dans la mise en œuvre des fonds d'urgence sociale, on a ainsi accordé plus d'importance à l'efficience qu'à l'efficacité. Leur efficience est reflétée dans la capacité à financer de petits projets mettant en œuvre une technologie simple et une main d'œuvre importante. Ils accélèrent le processus de création d'emplois, ce qui fournit un revenu aux personnes directement impliquées dans les projets. Les projets de fonds d'urgence sociale accroissent également la disponibilité des biens et services nécessaires à la satisfaction des besoins élémentaires des franges les plus pauvres de la population en développant une meilleure infrastructure économique et sociale. L'efficience n'entraîne pas, cependant, nécessairement l'équité. En fait, l'amélioration de l'efficience de ces programmes réduit même le degré d'équité. Certains responsables de programmes ont plus prôné les gains d'efficience car ils étaient plus faciles à atteindre que les gains en matière d'équité. Autrement dit, les programmes efficients ne touchent pas nécessairement les plus

démunis parmi les pauvres. D'où la critique selon laquelle les critères de choix des fonds d'urgence sociale vont vers les projets à petite échelle plutôt que vers les projets à grande échelle, dont les taux de rendement social sont pourtant plus élevés (Suarez, 1992).

Dès le départ, les programmes n'ayant clairement défini ni leurs objectifs ni les indicateurs à surveiller, se sont trouvés confrontés à un grave obstacle lorsqu'il s'est agi d'évaluer leurs « résultats ». En l'absence d'objectifs prédéfinis, il a été impossible d'évaluer l'impact des programmes sur la situation sanitaire et sur le bien-être social, que ce soit des pauvres chroniques ou des « nouveaux » pauvres.

Les fonds d'urgence sociale ont généralement échappé aux structures institutionnelles traditionnelles du secteur public, sauf au Costa Rica où le fonds a été géré par la *Comision Nacional de Emergencia de Costa Rica*. En Bolivie, le fonds a été administré par une institution complètement indépendante et n'a exigé qu'une très faible participation du secteur public. Au Honduras et au Nicaragua, une tentative a été faite pour équilibrer la participation du secteur public dans la gestion des fonds. Cette indépendance des fonds face aux institutions traditionnelles du secteur public est souvent une source de conflits au sujet de qui est habilité à définir les projets, et engendre des jalousies au sujet des niveaux de rémunération. Ces deux problèmes ont souvent fini par entraver une coopération institutionnelle dont on avait pourtant le plus grand besoin. L'analyse de Pollack et Wurgaft (1990) sur l'expérience bolivienne souligne que le fonds d'urgence sociale ne faisait pas partie d'une politique sociale globale et ne faisait que répondre aux demandes engendrées par l'ajustement structurel. Le résultat a été que les besoins nouveaux mais bien réels des populations pauvres et paupérisées, n'ont reçu aucune priorité. Un tel manque de coordination compromet la capacité à présenter des projets mieux conçus et plus durables.

La littérature sur la manière de concevoir les programmes montre qu'une stratégie peut être plus efficace à court qu'à long terme. Il y a donc un arbitrage dans le temps, par lequel la recherche d'une politique à court terme mènerait à choisir une politique moins efficace à long terme. Cette situation est précisément celle qui correspond aux procédures adoptées par les gestionnaires des fonds d'urgence sociale : ils choisissent une stratégie avec pour objectif d'éviter le secteur public — mise en œuvre de projets par les seules Organisations non gouvernementales et choix de projets qui demandent une main d'œuvre importante, avec un faible apport technologique et une mise en place rapide. Bien qu'efficace à court terme, cette stratégie n'est pas adaptée à une action à long terme car elle ne garantit jamais la viabilité des projets ni n'assure que ceux qui ont été choisis offrent le meilleur rendement social. En fin de compte, les stratégies à court terme ne résolvent pas le problème fondamental de nombre de ces pays, à savoir : comment augmenter l'efficience et l'efficacité du secteur public.

Ce dernier point mérite que l'on s'y arrête un instant. Dans les années 70, plusieurs pays d'Amérique latine ont traité ce problème en créant des fondations publiques ayant certaines des caractéristiques des institutions qui administrent actuellement les fonds d'urgence sociale comme la grande flexibilité dans les conditions d'embauche, y compris la fixation des niveaux de salaires. Une étude de l'administration des pays d'Amérique latine aujourd'hui — 20 ans plus tard — montre qu'il existe de nombreuses fondations de ce type. Au Brésil seulement, on en comptait plus de 500. Il n'est pas surprenant qu'elles se trouvent confrontées aujourd'hui aux mêmes problèmes que le « secteur public traditionnel », tel qu'une pléthore de personnel inefficace et sous-payé. En dépit de cette expérience, les fonds d'urgence sociale répètent les mêmes erreurs à plus petite échelle alors que le vrai défi — la réforme de structure des institutions gouvernementales en Amérique latine — n'a pas encore été réellement abordé.

Il est encore une question qui doit être abordée : si les fonds d'urgence sociale représentaient une quantité significative de ressources dans seulement trois pays — Bolivie, Pérou et Jamaïque — pourquoi leur a-t-on accordé une telle importance ? A mon avis, la réponse à cette question réside dans la souplesse de leur gestion et dans le fait que le rapport « coûts du projet / coûts totaux » est beaucoup plus élevé que dans le secteur public où la majorité des ressources est consacrée aux salaires et aux frais généraux. Ainsi, en terme de construction, d'emploi et de génération de revenu, le fonds d'urgence sociale en Jamaïque pourrait produire beaucoup plus que le laisserait supposer son budget — 8% seulement du budget du Ministère de la Santé.

4. Conclusion

Les fonds d'urgence sociale peuvent représenter une part importante de ressources et, au-delà, un nombre substantiel de projets dans le secteur de la santé. Si ces ressources sont raisonnablement employées, elles peuvent constituer un important levier pour ce secteur et être employées pour financer un développement nouveau et original des services de santé. Pour atteindre ces objectifs, les responsables de la santé doivent être plus efficaces dans la préparation de ces programmes, en établissant des critères pour la sélection des projets et des programmes (par ex., viabilité et ciblage) et dans la définition des priorités d'investissement et des indicateurs d'évaluation.

Les organisations internationales devraient soutenir les Ministères de la Santé de la Région en leur fournissant une assistance technique pour augmenter leur capacité à concevoir des projets propres à attirer les capitaux au travers des fonds d'urgence sociale . De telles activités auront un impact beaucoup plus large dès lors qu'elles aideront les Ministères de la Santé dans la préparation de sélections de projets susceptibles d'être financés à partir de différentes sources telles que les banques multilatérales et les agences bilatérales. Notre espoir est que l'étude conduite par l'OPS puisse servir de guide aux Ministres de la Santé de la région lorsqu'ils se lanceront dans la formulation de leurs stratégies. De cette manière, ils profiteront de l'occasion pour diriger de nouvelles ressources vers le secteur de la santé quand leur pays adoptera un programme d'ajustement économique.

À l'OPS, nous considérons les fonds d'urgence sociale comme une source supplémentaire de ressources pour le secteur de la santé. Nous avons également étudié et évalué une autre source possible : les conversions de dette pour la santé. Ce mécanisme peut devenir une importante source de fonds pour le secteur de la santé dès lors qu'au moins deux des pays créanciers du Club de Paris ont admis l'intégration des conversions de dettes dans les renégociations de leurs prêts. Plus important encore, il est clair que le secteur de la santé doit, dans un avenir proche, se pencher sur le problème de l'obtention de nouvelles ressources, tant sur le plan intérieur qu'international.

Remerciements

L'auteur voudrait remercier ici Susan Cahn pour ses commentaires perspicaces d'une version antérieure de ce document ainsi que pour sa relecture attentive du présent texte. Toute erreur éventuelle sera néanmoins de la seule responsabilité de l'auteur.

Références bibliographiques

Banque Mondiale (différentes années) World Development Report, Washington DC.

Behrman, J.R. (1988) The impact of economy adjustment programmes on health and nutrition in developing countries. In : Bell, D.E. & Reich, M.R., édit., *health, Nutrition and Economic Crises : Approaches to Policy in the Third World.* Dover, MA, Auburn House, pp.103-146.

Economic Commission for Latin America (1991) *Balance Preliminar de la Economía de America Latina y el Caribe 1991.* Présenté par Gert Rosenthal, Executive Secretary, Washington DC.

Jorgensen, S., Grosh, M. & Schacter, M. (1991) *Easing the Poor Through Economic Crisis and Adjustment : The Story of Bolivia's Emergency Social Fund,* Washington DC, Banque Mondiale.

Musgrove, P. (1992) *Crisis Económica y Salud : La Experiencia de 5 Países Latinoamericanos en los años 80* (Health Policies Development Program Monograph Series), Washington DC, OPS (sous presse).

Norton, R., Garcia, M., Camber, M.P. & Van Haeften, R. (1987) *Agricultural Development Policies in Honduras : A Consumption Perspective.*

OPS (différentes années) *Health Conditions in the Americas,* Washington DC.

OPS/OMS (1992) *Fondos y Programas de Compensación Social : Experiencias en America Latina,* Washington DC, Health Policies Development Program (sous presse).

Pollack, M. & Wurgaft, J. (1990) Programas de generación de empleo y el objetivo ocupacional de los fondos de desarollo social. In : *Seminario Internacional sobre Fondos de Desarollo Social,* Santiago, pp.57-110.

Suarez, R. (1992) Analysis comparativo de los fondos de emergencia y inversión social. In : OPS/OMS, *Fondos y programas de compensación Social : Experiencias en America Latina,* Washington DC, Health Policies Development Program (sous presse).

Villasuso, J.M. (1992) Costa Rica : El plan nacional de compensación social, 1982-1984. In : OPS/OMS, *Fondos y programas de compensación Social : Experiencias en America Latina,* Washington DC, Health Policies Development Program (sous presse).

Zuckerman, E. (1989) *Adjustment Programs and Social Welfare* (World Bank Discussion Paper n°44), Washington DC, Banque Mondiale.

Chapitre 5

L'AJUSTEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET SON IMPACT SUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN BOLIVIE

J.A. Morales

Universidad Católica boliviana, La Paz, Bolivie

Introduction

Les indicateurs d'état de santé en Bolivie ont de tous temps montré qu'ils étaient parmi les plus bas d'Amérique latine et dans le monde, bien qu'un revenu per capita de 630 US$ (1989) place la Bolivie dans le groupe des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les chiffres indiquent d'importants problèmes de répartition ou de grande inefficacité dans la production de services sociaux. Ces données font de la Bolivie un cas intéressant pour l'analyse, dans lequel les sources d'amélioration peuvent être facilement identifiées.

Entre 1965 et 1980, il y eut un modeste progrès dans certains indicateurs sociaux, mais la dynamique s'interrompit avec la grave crise macro-économique des années 80. La crise économique de la première moitié de la décennie fut particulièrement grave. Entre 1982 et 1985 — mais également en 1986 — le produit intérieur brut tomba chaque année et l'hyper-inflation de ces années fut sans précédent en Amérique latine. Dans le cours du dernier trimestre de 1985, un programme orthodoxe du type de ceux préconisés par le FMI fut mis en place et il réussit à stopper l'hyper-inflation. Des réformes structurelles très audacieuses accompagnèrent le programme de stabilisation et le résultat fut que le modèle de développement bolivien, marqué par un fort engagement de l'État, fut presque entièrement annihilé.

Les principaux points de discussion qui ressortent de notre analyse sont les suivants. Les résultats disponibles du nouveau modèle de développement sont mitigés. On observe des signes manifestes de reprise de la croissance du produit intérieur brut dans le domaine de l'emploi, dans les salaires réels et dans les dépenses publiques pour les secteurs sociaux. On remarque par ailleurs que les progrès ont été lents et excessivement dépendants de l'aide (fluctuante) en provenance de l'étranger. En 1990, le produit intérieur brut per capita était encore de 25% inférieur à celui de 1980. En 1991, une augmentation notable du taux de croissance du produit intérieur brut per capita eut lieu, mais des doutes subsistent sur sa durabilité à moyen terme. Une partie de cette modeste croissance peut s'expliquer par le fait que les principaux biens d'exportations de la Bolivie ont subi une chute vertigineuse de leurs cours dans la seconde moitié des années 80.

La performance macro-économique affecte de plusieurs manières les conditions de santé de la population[1]. A l'inverse des autres auteurs, nous insistons sur l'importance de la politique fiscale. A notre avis, le budget fiscal constitue l'une des voies les plus directes de transmission des déséquilibres macro-économiques aux dépens du secteur de la santé. Nous soutenons que l'austérité budgétaire et les pertes en couverture sociale furent parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé et d'autres indicateurs connexes de bien-être pour la majeure partie de la population bolivienne.

Le programme de stabilisation et les réformes structurelles impliquaient des coûts sociaux importants. Les pertes d'emploi et surtout la détérioration des conditions de travail se multiplièrent dans le sillage du programme. Le budget santé souffrit au début d'une nouvelle réduction très importante en même temps qu'un certain nombre d'autres lignes budgétaires. Cette réduction faisait partie d'une série de coupes budgétaires des années précédentes mais fut beaucoup plus sévère. En dépit de la diminution des dépenses publiques, les indicateurs de santé ne semblent pas avoir été atteints. Les coûts de la crise doivent donc être évalués en termes de déclin de l'amélioration des indicateurs plutôt qu'en termes de chute.

La situation budgétaire actuelle est encore fragile. Ceci est également vrai pour le budget de la santé. L'amélioration apparente dans un passé récent est due aux dons provenant de l'étranger et à la participation financière des patients. Encore aujourd'hui, la Bolivie dépense une plus faible proportion de son produit intérieur brut pour la santé publique que tous ses voisins à revenus moyens. La contribution des Organisations non gouvernementales est très importante et semble devoir encore augmenter, mais ces organisations ne sont que des substituts imparfaits pour un grand nombre (pas tous) des services assurés par le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MPSSP, acronyme espagnol de ce ministère). Les autres formes de participation privée dans le secteur de la santé ont peu de chances d'être étendues et encore moins de servir les classes pauvres. La participation d'une grande proportion de services privés dans l'offre totale de services de santé ne semble pas viable à moyen terme, compte tenu de l'objectif très largement admis de la santé pour tous. Nous tenons également à noter que l'usage des fonds provenant de la privatisation des entreprises publiques et de concessions de dettes extérieures, tout en étant une source potentielle de ressources supplémentaires pour le secteur de la santé dans le court terme, ne sont que des substituts imparfaits à la taxation pour ce qui concerne le long terme.

La présente étude est organisée comme suit : dans la section 1, nous examinons les derniers développements sociaux et macro-économiques en Bolivie et étudions la très grave crise des années 80 et ses séquelles. Dans la section 2, nous examinons les questions de santé et les dépenses publiques. La section 3 est consacrée à une description des caractéristiques de l'offre de services de santé ; nous y traçons les grandes lignes de la santé en Bolivie et l'interaction entre les systèmes public et privé. La section 4 constitue une exploration des perspectives et des politiques à moyen terme ainsi que des moyens d'accroître les ressources affectées au secteur de la santé.

1. Pour une analyse d'ensemble reliant les changements macro-économiques et les changements dans l'état de santé et autres indicateurs de bien-être social, cf. Cornia, 1987.

1. Le contexte

1.1. Évolution économique de 1980 à 1990

La gravité de la crise des années 80 peut être saisie dans le tableau 1. On y verra qu'entre 1982 et 1986, le produit intérieur brut a chuté chaque année. L'économie n'a commencé à croître qu'en 1987, mais à un rythme modeste qui correspondait plus ou moins au taux de croissance de la population. Vers la fin de 1990, le produit intérieur brut per capita n'atteignait que 75% de la valeur de 1980 (Fig. 1). La consommation privée per capita chuta dans la même proportion que le PIB per capita, mais la consommation publique per capita chuta beaucoup plus que le PIB per capita. Dès lors qu'une forte proportion de la consommation publique consiste en transferts vers les urbains pauvres, le marasme aggrava leurs conditions de vie dans des proportions bien plus fortes que la moyenne.

Les résultats de la plupart des secteurs de production entre 1980 et 1990 furent désastreux. De ce point de vue, les pertes de production dans les mines sont particulièrement spectaculaires. La production agricole fut stagnante, sans plus. Il est intéressant de rappeler que si l'on distingue la production agricole du secteur marchand et celle de l'agriculture traditionnelle, la stagnation de ce dernier secteur devient encore plus évidente. Cela a d'importantes conséquences pour le bien-être des Boliviens les plus pauvres.

Le volume des exportations chuta avec la production, au moins jusqu'en 1985. En 1987, il y eu une nouvelle chute due à la fermeture des mines d'étain, causée à son tour par la chute des prix de l'étain sur le marché international qui se produisit dans le dernier quart de 1985 et perdura jusqu'à aujourd'hui. Un fort redressement des exportations nettes s'est produit entre 1988 et 1990 ce qui peut s'expliquer par de nouveaux créneaux d'exportation — tels que soja, bois et bétail. Il se peut que ce redressement soit surévalué à cause de la faiblesse relative de chiffres, à l'origine. Il faut remarquer qu'en 1990, la valeur des exportations en US$ courants se situait encore en dessous de la valeur de 1980.

Les années 1982-85 furent aussi un temps de crise pour les investissements fixes, ce qui eut des conséquences importantes pour le taux de croissance à moyen terme. Depuis 1987, le rythme de l'investissement s'est rétabli, principalement sous l'impulsion de l'investissement public. Malgré le principal objectif des réformes politiques de 1985 — destinées à fournir un rôle plus important à l'investissement privé dans le développement économique bolivien — le secteur privé a été lent à réagir. Cela semble d'ailleurs un schéma classique après une longue période d'instabilité macro-économique. Même les faibles probabilités de retournement politique affectent la capacité d'attente des investisseurs privés. Cela retarde d'autant l'investissement, surtout s'il est de type irréversible.

L'investissement public fut réalisable grâce à la disponibilité de nouveaux fonds étrangers. L'importance des fonds étrangers dans le financement des investissements peut également être évaluée en remarquant les déficits très élevés de la balance des paiements (en pourcentage du produit intérieur brut). Le rétablissement de l'économie bolivienne durant les six dernières années a été largement tributaire des donations et des prêts concessionnels. Un problème potentiel réside dans l'incertitude concernant la permanence de ces financements officiels à moyen terme.

Tableau 1. Principaux indicateurs économiques, Bolivie, 1981-1990

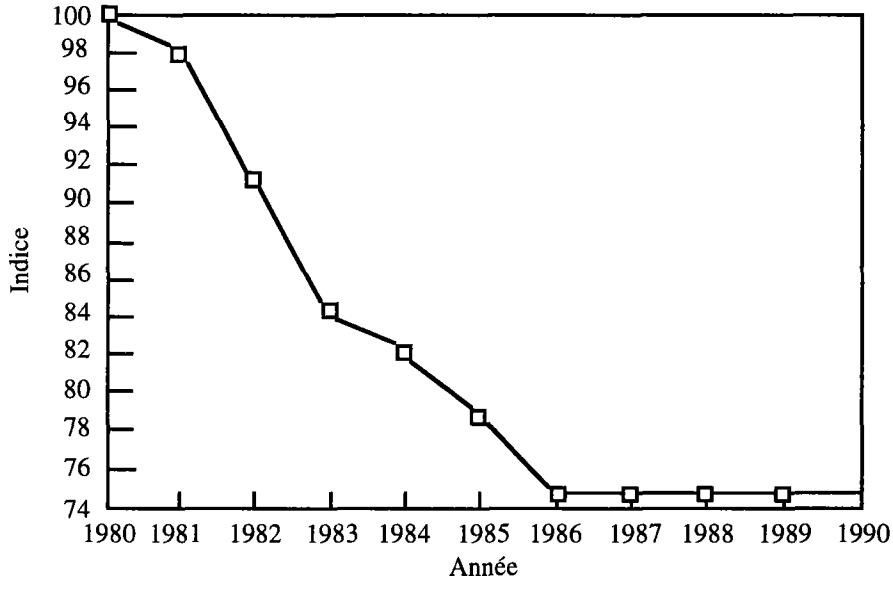
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Taux de croissance annuels (%)										
Produit intérieur Brut	0,9	-4,4	-4,5	-0,6	-1,0	-2,5	2,6	3,0	2,7	2,6
Agriculture	-0,9	6,9	-17,2	19,0	7,7	-3,5	3,5	2,4	-1,5	-1,5
Mines	3,1	-7,8	-9,2	-18,7	-18,6	-26,5	1,5	41,0	25,3	13,4
Hydrocarbures	5,1	5,7	-4,0	-2,2	-0,6	-1,8	1,5	3,4	4,4	3,8
Industries de transformation	-7,8	-12,4	0,2	1,0	-8,3	1,9	2,5	5,4	3,5	3,7
Services	2,6	-2,7	1,2	-4,7	-0,4	-1,4	2,0	-0,1	1,3	2,0
PIB per capita	-1,7	-6,9	-7,0	-3,3	-3,6	5,1	-0,2	0,2	-0,1	-0,2
Consommation globale per capita	7,4	-13,5	-1,5	-3,8	3,7	-7,1	0,4	-3,8	-4,1	-1,0
Investiss. fixe	-19	-5,2	-41,3	-14,8	-25,7	6,2	11,0	15,6	3,6	-4,6
Export. nettes	-4,1	2,2	-0,2	-3,3	-0,2	-3,3	-5,9	16,1	-2,5	11,5
Prix à la consommation (déc à déc)	25,1	296,6	328,5	2177,2	8170,5	66,0	10,72	1,5	16,6	18,0
Salaires réels (déc à déc)	ND	ND	ND	ND	ND	3,6	34,4	18,0	1,2	8,6
Indices (1980=100)										
PIB per capita	98	92	85	82	79	75	75	75	75	75
Consommation globale per capita	107	93	91	88	91	85	85	82	79	78
Consom. privée	114	93	93	91	99	91	91	85	83	82
Consom. publique	77	94	84	76	53	56	56	66	58	59
Termes de l'échange	100	98	102	101	94	86	70	61	68	70
Ratios (%)										
Ivestiss. fixe : PIB	11,0	13,8	8,6	8,5	7,2	9,5	10,3	12,2	12,1	11,9
Déficit public : PIB	7,6	14,2	17,9	23,6	9,8	2,3	6,7	5,5	4,4	2,7
Taux de chômage	5,2	6,6	8,5	7,4	6,2	5,5	6,7	7,8	7,2	ND
Balance des paiements déficit compte courant	14,3	6,3	6,9	7,2	16,3	11,1	12,8	11,4	8,6	7,6
Dette ext. : PIB	65,2	78,9	102,4	117,6	116,2	112,0	116,8	103,9	84,9	90,0
Autres indicateurs (en millions de US$)										
Exportation de biens et services	1000	904	852	807	722	705	653	673	868	956
Dette extérieure	2273	2837	3255	3372	3511	4070	4641	4451	3894	4204

Les indicateurs de l'évolution des comptes nationaux proviennent de la Banque Centrale de Bolivie (1991) et de la Banque Mondiale (1991). Les données sur les prix et les salaires proviennent de Bolivie, Ministère du Plan, Unité d'analyse politique (1991). Les données sur la balance des paiements proviennent de la Banque Mondiale (1991). Les données sur la dette extérieure viennent de la Banque Mondiale (1990), sauf pour celles de 1989-90, qui viennent de Bolivie, Ministère du Plan, Unité d'analyse politique (1991).

ND : non disponible.

La Bolivie accumula une forte dette extérieure durant les années 70. Cette dette continua d'augmenter très rapidement durant les premières années de la décennie 80, les arriérés d'intérêts étant capitalisés dans le principal. Nous répétons que l'accumulation de 1982 à 1985 fut principalement due, non à un débours de dette mais à la capitalisation des intérêts. Ce n'est qu'après la mise en place d'un programme de stabilisation durant le dernier trimestre de 1985 que des prêts nouveaux réapparurent et un ratio dette/PIB très élevé fut atteint en 1987.

Figure 1. Indice de PIB per capita, Bolivie, 1980-1990 (d'après le Tableau 1, 1980 = 100)



Une opération de rachat de la dette concertée avec les prêteurs privés étrangers en 1988 et une conversion de dette avec l'Argentine à la fin de 1989 abaissèrent la dette globale en termes absolus comme en pourcentage du PIB. En 1990, le ratio dette/PIB tomba à 90%. Dans un mouvement inquiétant, après le soulagement consécutif aux remises de dettes de 1988 et 1989, le volume de la dette grimpe de nouveau relativement vite. Cette nouvelle dette est principalement dans les mains de prêteurs multilatéraux ; tandis que ces dettes sont contractées à des conditions de libéralité satisfaisant au critère de concessionnalité, les termes en sont plus rigides, quant à l'éventuelle renégociation, que ceux des dettes commerciales.

1.2. Inflation et stabilisation

La Bolivie connut une inflation grave en partie à cause de la crise de la dette internationale qui éclata en 1982 ; elle se transforma en hyper-inflation entre mars 84 et août 85. La hausse des prix, durant ces 17 mois, atteignit 62,314%.

Dans le dernier trimestre de 1985, le Gouvernement du Président Paz Estenssoro lança un programme de stabilisation drastique, de type Fonds Monétaire International. En contraste avec d'autres programmes du même type, celui de Bolivie n'incluait pas une reprise du service de la dette auprès des créanciers privés étrangers. Le cœur du programme consistait néanmoins en une réorganisation budgétaire qui, au départ, comprenait de larges restrictions dans les dépenses et l'emploi publics. Le programme de stabilisation de 1985 avait coûté très cher socialement, davantage en termes de pertes d'emplois, de détérioration des conditions de travail et de transferts de l'État vers les plus vulnérables (comme nous le verrons plus loin) qu'en termes de baisse des salaires réels. Ces derniers, après une chute initiale, se rétablirent rapidement, au moins dans le secteur privé

(Tableau 1)[1]. Les données du tableau sur le chômage doivent être prises avec la plus grande précaution : la situation est probablement plus dramatique que ne l'indiquent les chiffres, compte tenu des nombreuses carences dans les données publiées par l'Institut national bolivien de la statistique.

En dépit de son coût social, qui ne peut être ignoré, le programme a enregistré deux succès qu'il convient de souligner. Tout d'abord, l'inflation a été rapidement contenue. Dès le deuxième trimestre de 1986, le taux d'inflation fut d'environ 1,2% par mois (ou proche de 15% annuellement). Et ensuite, la chute de l'inflation signifiait la restauration de l'autorité et, dans une large mesure, de la légalité, de sorte que le Gouvernement pouvait envisager de s'engager dans des politiques de développement, ce qu'il fit effectivement.

Dans le sillage de la stabilisation, suivirent différentes réformes structurelles importantes. Presque tous les marchés des biens et facteurs furent libéralisés, à l'exception, notable, du marché foncier. Toutes les dispositions de loi de réforme agraire de 1985, qui limitaient la vente de terres agricoles, sont encore en vigueur. Une proposition est en cours de discussion au Parlement bolivien en vue de privatiser la plupart des entreprises publiques engagées sur des marchés concurrentiels. En outre, les lois sur les mines et les hydrocarbures adoptées en 1990 offrent un régime très libéral aux capitaux étrangers. Le Gouvernement de Bolivie considère la privatisation comme la réforme structurelle la plus importante pour l'avenir proche.

Peu après la mise en place du programme de stabilisation, les prix des deux produits d'exportation boliviens les plus importants de l'époque, l'étain et le gaz naturel, chutèrent brutalement. Morales (1992) estima que les pertes accumulées sur 1985-1989 se montaient à 10% du produit intérieur brut de 1985, ce qui illustre l'importance des transferts de revenu dus à la détérioration des termes de l'échange. Ces pertes de revenu furent partiellement compensées par les importantes remises de dettes obtenues par la Bolivie.

Les sept dernières années ont constitué une période de stabilité des prix (Tableau 1), en dépit de l'effondrement des termes de l'échange. Le taux d'inflation a fluctué entre 11% et 22%, ce qui est très élevé en comparaison de ceux des pays industrialisés mais relativement faible au regard des chiffres latino-américains.

L'épisode hyper-inflationniste, dramatique, laissa une marque indélébile : la crainte d'un retour de l'inflation influe lourdement sur les options de politique économique à un point qui n'est pas toujours bien compris par les observateurs étrangers.

1.3. Contexte social

La Bolivie continue d'être un des pays les plus pauvres d'Amérique latine, avec un revenu per capita de 630 US$. Nous ne disposons malheureusement d'aucune donnée récente sur la répartition du revenu, mais celle de Bolivie semble être aussi déséquilibrée que celles des autres pays latino-américains. Morales (1984) a estimé que 80% de la population se trouvait au-dessous du seuil de pauvreté (un revenu égal à 70% de la valeur d'une consommation considérée comme minimale) et que 60% de la population pourrait être considérée comme indigente. La pauvreté est un phénomène à prédominance rurale, comme dans la plupart des pays les moins développés, mais le pourcentage des familles dont le revenu est au-dessous du seuil de pauvreté est également élevé chez les travailleurs indépendants urbains.

1. Le tableau 1 présente les données pour avant et après 1985, mais les changements dans la définition des salaires et les difficultés de mesure durant l'hyper-inflation rendent difficiles toutes comparaisons significatives.

Les indicateurs sociaux du tableau 2 nous aident à mieux comprendre la situation. Tout d'abord, notons que la Bolivie s'urbanise de plus en plus. Cette tendance peut conférer une plus grande pertinence aux services sociaux tels qu'ils se présentent actuellement. En second lieu, et plus important encore, les indicateurs boliviens du développement social semblent totalement déplacés, comparés au revenu per capita. Presque tous ces indicateurs sont bien au-dessous des moyennes latino-américaines et même au-dessous de ceux des pays à revenus per capita identiques ou inférieurs. Les taux de mortalité, extrêmement élevés à la naissance et chez les enfants au-dessous de cinq ans, sont particulièrement surprenants[1]. Le pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable et au tout-à-l'égout est particulièrement bas et ces services de base sont presque complètement inexistants à la campagne.

Les causes principales de morbidité sont plus typiques des économies à faible revenu que de celles à revenu moyen ; il s'agit des maladies diarrhéiques, des maladies du système respiratoire, du paludisme, de la tuberculose, des maladies vénériennes, de la variole, des oreillons, de la fièvre typhoïde et des parasitoses. On observe également une forte prévalence de la maladie de Chagas et du goitre, mais ces affections sont rarement mentionnées dans les données des hôpitaux. La récente épidémie de choléra, avec ses taux élevés de morbidité et de mortalité, renforce l'observation selon laquelle les maladies prédominantes sont caractéristiques des pays à faible revenu.

Les indicateurs sociaux sont effectivement très défavorables ; toutefois, ils ne semblent pas s'être détériorés en même temps que l'économie, entre 1965 et 1989. Il y eut même un certain progrès. Le choix de 1965 comme année de référence peut être discuté mais cela permettait de comparer des données provenant de mêmes sources. Les défauts de cette procédure résident en ce qu'elle ne permet guère une identification claire des effets de la crise dans le passé récent. On pourrait argumenter que certains progrès se sont manifestés jusqu'à environ 1980 mais que la situation s'est ensuite dégradée ; en tout état de cause, les sources autres que celles citées à la note de bas de page du tableau 2 ne corroborent pas entièrement cette assertion. Seul Morales (1984) cite des sources irréfutables qui indiquent une nette détérioration du statut nutritionnel des enfants admis dans un grand hôpital de Cochabamba entre 1980 et 1983. De récents rapports, disparates, mentionnent une détérioration des indicateurs de nutrition (taille, poids, poids/taille, pour un âge donné) chez les enfants d'âge scolaire.

Plutôt surprenant, les conditions sanitaires semblent relativement protégées des conditions économiques, à court ou moyen terme. Une telle protection peut provenir d'une réaffectation des ressources publiques et d'un certain gain d'efficacité. Il est toutefois possible que les effets du manque d'investissement dans le capital humain durant la crise ne se verront que plus tard. En outre, les conditions avant la crise étaient si mauvaises qu'il ne restait guère de place pour une nouvelle détérioration. Les coûts de la crise devront donc être évalués en termes de stagnation et de déclin de la tendance à l'amélioration plutôt qu'en termes de chute des niveaux des indicateurs.

1. Le taux est peut-être même supérieur à 106 pour 1000, compte tenu d'un faible taux de réponse (Collège de Médecine de Bolivie et UNICEF, 1992).

Tableau 2. Principaux indicateurs sociaux et démographiques, Bolivie, 1965 et 1989

Indicateur	1965	1989
Taux annuels de croissance démographique (%)[a]		
Total	2,5	2,8
Urbain	3,6	3,1
Quatre grandes villes	5,4	4,8
Rural	2,1	1,7
Population urbaine/Population totale (%)[a]	40	54
Espérance de vie à la naissance (années)[b]	45	53
Hommes	42	52
Femmes	47	55
Taux (pour mille)[b]		
Taux brut de natalité	46	42
Taux brut de mortalité	21	14
Taux de mortalité infantile	160	106
Taux de mortalité au-dessous de 5 ans	282	176
Nourrissons de faibles poids à la naissance	ND	100
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	ND	48
Taux de fécondité (nombre d'enfants par femme en âge de procréer)	6,6	6,1
Accès (%)[a]		
A l'eau potable		
Zone urbaine	ND	82
Zone rurale	ND	27
Au tout-à-l'égout et aux latrines		
Zone urbaine	ND	34
Zone rurale	ND	10
Alphabétisation et éducation (%)[b]		
Alphabétisation	ND	92
Zone urbaine	ND	69
Zone rurale	73	91
Scolarisation primaire (% du groupe en âge de fréquenter)		
Autres[b]		
Revenu per capita (US$)	ND	630
Régime calorique quotidien per capita	1868	2086

ND : non disponible.

a : Source : Ministère du Plan bolivien (1989) ; b : Source : Morales & Rocabado (1988) et Banque Mondiale (1989a, 1991).

Considérés globalement, les indicateurs d'accès aux soins sont relativement bons et soutiennent les comparaisons internationales (Tableau 3). Le problème principal n'est pas la disponibilité de médecins, d'infirmières ou de lits d'hôpitaux mais plutôt celui de leur répartition régionale : il y a dans certaines zones urbaines des concentrations très importantes de ressources tandis que dans la plupart des zones rurales l'offre de services est très limitée.

Tableau 3. Accès aux soins médicaux (pour 100 000 habitants), Bolivie, 1965-89

	1965	1989
Médecins	3,0	5,0
Infirmières	2,5	2,5
Aides-soignantes	ND	6,3
Lits d'hôpitaux	ND	15,9

Sources : Ministère du Plan, Bolivie (1989) et Banque Mondiale (1989a) ; N : non disponible.

2. Santé et dépenses publiques

2.1. La crise financière

L'un des principaux éléments de la crise économique des années 80 fut la crise fiscale, dont la dimension peut être saisie sur le tableau 4. L'hyper-inflation, due elle-même à de graves problèmes fiscaux, aggrava à son tour le déficit budgétaire. L'érosion en valeur réelle des recettes fiscales causée par l'inflation fut très significative. Durant le premier trimestre de 1985, ce revenu tomba à 1,5% du produit intérieur brut[1]. Des tentatives pour réduire l'inflation comprirent une réduction des dépenses mais celles-ci ne pouvaient de toute évidence pas chuter dans la même proportion que les revenus.

Comme nous l'avons dit plus haut, le rétablissement financier constitua le cœur du programme de stabilisation. En dépit des efforts entrepris, la fragilité financière est encore à l'ordre du jour. De 1987 à 1990, les déficits du secteur public non financier tournèrent autour de 4,8% du produit intérieur brut, ce qui est considéré comme très élevé. L'inflation fut faible car la majeure partie du déficit fut financée par des emprunts étrangers et des dons. En 1990, le déficit tomba à un niveau raisonnable de 2,7% du PIB mais remonta de nouveau à 3,5% en 1991[2]. De nouvelles difficultés budgétaires sont à prévoir à cause de la chute des prix des exportations boliviennes vers l'Argentine.

En part du PIB, les dépenses du secteur public non financier sont tombées brutalement entre 1980 et 1986 pour se stabiliser ensuite. Les comptes de ce secteur comprennent ceux du Gouvernement et ceux des entreprises publiques. Les forts déficits enregistrés entre 1986 et 1990 furent dus non pas à un manque de discipline dans les dépenses mais à une chute temporaire du revenu de l'État provoquée principalement par une détérioration des termes de l'échange. La réduction des dépenses donne la mesure de l'ajustement en Bolivie.

Un point à noter est que l'équilibre fiscal (ou plus exactement le déficit budgétaire qui pouvait être financé par des emprunts domestiques et étrangers) fut atteint dans une certaine mesure grâce à des restrictions budgétaires. Ces restrictions prirent deux formes : en premier lieu, le Gouvernement ajourna un certain nombre de dépenses et, ce faisant, ne fit que transmettre les difficultés à ses successeurs. En second lieu, l'efficacité n'y trouva pas son compte, par insuffisance de dépenses. Les pertes en personnel qualifié dues aux réductions de salaires réels dans le secteur public sont un exemple de cette seconde forme de restriction.

1. L'effet d'érosion d'une forte inflation sur les recettes fiscales est connu sous le nom d'« Effet Olivera-Tanzi ».
2. Il convient de remarquer que les estimations pour 1990 et 1991 sont tout à fait provisoires. En particulier, l'estimation de 2,7% pour 1990 semble très basse.

Tableau 4. Opérations du secteur public non financier (en % du PIB)
Bolivie, 1981-1990

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990[a]
Revenu global	34,7	31,7	22,2	17,6	20,7	24,4	22,0	22,4	2,1	23,0
Impôts	9,0	4,7	2,4	2,3	5,5	8,3	10,0	9,2	10,5	10,5
Autres revenus	25,7	27,1	19,7	15,3	15,2	16,1	12,1	13,2	11,7	12,5
Dépenses de fonctionnement	35,4	32,6	28,7	27,4	23,7	23,2	23,6	21,3	20,9	20,7
Transferts courants nets	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Surplus/déficit courant	-0,8	-0,9	-6,5	-9,9	-3,0	1,2	-1,6	1,0	1,8	3,0
Revenue du capital	0,6	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0	0,2	0,7	1,2	1,3
Coûts en capital	6,1	5,9	4,2	3,7	3,3	4,6	5,3	6,8	6,6	6,9
Transferts nets en capital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Surplus/déficit en capital	-5,5	-5,8	-4,1	-3,6	-3,2	-3,6	-5,2	-6,1	-5,9	-5,6
Autres dépenses	1,3	7,5	6,4	7,7	1,9	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Surplus/déficit global	-7,5	-14,2	-17,0	-21,2	-8,1	-2,3	-6,7	-5,5	-4,2	-2,7
Emprunt net	7,5	14,2	17,0	21,2	8,1	2,3	6,7	5,5	4,2	2,7
Étranger	3,9	0,7	-1,3	2,2	3,6	5,5	2,2	4,0	1,7	1,9
Intérieur	3,6	13,5	18,3	19,0	4,4	-3,2	4,5	1,5	2,4	0,8

Les calculs de l'auteur sont basés sur des données du Ministère du Plan, Unité d'analyse politique (1991).

a : Provisoire.

Un second point est à noter : l'effort fiscal, mesuré par le rapport des revenus fiscaux prélevés sur le secteur privé au produit intérieur brut, est encore trop faible et bien plus bas que le ratio moyen de toute l'Amérique latine. De plus, le revenu public est encore beaucoup trop dépendant des impôts sur l'essence (avoués et cachés) qui sont en général régressifs.

2.2. Dépenses de santé

Les fonds publics pour la santé, avant 1981, furent relativement faibles, en termes absolus, que ce soit en proportion du produit intérieur brut ou en pourcentage des dépenses globales de l'État. Durant la période 1982-85, les dépenses publiques de santé décrurent comparativement à leur niveau de 1981 et elles chutèrent brutalement en 1986 sous l'effet du programme de stabilisation (Tableau 5). Le redressement budgétaire mis en œuvre par le programme de stabilisation amena une première réduction des dépenses sociales y compris dans le domaine de la santé. Les dépenses de santé chutèrent de 0,8% du PIB, en 1981, à 0,2% en 1986. Les dépenses de santé, en pourcentage des dépenses globales de l'État, chutèrent systématiquement de 1980 à 1986, la proportion en 1986 ne représentant que 30% de celles de 1981.

Tableau 5. Dépenses de santé du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, Bolivie, 1981-90

Année	En % du montant nominal du PIB	En % des dépenses du Gouvernement
1981	0,8	4,6
1982	0,4	3,1
1983	0,4	3,1
1984	0,5	3,2
1985	0,4	2,5
1986	0,2	1,4
1987	1,1	6,0
1988[a]	1,3	6,7
1989[a]	1,2	6,2
1990[a]	1,2	5,4

Les calculs de l'auteur sont basés sur des données non publiées du Ministère du Plan, Unité d'analyse politique, concernant les dépenses boliviennes et sur les chiffres du PIB provenant de l'Institut national de Statistiques.

a : Estimation provisoire.

On peut, depuis 1987, observer un vigoureux redressement des dépenses de santé, bien que les chiffres provisoires doivent être interprétés avec précaution. Toutefois, depuis 1987, la remontée des dépenses de santé semble avoir été plus importante que celle des dépenses globales du secteur public non financier. La remontée des dépenses a été accompagnée de changements très significatifs dans la composition de son financement (Tableau 6). Tout d'abord, la part de l'aide extérieure dans la facture globale de la santé a notablement augmenté. Ensuite, la proportion de la participation des patients aux frais de santé ainsi que d'autres éléments de recouvrement des coûts a considérablement augmenté, bien que ce système ne soit pas stricto sensu considéré comme un financement public.

Le fonds d'urgence sociale fut créé en 1987, avec pour objectif de fournir des solutions aux problèmes de pauvreté les plus urgents dus au programme de stabilisation. Il ne s'agissait pas (en tout cas pas seulement) d'un programme d'emploi ; il visait en effet à une politique sociale globale[1]. La construction d'égouts et la fourniture d'eau dans les zones rurales furent parmi les projets les plus importants financés par le Fonds. Le fonds d'urgence sociale fut remplacé, en 1989, par le Fonds d'investissement social, davantage destiné aux problèmes structurels et à long terme dans les domaines de la santé et de l'éducation que le précédent.

Tableau 6. Parts en pourcentage du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale dans le financement par secteurs, Bolivie, 1984-88

Secteur	1984	1985	1986	1987	1988
Finances publiques	92,2	62,2	48,8	60,2	50,1
Recouvrement des coûts	5,6	17,2	30,2	25,4	22,1
Financement extérieur	2,2	20,6	21,1	14,4	27,8

Source : Banque Mondiale (1989b).

1. Le fonds d'urgence sociale a reçu une attention toute particulière ; cf. par exemple, la Banque Mondiale (1989b).

On pourrait dire, d'une manière générale, que le secteur de la santé fut plus ou moins à l'abri de la crise. Les chiffres donnés au début de ce document et le degré de vulnérabilité des dépenses de santé au regard des baisses des dépenses et du revenu public furent, si l'on excepte 1986, relativement faibles. De plus, à cause et non en dépit de la crise, certains services furent significativement étendus. La crise suscita une coopération internationale — dès l'instant que la Bolivie eut restauré un certain ordre économique et politique — qui alla pour la majeure partie aux secteurs liés à la santé. La santé fut de beaucoup favorisée par l'affectation de l'aide étrangère par rapport à l'éducation et à la nutrition.

2.3. Changements dans les politiques de santé

Les changements de politique de santé furent également fort importants dans la protection du secteur, pour un montant donné de dépenses. Des changements majeurs furent annoncés en 1982, dans lesquels on mit plus l'accent qu'auparavant sur la prévention, tout particulièrement en 1982-85. Les soins de santé primaires devinrent la politique officielle et des campagnes massives, financées par des dons étrangers, furent mises en place pour la vaccination, la distribution de sels de réhydratation orale et d'iode ainsi que pour éduquer les femmes enceintes.

La politique insista sur la participation active de la population aux programmes de santé. Les habitants des villages et des zones urbaines pauvres organisèrent des « comités populaires de santé » afin de fournir la mobilisation sociale (et politique) qui soutiendrait les campagnes. L'effort porta principalement sur les campagnes spécifiques à la santé plus que sur les problèmes plus généraux d'environnement, comme l'eau potable, les égouts et le ramassage des ordures ménagères.

En dépit d'un soutien politique très marqué à l'égard des soins de santé primaires, l'allocation des ressources publiques a favorisé les soins curatifs. Cela illustre bien les difficultés de réallocation des fonds dans le contexte de compression budgétaire qui prévalait alors. Les engagements de dépenses antérieurs furent très difficiles à démanteler. La grande leçon qui en ressortit fut qu'à court terme, les grands changements dans la composition des dépenses ne peuvent intervenir que dans un contexte d'expansion budgétaire.

En 1989, les politiques de santé changèrent de nouveau. L'approche type « big-bang » de 1982-88 et plus particulièrement en 1982-85, avec sa large composante de mobilisation sociale et politique fut purement et simplement abandonnée au profit d'un réseau beaucoup plus sûr de dispensaires et de petits centres de santé ; ceux-ci fournissaient très souvent gratuitement des services de soins préventifs et toute une panoplie de services curatifs pour lesquels des participations modestes étaient demandées aux usagers. Ce regain de confiance dans les petites structures de santé exige des ressources financières beaucoup plus stables que dans le système antérieur. De même, tandis que l'approche plus classique suivie actuellement fournit stabilité et continuité — deux éléments qui faisaient défaut dans les politiques antérieures de 1982 à 1988 — elle manque de soutien populaire. Elle ne garantit pas, en particulier, que les postes de santé seront utilisés à leur pleine capacité. Les pauvres sans instruction, qui sont souvent les plus exposés aux risques de maladie, n'ont pas connaissance de toute la gamme des services offerts par les centres de santé[1]. En outre, les centres de santé ont tendance à fournir une médecine curative plutôt qu'à organiser des campagnes de prévention. Le MPSSP a tenté, sans succès, de mettre sur pied un réseau de

1. Une étude de problèmes similaires apparaît dans une publication du Collège de Médecine de Bolivie et de l'UNICEF (1992). Pour une perspective internationale sur cette question, cf. Askew (1991).

participation (en espagnol, « gestión social ») pour remplacer les comités populaires de santé afin d'obtenir une plus grande participation communautaire.

En 1991, le Gouvernement du Président Jaime Paz Zamora fit paraître un décret établissant une série de mesures pour lutter directement contre la pauvreté. Dans le même esprit, le budget 1992 comporta des sommes proportionnellement plus importantes que dans les budgets précédents, destinées à des programmes de lutte contre la pauvreté. Une des principales caractéristiques du décret de 1991 et des déclarations officielles sur le budget 1992 est la proposition pour une politique orientée sur l'assistance aux plus pauvres. Cette politique ciblée contraste avec l'approche quelque peu universaliste suivie jusqu'à présent.

3. Principales caractéristiques dans l'offre des services de santé

Les secteurs privés et publics fournissent tous deux des soins et des services de santé. Le secteur public offre ses services à travers deux canaux principaux : le MPSSP et le système de sécurité sociale ; ce dernier est largement indépendant du réseau précédent. Le secteur privé regroupe deux grandes catégories : (i) les Organisations non gouvernementales à but non lucratif et (ii) le secteur privé à but lucratif capitaliste. Pour les besoins de l'exposé, nous commencerons par l'étude du système de sécurité sociale.

3.1. La santé dans le système de sécurité sociale

Le système bolivien de sécurité sociale dépend des cotisations des employeurs et des travailleurs du secteur formel. Le glissement de la main-d'œuvre vers le secteur informel durant la crise conduisit donc, pendant les années 80, à une chute dramatique de la proportion des travailleurs couverts par le système (et par conséquent de leur famille) — voir à ce sujet, le tableau 7 et la figure 2. Notons qu'en 1990, 19% seulement de la population étaient couverts par l'assurance maladie au sein du système de sécurité sociale alors qu'ils étaient 26,4% en 1982.

Tableau 7. Population couverte par l'assurance maladie dans le cadre du système bolivien de sécurité sociale, 1980-89

Année	Pourcentage de population totale couverte	Indice de couverture (base, 1980 = 100)
1980	25,4	100
1981	25,8	102
1982	26,4	104
1983	26,3	104
1984	24,1	95
1985	23,3	92
1986	21,6	85
1987	18,5	73
1988	18,8	74
1989	19,2	76

Les calculs de l'auteur sont basés sur des données provenant de l'Institut bolivien de Sécurité sociale.

Il existe 17 institutions de santé au sein du système de sécurité sociale. La qualité des soins médicaux varie énormément d'un institut à l'autre, reflétant les

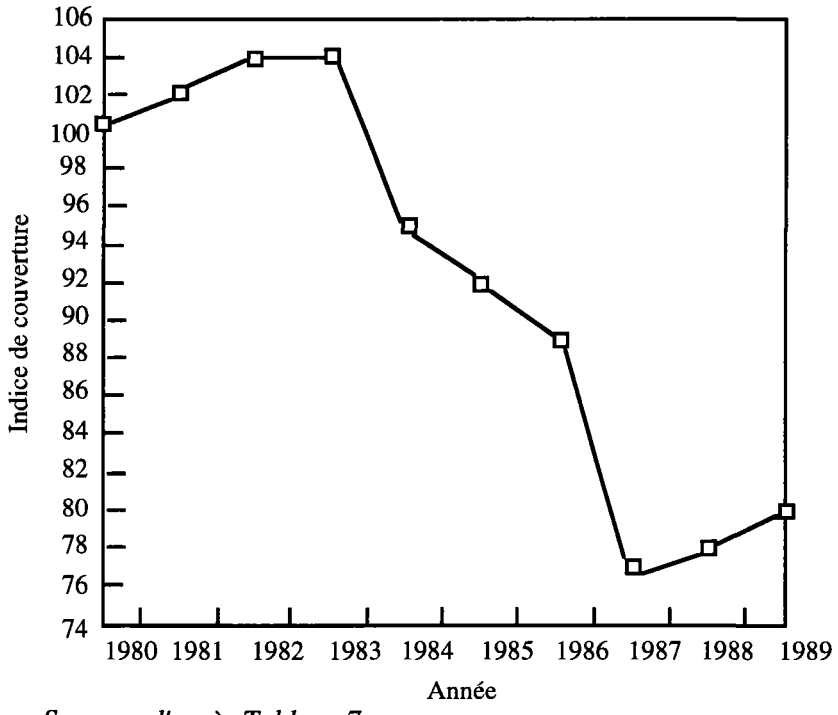
pouvoirs des différents syndicats du secteur public : des fonds supplémentaires alloués aux institutions de santé constituaient souvent des bonus obtenus par les syndicats auprès des employeurs des entreprises publiques.

En 1987, des efforts furent entrepris pour aboutir à l'unification des différents instituts en termes de contributions et d'administration, mais en ce qui concerne la qualité, cette unification prendra encore un certain temps.

3.2. Réseau des services de santé du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

L'organigramme des services du MPSSP regroupe deux types d'unités fonctionnelles qui se recoupent. La structure administrative est pyramidale et coiffe le réseau classique des hôpitaux, cliniques et postes de santé. Cette structure peut être critiquée et ses défauts peuvent mener à des carences dans la fourniture de services.

Figure 2. Indice de couverture santé dans le cadre du système de sécurité sociale, Bolivie, 1980-89 (1980 = 100)



Source : d'après Tableau 7.

Le MPSSP dessert, en principe, 62% de la population. Les 38% restant sont couverts par la sécurité sociale et les services privés ou échappent complètement à toute couverture. La répartition régionale des ressources du MPSSP est très inégale en particulier entre zones rurales et urbaines (Tableau 8). Observons tout d'abord les chiffres pour l'ensemble du pays : le nombre de médecins pour 10 000 habitants dans les zones urbaines dépasse celui des zones rurales selon un rapport de 1 à 3. En ce qui concerne les infirmières, la situation est encore plus grave ; la situation ne dénote un certain équilibre qu'en ce qui concerne

les aides soignantes. La région de Santa Cruz constitue une exception en cela qu'elle semble bénéficier d'un certain équilibre au niveau de la dotation entre zones rurales et zones urbaines. (Les chiffres pour la région urbaine de Pando se distinguent du fait d'un très faible volume de population).

Le nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants varie aussi beaucoup d'une région à l'autre. En général, les ratios du MPSSP sont bien plus faibles que ceux de la sécurité sociale (Tableau 9). La forte demande en lits dans certaines régions et l'offre excédentaire dans d'autres régions sont dues à l'atomisation du système d'approvisionnement des services publics, en particulier au niveau des structures dépendant du système de sécurité sociale. Les gains d'efficacité qui pourraient être réalisés en unifiant les différents instituts et en les regroupant avec les services du MPSSP sont évidents.

Tableau 8. Nombre de médecins, d'infirmières et d'aides soignantes du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale pour 10 000 habitants, Bolivie, 1988

Région	Médecins	Infirmières	Aides soignantes	Infirmières et Aides-soignantes
La Paz	2,3	0,9	2,8	3,7
Urbain	3,6	1,5	3,2	4,7
Rural	0,8	0,2	2,3	2,5
Santa Cruz	2,6	2,0	6,4	8,4
Urbain	2,6	2,3	5,3	7,6
Rural	2,6	1,3	8,5	9,8
Cochabamba	2,0	0,9	2,9	3,7
Urbain	3,3	1,7	3,9	5,6
Rural	1,0	0,2	2,1	2,3
Potosi	1,3	0,6	2,9	3,4
Urbain	2,5	1,5	2,0	3,5
Rural	0,8	0,2	3,2	3,4
Oruro	1,8	0,9	3,1	4,0
Urbain	2,4	1,4	1,5	2,9
Rural	1,2	0,3	4,9	5,2
Chuquisaca	3,7	2,2	4,1	6,3
Urbain	10,9	6,7	6,2	13,0
Rural	1,4	0,7	3,3	4,0
Tarija	3,7	4,6	6,5	11,1
Urbain	6,6	8,9	8,5	17,5
Rural	1,4	1,3	4,9	6,2
Béni	3,9	1,6	9,8	11,3
Urbain	4,1	1,8	9,0	10,8
Rural	3,5	1,2	10,8	12,0
Pando	6,7	1,1	9,3	10,4
Urbain	37,0	8,5	48,4	56,9
Rural	2,1	0,0	3,4	3,4
Bolivie	2,9	1,5	4,0	5,5
Urbain	4,3	2,5	4,2	6,7
Rural	1,5	0,5	3,8	4,3

Source : données non publiées du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, 1991.

Les différences entre les tableaux 3 et 8 sont dues au fait que les ressources pour 10 000 habitants dans la population globale sont plus importantes que celles pour la population couverte par le MPSSP.

Les besoins les plus urgents concernent les infirmières et les aides soignantes. L'information du MPSSP pour 1988 indique que le nombre d'infirmières et d'aides soignantes par médecin (1,7 dans les zones urbaines et 3,4 dans les zones rurales) est beaucoup trop faible. Un total de 302 médecins ont obtenu leur diplôme dans les universités boliviennes en 1988 — année la plus récente pour laquelle les données complètes sont disponibles. Dans la même année, ces universités n'ont délivré que 105 diplômes d'infirmières (information personnelle du Secrétaire général de la Commission exécutive des Universités boliviennes). Le manque d'infirmières diplômées est particulièrement inquiétant mais les salaires extrêmement bas des infirmières et des aides soignantes (respectivement 89 et 49 US$ par mois en 1987, d'après la Banque Mondiale, 1989b) rend ces professions peu attractives, tout au moins dans le secteur public.

Un point qui n'a pas reçu l'attention qu'il méritait est la carence en médicaments essentiels et en fournitures médicales dans les services du MPSSP. Ces carences affaiblissent l'offre de services. De plus, la participation financière des patients aux médicaments, comme cela est souvent le cas, pose d'importants problèmes d'équité.

Tableau 9. Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants, par région. Bolivie, 1988

Région	Population totale	Population couverte par	
		MPSSP	Sécurité sociale
La Paz	14,6	11,2	20,7
Santa Cruz	20,7	21,3	27,5
Cochabamba	10,0	8,2	23,3
Potosi	11,3	7,2	31,2
Oruro	15,1	13,5	23,0
Chuquiasca	26,1	27,2	36,8
Tarija	19,2	17,8	31,7
Béni	19,4	20,4	21,5
Pando	51,1	66,7	6,2
Bolivie	15,9	14,2	24,4

Les estimations de l'auteur sont basées sur des données boliviennes, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MPSSP, 1989).

3.3. Le secteur privé

La composante privée du secteur de la santé est constituée de deux sources : (i) les nombreuses Organisations non gouvernementales et (ii) les fournisseurs privés de soins (curatifs) à but lucratif.

Malheureusement, aucune évaluation des sommes dépensées par les Organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé n'est disponible. Elles doivent pourtant être considérables. Nous savons uniquement que ces organisations ont apporté quelques innovations intéressantes au niveau de l'offre publique de santé comme, par exemple, le financement combiné ressources publiques-participation financière du patient. Le manque de coordination est le problème principal des Organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé, ce qui conduit à un manque d'efficacité généralisé et entraîne parfois le Gouvernement dans des dépenses imprévues. Certaines Organisations non gouvernementales ont des buts très précis et des intérêts très localisés, de sorte qu'elles ne peuvent pas constituer les outils principaux d'une politique à l'échelle nationale.

Le secteur privé de la santé, à but lucratif, ne couvre qu'une faible fraction de la population, mais cette situation évolue considérablement. Les services de santé privés, basés sur des tarifs fixes et payés d'avance, prennent rapidement de l'importance en parallèle au déclin de la qualité des soins dans le système public de sécurité sociale. Il ne semble guère plausible, toutefois, que la couverture des services privés à but lucratif devienne très importante ou qu'ils se substituent aux services publics. Les systèmes privés de soins et d'assurance santé des pays industrialisés, même les plus développés, laissent eux-mêmes sans protection des franges non négligeables de la population (Aaron, 1991). Toujours est-il que leur évolution mérite un contrôle beaucoup plus attentif qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour. Bien que le MPSSP supervise les centres de soins privés, on sait peu de choses de leur fonctionnement et encore moins sur leurs investissements et les ressources qu'ils mettent en œuvre.

4. Perspectives et politiques à moyen terme

4.1. Accroissement de l'effort fiscal

Des augmentations continues des sommes allouées au secteur de la santé ne sont possibles que si le produit intérieur brut se trouve lui-même dans une dynamique de croissance. Avec un produit intérieur brut en pleine stagnation, l'assiette de l'impôt n'augmente pas, toutes choses égales par ailleurs, de sorte que la croissance du budget de la santé est bloqué ou devient gravement dépendante de financements extérieurs instables et d'excès peu souhaitables en matière de recouvrement des coûts.

Même si la croissance redémarre fortement, le problème du transfert des ressources du secteur privé pour financer les dépenses sociales en général et de santé en particulier subsiste. Les impôts, en pourcentage du PIB, sont encore trop faibles (Tableau 1). Aucun remaniement des dépenses publiques ne sera possible, à moins que le budget n'augmente.

A la suite de toute croissance budgétaire, le Ministre de la Santé doit pouvoir obtenir une part plus importante qu'auparavant ou au moins égale. On doit accorder plus d'attention à tout le processus budgétaire de financement des projets santé. Dernier point important : le financement extérieur devrait procurer des ressources supplémentaires au secteur de la santé, et non pas se substituer aux fonds locaux, comme cela a été partiellement le cas durant ces cinq dernières années.

4.2. Questions relatives au recouvrement des coûts

Le recouvrement des coûts contribue considérablement au financement des dépenses publiques de santé, et la tendance est à la hausse. L'aspect positif du recouvrement des coûts est, de toute évidence, qu'il procure des ressources supplémentaires au système public. D'autres arguments en faveur du recouvrement des coûts consistant à dire qu'il accroît l'efficacité (les tarifs régulent le recours aux services) et même l'équité (les tarifs ont pour effet de réduire les subventions aux riches).

La question de l'équité n'est pas encore résolue. Bien que les tarifs n'ont pas besoin d'être régressifs, ils sont susceptibles de l'être dans de nombreuses circonstances (sur ce point, cf. Gertler *et al.*, 1987). La question essentielle est de savoir si les tarifs décourageront les plus pauvres d'utiliser les services de santé ou s'ils les conduiront à retarder au maximum le recours au traitement, débouchant ainsi sur un coût, tant privé que social, beaucoup plus élevé et pouvant aller jusqu'à la mort.

4.3. Décentralisation

La décentralisation est considérée comme l'un des instruments clé du secteur de la santé, d'abord pour augmenter l'efficacité et ensuite pour augmenter les ressources du secteur. L'argument de l'efficacité est bien connu : plus la source des fonds est proche de leur utilisation, meilleure est cette utilisation. Le point concernant les ressources supplémentaires est plus délicat.

L'organisation actuelle des services du MPSSP en districts et régions ne propose qu'une décentralisation limitée quant à la décision, et encore plus limitée quant au financement. Les hôpitaux et les centres de santé retiennent bien les sommes provenant des financements et autres mesures de recouvrement des coûts, mais d'autres fonds leur sont affectés au travers de processus budgétaires hautement centralisés. Cette procédure peut conduire à des ressources plus faibles qu'au travers d'un système réellement décentralisé. Dans un système fortement décentralisé, les autorités locales telles les municipalités et les organismes régionaux de développement peuvent ajouter leurs ressources propres aux actions de santé publique. En fait, sans attendre une décentralisation officielle, les municipalités et les organismes de développement régional ont contribué, bien que de manière un peu désordonnée, au financement de la santé, généralement pour les dépenses d'investissement des hôpitaux et des postes de santé. Le programme urbain de la municipalité de La Paz, financé avec l'aide de la Banque Mondiale, comprend un volet santé très important.

Une proposition de décentralisation fut rejetée en 1988 par le Parlement bolivien à cause de l'opposition des syndicats de médecins et des travailleurs de la santé ; toutefois, la décentralisation est toujours en première ligne dans le calendrier des réformes. Un des dangers potentiels de la décentralisation pour la politique de santé est que les autorités locales favorisent l'implantation de services de médecine curative, plus visibles électoralement parlant, que ne le sont les campagnes préventives.

4.4. Mécanismes de la privatisation

La loi proposant la privatisation (étudiée section 1) présente une clause qui précise les mécanismes de vente des entreprises publiques à des projets de développement social y compris les investissements en structures sanitaires. Il est encore difficile de juger de l'impact direct de ce mode de financement sur le secteur de la santé. Tout d'abord, les implications financières globales à long terme de la privatisation restent obscures ; elles dépendront largement des prix de cession. Des sources informées estiment que les sommes récupérées sur la vente de ces entreprises seront faibles : environ 100 millions de dollars US, l'équivalent de 2% du produit intérieur brut ou du budget de trois années du MPSSP. Ensuite, les fruits de la vente devront être partagés entre les différents secteurs sociaux. En outre, une disposition de cette même loi stipule que l'argent récupéré doit être utilisé pour financer des investissements fixes. Ce qui peut constituer une certaine contrainte sur les dépenses de santé. Toujours est-il que les investissements dans le domaine de l'eau potable et du tout-à-l'égout, bien que sans effet direct sur le budget du MPSSP, auront sans aucun doute un impact extrêmement positif sur l'état général de la santé dans la population qui ne bénéficiait pas, jusqu'alors, de ces services.

Enfin, des questions subsistent quant à la destination effective des ressources supplémentaires aux secteurs sociaux. Le Gouvernement peut être tenté de remplacer les sommes affectées normalement aux dépenses sociales par les

sommes tirées des privatisations. Si c'est effectivement le cas, aucune ressource supplémentaire ne sera dégagée pour le secteur social, ou les sommes affectées seront plus limitées que prévu.

4.5. Conversion

La majeure partie de la dette bolivienne se trouve, à l'heure actuelle, entre les mains de créanciers institutionnels, agences multilatérales ou Gouvernements. Les négociations avec les Gouvernements du Club de Paris ont conduit à des conditions très favorables à la Bolivie. La dette contractée dans le cadre commercial a été considérablement réduite grâce à des opérations de rachat assorties de fortes remises. La dette restante auprès des banques privées est d'environ 185 millions de dollars US, somme relativement modeste.

Dans la renégociation de la dette avec les Gouvernements créanciers, un seul pays, la Belgique, a accepté de convertir ses créances contre l'assurance d'un engagement en dépenses sociales. La Belgique a fait savoir au Gouvernement bolivien qu'elle acceptait le paiement du service de la dette en bolivianos (la monnaie bolivienne) les sommes payées étant affectées aux dépenses sociales[1].

Dans le Décret Suprême 21660 du 10 juillet 1987, le Gouvernement bolivien mit en place un mécanisme de conversion pour ses dettes envers des créanciers privés. Par ce moyen, les investisseurs pouvaient échanger les reconnaissances de dettes boliviennes contre des bons (zéro coupons) émis par la Banque centrale, amortissables sur 25 ans, pouvant être rachetés par les porteurs si les sommes étaient réinvesties en Bolivie. La valeur de rachat était proche de 150% de la valeur de la dette sur le second marché. En fait, cette conversion comprenait une prime de 50% en plus de la valeur de la dette sur le second marché. Cette prime fut suspendue en 1991. La conversion, accompagnée d'une prime de 50%, allait automatiquement à toute opération impliquant une dépense en Bolivie. En réalité, certaines organisations non gouvernementales ayant de fortes dépenses locales bénéficièrent de cette disposition.

Les autorités monétaires boliviennes ont montré une certaine prudence vis-à-vis des conversions de dettes, tant avec les créanciers privés qu'avec les créanciers institutionnels, par crainte de leurs conséquences inflationnistes et d'une surévaluation des taux de change. Les conversions peuvent en effet provoquer des soubresauts inflationnistes et conduire à une surévaluation puisqu'ils provoquent une dépense accrue sur les biens locaux. Ces effets indésirables peuvent toutefois être maîtrisés en imposant des seuils annuels au montant de dettes échangées. La Banque Centrale a imposé des limites relativement basses.

5. Remarques finales

L'économie bolivienne se trouve dans une bien meilleure situation qu'il y a quelques années, en 1985. De plus, la démocratie et l'ordre social règnent depuis cette date. Malgré de nombreuses critiques exprimées sur l'actuel modèle de développement le coût d'une réorientation serait certainement extrêmement élevé. Tous les partis politiques sont d'accord sur le fait que la stabilité des prix et le redémarrage de la croissance et du développement social sont les tâches les plus importantes à moyen terme.

---

1. Les programmes de soutien de la balance des paiements sont identiques, sur le fond, aux conversions de dettes, même s'ils ne sont pas directement liés à la dette. Dans ces programmes, les pays donateurs reçoivent des bolivianos en paiement de leurs exportations vers la Bolivie, et ces produits financiers sont alors dépensés dans les programmes d'aide.

Les principaux partis politiques soutiennent fermement la guerre contre la pauvreté mais une telle campagne risque d'entraîner certaines difficultés de mise en œuvre. Le transfert accru de ressources nationales vers la santé et autres services connexes est l'une de ces difficultés. Ce transfert interne relèvera, à son tour, le niveau de l'impôt et exigera une structure plus progressive de la fiscalité et un renouveau important dans les dépenses budgétaires. La privatisation des entreprises publiques et les conversions de dettes sont des substituts très imparfaits à une taxation contenue. Des recherches complémentaires sont nécessaires dans le domaine de l'économie politique des choix budgétaires et sur la bonne combinaison impôts-dépenses de manière à rendre le budget plus progressif et ainsi étendre la couverture des services de santé.

Il n'existe aucun lien automatique entre l'amélioration de la santé et l'apport de ressources supplémentaires. Même si un lien positif existait, des dépenses effectuées dans d'autres domaines peuvent également produire une amélioration de la santé. Dans ce document, nous n'avons abordé ce problème que de manière allusive. Le problème de l'efficacité est loin d'être secondaire et il nécessite une réflexion systématique.

Remerciements

Pour leurs précieux commentaires, je remercie, sans pour autant les impliquer personnellement, le docteur Javier Torres Goitia et les autres médecins qui ont participé au séminaire de santé publique à l'Université Andine de La Paz.

Références bibliographiques

Aaron, H.J. (1991) *Serious and Unstable Condition : Financing America's Health Care*, Washington DC, The Brookings Institute.

Askew, I.D. (1991) Planning and implementing community participation in health programmes. In : Akhtar, R., édit., *Health Care Patterns in Developing Countries*, New York, Greenwood Press, pp.3-17.

Banque Mondiale (1989a) *World Development Report*, Washington DC.

Banque Mondiale (1989b) *Bolivia : Public Sector Expenditure Review with a Special Emphasis on the Social Sectors* (Report n°7746-BO), Washington DC.

Banque Mondiale (1990) *World Debt Tables*, 1989-90 Edition, Washington DC.

Banque Mondiale (1991) Bolivia : From stabilization to Sustained Growth (Report n°9763-BO), Washington DC.

Bolivie, Banque Centrale (1991) *Boletín Estadístico* [Bulletin Statistique], No. 269, La Paz.

Bolivie, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (1989) *Bolivia : Situacíon de la Salud y sus Tendencias* [Bolivie : Situation de la Santé et ses Tendances].

Bolivie, Ministère du Plan (1989) *Estrategia de Desarollo Económico y Social 1989-2000* [Stratégie de développement économique et social 1989-2000], La Paz.

Bolivie, Ministère du Plan, Unité d'analyse politique (1991) *Estadísticas Económicas de Bolivia* [Statistiques économiques pour la Bolivie], n°2, La Paz.

Collège de Médecine de Bolivie et UNICEF (1992) *Dialéctica Social de la Política de Salud* [Dialectique sociale de la politique de la santé], La Paz, Ediciones Gráficas.

Cornia, G.A. (1987) Economic decline and human welfare in the first half of the 1980s. In : Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F., édit., *Adjustment with a Human Face : Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, Vol. 1, Oxford, Clarendon Press, pp.11-47.

Gertler, P., Locay, L. & Sanderson, W. (1987) Are user fees regressive ? The welfare implications of health care financing proposals in Perú. *J. Econometrics*, 36, 67-88.

Morales, J.A. (1992) *Bolivia's Tin and Natural Gas Crises of 1985-90* (Working Paper DT-04/92), La Paz, Universidad Católica Boliviana, Instituto de Investigaciones Socio-económicas.

Morales, R. (1984) *Desarollo y Pobreza en Bolivia* [Développement et pauvreté en Bolivie], La Paz, UNICEF.

Morales, R. & Rocabado, F. (1988) *Los Grupos Vulnerables en las Economías en Desarollo : El Caso Boliviano* [Les populations vulnérables dans les économies en développement : le cas de la Bolivie], La Paz, Ministère du Plan.

Chapitre 6

LA PLACE DE L'AIDE EXTÉRIEURE DANS LE SECTEUR MÉDICAL AU TCHAD

J. Perrot

Bureau de la Coopération internationale
Organisation mondiale de la Santé, Genève

Introduction

Le Gouvernement du Tchad a fait de la santé l'une de ses priorités pour la prochaine décennie. Il souhaiterait apporter au plus grand nombre les soins de santé primaires, le groupe mère-enfant constituant la cible privilégiée de ses programmes de santé[1]. Toutefois — et c'est ce que tentera de montrer la première partie de ce document — compte tenu des possibilités économiques du pays, l'État tchadien ne peut assurer seul un développement substantiel de la santé des populations et donner une réalité aux priorités qu'il s'est définies. Par ailleurs, au Tchad, le pouvoir d'achat des populations est si faible qu'un système de recouvrement des coûts ne peut et ne pourra qu'insuffisamment pallier les insuffisances budgétaires de l'État.

La place de l'aide extérieure dans le financement du secteur de la santé est aujourd'hui importante et les prévisions réalisées par le Ministère du Plan et de la Coopération pour la prochaine décennie montrent clairement que le Tchad a besoin de l'aide extérieure et souhaite le développement de celle-ci pour atteindre ses objectifs. Ce document tente de faire la synthèse des dernières informations sur ce point.

Si l'aide extérieure[2] est importante en volume financier, elle est également spécifique puisque, comme nous le montrerons, elle renvoie assez largement à des dépenses de fonctionnement courant du système de santé. Il faut alors s'intéresser aux conséquences de cette place de l'aide dans le développement du système de santé : il n'est en effet plus possible de raisonner en termes d'aide complémentaire et passagère dont la relève peut et doit être rapidement assurée par l'État ou les communautés. Prenant largement en charge des pans entiers du fonctionnement des

---

1. Cf. « Plan d'orientation : le Tchad vers l'an 2000 », Ministère du Plan et de la Coopération, 1991.
2. La définition de l'aide aux pays en développement ne fait pas toujours l'unanimité. On peut néanmoins retenir deux approches qui s'affrontent. L'une consiste à ne reconnaître comme aide que les dons, à l'exclusion de tout prêt. L'autre au contraire retient dons et prêts des États et des organisations multilatérales. L'OCDE dans sa publication sur l'Aide Publique au Développement adopte une position intermédiaire basée sur deux critères. Un prêt est considéré comme une aide : i) s'il aboutit à une économie de 25% par rapport à un taux de marché de 10% ; et ii) si les fonds sont dépensés pour le développement. Dans le cas du Tchad, tous les prêts satisfont aux critères de l'OCDE : par conséquent, dans ce texte, le terme d'aide concernera tant les dons que les prêts publics à l'État tchadien. Cette terminologie est d'ailleurs celle adoptée par le Plan d'Orientation du Ministère du Plan.

structures et des services de santé, l'aide extérieure doit s'inscrire dans la durée et la continuité. Or, une telle place de l'aide pose des problèmes à l'État tchadien : problèmes de dépendance vis-à-vis de l'extérieur, de souveraineté nationale, d'acceptation de ce type d'aide par les populations et les personnels nationaux de santé, etc. Mais elle pose aussi des problèmes aux bailleurs de fonds dont les objectifs d'intervention s'inscrivent de plus en plus dans le court terme. Ce document tente de présenter quelques pistes de réflexion sur la place de l'aide dans le contexte du Tchad.

1. Quelques points de repères

Le Tchad couvre un territoire immense de 1 284 000 km^2 dont une grande partie est désertique ou semi-désertique. Cette immensité pose des problèmes de logistique : transport, communications, dispersion des populations. En outre, le territoire est enclavé. Loin de la mer, les importations sont coûteuses et la compétitivité des produits exportables se trouve réduite du fait de coûts de transport élevés.

Malgré l'absence de recensement récent (il en existe un en cours), on peut estimer la population à 5,5 millions d'habitants en 1990 dont 42% a moins de 15 ans. Le taux de croissance annuelle est de 2,4%, ce qui conduira à une population de 7 millions en l'an 2000. La population urbaine augmente très rapidement. Ainsi, N'Djamena, qui compte aujourd'hui environ 500 000 habitants, passera à plus de 1 million d'habitants en l'an 2000, soit 8% d'augmentation par an.

Le taux d'alphabétisation des adultes — 25% environ — est un des plus bas du monde. En revanche, le taux brut de scolarisation dans le primaire — 52% — n'est pas parmi les plus mauvais d'Afrique et l'on observe que les effectifs augmentent rapidement ces dernières années malgré des conditions d'enseignement peu favorables. Le taux net de scolarisation primaire s'élève à 37%.

La population est employée massivement dans le secteur traditionnel, notamment dans le monde rural : 83% de la population active est employée dans l'agriculture. On peut estimer que le nombre d'emplois dans le secteur formel s'élève à 45 000 personnes, auxquelles il convient d'ajouter un peu plus de 30 000 militaires. Hormis le secteur de la défense nationale, 25 000 personnes sont employées dans la fonction publique. Les 20 000 autres emplois du secteur formel se répartissent entre 2 500 entreprises de tailles diverses, dont une dizaine d'entreprises regroupant plus de 100 salariés. Le secteur productif moderne représente environ 1% de la population active et se maintient difficilement à ce niveau : la Société Tchadienne de Textile (STT) est en faillite et la Société Tchadienne d'Eau et d'Électricité (STEE) est en position difficile.

En matière de santé, on notera les principaux indicateurs suivants :

- Espérance de vie à la naissance : 46 ans
- Taux de mortalité infantile : 129%
- Enfants d'un an vaccinés : 21%
- 1 médecin pour 32 830 habitants
- 1 infirmier Diplômé d'État pour 33 862 habitants
- 1 sage-femme pour 8 529 femmes en âge de procréer
- 451 formations sanitaires
- 76 lits d'hôpitaux pour 100 000 habitants

2. La place actuelle de l'aide

2.1. La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie

2.1.1. Le financement du déficit du budget de fonctionnement de l'État

Le Produit Intérieur Brut (PIB) est estimé à 325 milliards de FCFA en 1990, soit un revenu par habitant de 60 000 FCFA (200 US$, pour un taux de change de 300), ce qui est beaucoup moins que la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne. Depuis la fin des événements en 1982, l'évolution du PIB est très erratique. Le taux de croissance du PIB n'est pas supérieur à celui de la population, induisant ainsi que le Tchadien moyen voit stagner son pouvoir d'achat.

Tableau 1 : Évolution du PIB et du budget de fonctionnement de l'État, Tchad, 1983-90 (en milliards de FCFA courants)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
PIB	223,3	282,7	327,8	260,4	244,1	310,5	320,2	324,1
Budget de l'État								
Recettes courantes	8,5	18,3	21,3	17,7	19,5	24,8	28,8	31,6
Dépenses courantes	12,8	23,5	25,0	25,0	27,7	31,0	42,2	47,7
Déficit	-4,3	-5,2	-3,6	-7,3	-8,3	-6,2	-13,4	-16,2
Dépenses/PIB (%)	5,7	8,3	7,6	9,6	11,3	10,0	13,2	14,7

En ce qui concerne le budget de fonctionnement de l'État, les chiffres du tableau 1 laissent apparaître deux points importants :

– une augmentation substantielle du déficit budgétaire pour aboutir, en 1990, à des dépenses 1,5 fois plus élevées que les recettes. Il est clair qu'une telle situation n'est pas tenable sur le long terme. Ce déficit place le pays dans une situation de dépendance puisque son financement est assuré par des aides extérieures, notamment la France, les États-Unis, la Banque Mondiale et le FMI, avec une réticence de plus en plus marquée de la part de ces créanciers. On voit ici toute l'importance de l'aide extérieure non affectée à un secteur particulier mais qui finance les dépenses de fonctionnement courant de l'État et par conséquent, indirectement le secteur de la santé ;

– un accroissement très important des dépenses publiques par rapport à la richesse nationale. Là encore, l'État ne peut pas continuer à prélever autant sur cette richesse sans compromettre le développement du pays et le revenu des Tchadiens. Bien que les dépenses militaires soient encore importantes — de l'ordre de 10 milliards de FCFA — leur poids a diminué, passant de 35% des dépenses courantes pendant les années 1986 à 1988 à environ 25% en 1990. Dans le même temps, les salaires civils passaient de 27% à 42% des dépenses courantes. Il faut souligner qu'une grande partie de l'explication de ce phénomène tient au rétablissement des pleins salaires de la fonction publique à partir de 1989.

2.1.2. Le budget d'investissement public

Les dépenses d'investissement, telles qu'elles apparaissent au « Compte consolidé des opérations de l'administration centrale » (tableau 2) ont beaucoup augmenté au cours des huit dernières années. Les financements sont en quasi-totalité assurés par l'extérieur (la contrepartie nationale apparue ces dernières années n'étant que symbolique). Par ailleurs, la part des emprunts par rapport aux dons a beaucoup augmenté ; marginaux au début de la période, les emprunts représentent plus de 30% des dépenses totales d'investissement, ce qui se traduira par une augmentation substantielle des remboursements dans les prochaines années. On observera que le montant des dépenses d'investissement dépasse largement le montant du budget de fonctionnement. Toutefois, comme le souligne le « Plan d'Orientation », seulement 40% de ces dépenses correspondent effectivement à de l'investissement au sens classique du terme, les 60% restants étant constitués par des dépenses de fonctionnement payées par l'extérieur. En conséquence, et pour 1990, le montant des investissements se situe à hauteur de 24 milliards de FCFA. Les dépenses publiques de fonctionnement se sont élevées à 47,7 milliards de FCFA pour le budget de l'État (dont un déficit de 16,2 milliards financé par l'extérieur) et à 36 milliards de FCFA financés par l'extérieur, soit un total de près de 84 milliards de FCFA. Ainsi, l'extérieur a financé 52,2 milliards de FCFA de fonctionnement sur un total de 84 milliards de FCFA, soit 62,1%, marquant la très grande dépendance du pays vis-à-vis de l'extérieur.

2.2. La place de l'aide dans le secteur de la santé

Les données que nous utiliserons ci-dessous sont issues de l'*Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad*, réalisé par le Bureau des Statistiques, Planification et Études (BSPE) du Ministère de la Santé publique. Ces statistiques ont l'avantage de présenter une série homogène de six années consécutives, de 1985 à 1990. Toutefois, dans cet annuaire, les dépenses de santé sont relatives au seul Ministère de la Santé publique et ne comprennent par conséquent pas le secteur des Affaires sociales. Les données ci-dessous permettent de faire la distinction entre le budget voté et les dépenses qui ont été réellement engagées.

La part du budget de l'État qui va à la santé se situe ces dernières années autour de 4%, c'est-à-dire à un niveau légèrement inférieur à la moyenne de 5% observée dans les pays de l'Afrique subsaharienne et sensiblement moins que les 8% souvent recommandés par l'OMS. On remarquera, en outre, que la part la plus faible a été observée lors des années de forte crise économique de 1987-88, soulignant ainsi qu'a contrario des discours officiels, il est difficile de faire du secteur de la santé une priorité nationale.

Tableau 2 : Évolution des dépenses publiques d'investissement, Tchad, 1983-90 (en milliards de FCFA courants)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Dépenses totales	12,9	13,8	25,6	46,5	54,6	53,1	62,8	60,0
Financement ext.	12,9	13,8	25,6	46,5	54,6	52,9	61,6	59,5
Contrepartie locale	—	—	—	—	—	0,2	1,2	0,5
Emprunts/dons (%)	7,0	12,3	29,7	14,8	17,2	14,0	29,1	36,8

Tableau 3. Évolution du budget de fonctionnement de la santé, Tchad, 1985-90 (en millions de FCFA courants)

Année	Budget de l'État		Dépenses de santé		Budget santé/État (%)	
	Voté	Engagé	Voté	Engagé	Voté	Engagé
1985	39 836	25 167	1 547	1 033	3,9	4,1
1986	42 550	27 711	1 272	1 053	3,0	3,8
1987	25 401	24 768	740	708	2,9	2,9
1988	27 114	30 972	883	792	3,9	2,5
1989	39 154	42 235	1 624	1 280	4,2	3,0
1990	40 407	39 709	1 720	1 535	4,3	3,8

Contrairement au budget général de l'État, les dépenses engagées dans le domaine de la santé sont toujours inférieures aux dépenses votées. Il ne faut bien sûr pas en conclure que le secteur est si généreusement doté qu'il n'arrive pas à dépenser ses crédits ! Au contraire, les contraintes sur le budget sont souvent telles que certaines lignes budgétaires sont interdites à la consommation. Ainsi en est-il des médicaments : en 1990, 50 millions de FCFA avaient été prévus au budget, mais aucune somme n'a été dépensée.

Il faut enfin noter que, pour 1990, les données de l'Annuaire statistique du Ministère de la Santé ne correspondent pas aux données figurant dans le plan d'orientation du Ministère du Plan et de la Coopération, qui donne un chiffre de 47,7 milliards de FCFA pour le budget de l'État réellement engagé.

Le volume de l'aide extérieure à la santé est donné dans le tableau 4, ci-dessous. Si on additionne les aides extérieures aux dépenses engagées par l'État pour la santé, on obtient les résultats suivants :

Tableau 4 : Dépenses publiques de santé, Tchad, 1985-90 (en millions de FCFA courants)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Aides extérieures	2 016	5 081	4 731	5 411	5 995	5 541
Dépenses de l'État	1 033	1 053	708	792	1 280	1 535
Total	3 049	6 134	5 439	6 203	7 276	7 075

Sauf pour 1985, les aides extérieures représentent environ 80% des dépenses de santé du pays. Malgré toutes les remarques que l'on peut faire à propos de l'évaluation de l'aide extérieure, il ressort qu'un tel pourcentage est énorme et très atypique même par rapport à celui de pays au développement comparable. Il place le Tchad dans une situation d'extrême dépendance.

Ces données concernant l'aide extérieure ne permettent pas de faire la distinction entre ce qui relève explicitement de l'investissement et ce qui est en réalité du fonctionnement. Cependant, si l'on applique, comme nous le verrons plus loin, une répartition de 85% pour le fonctionnement et 15% pour l'investissement, on obtient pour 1990 les résultats suivants :

Tableau 5 : Dépenses de santé en 1990, Tchad

	Dépenses	
	Millions de FCA	%
Dépenses de l'État	1 535	21,7
Aides extérieures		
Total	5 541	78,3
Dont fonctionnement	4 710	66,6
Dont investissement	831	11,7
Total	7 076	100,0

Les dépenses de fonctionnement assurées par l'extérieur sont donc trois fois plus importantes que les dépenses de fonctionnement assurées par le budget de l'État.

En rapportant ces différents montants à la population du pays, on obtient la dépense de santé par habitant suivante :

Tableau 6 : Évolution de la dépense de santé par habitant, Tchad, 1985-90

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Population (en milliers)	5 061	5 180	5 303	5 428	5 263	5 384
Dépense publique par habitant (FCFA courants)						
Financé par l'État	204	203	134	146	243	285
Financé par l'aide extérieure	398	981	892	997	1 139	1 029
Total	602	1 184	1 026	1 143	1 383	1 314

En conséquence, pour 1990, l'État a dépensé environ 1 US$ par habitant et l'extérieur environ 3,5 US$, soit un total de 4,5 US$ par habitant. Ce montant est assez faible si on le compare à celui d'autres pays de même niveau de développement. Depuis cinq ans, la dépense de santé par habitant en FCFA constant (compte tenu d'une hausse des prix d'environ 5% par an) est stagnante, voire en légère diminution.

A ces dépenses, il faudrait toutefois ajouter, d'une part, les dépenses des familles pour l'achat de services, mais surtout de médicaments sur le marché privé et, d'autre part, les dépenses financées par les Organisations non gouvernementales confessionnelles (Bureau d'Étude et de Liaison pour les Actions diocésaines de Développement, Secours catholique pour le développement, etc.) ou non, Médecins sans Frontières essentiellement. Ces dépenses sont bien sûr difficiles à estimer ; toutefois, le Plan d'orientation du Ministère du Plan et de la Coopération retient pour 1990 le chiffre de 2 milliards de FCFA, soit une dépense équivalente à celle de l'État.

Le Ministère du Plan et de la Coopération dispose d'un fichier recensant tous les projets en cours dans le pays, fichier périodiquement réactualisé. Les chiffres ci-après sont relatifs à l'actualisation réalisée en octobre-novembre 1991.

Si l'on considère le secteur de la santé et des affaires sociales, il faut s'entendre sur les concepts utilisés. La classification par ministère retenue par le Programme d'investissements publics ne permet pas de faire la distinction entre Santé et Affaires sociales. L'approche par thème permet cette distinction mais classe, en

revanche, les projets de formation initiale en santé dans la formation professionnelle en général. Pour notre propos, nous proposons d'adopter une classification spécifique avec, d'un côté les projets totalement ou à très forte composante « santé » et de l'autre, les projets « affaires sociales » qui ont un lien assez étroit avec la santé, mais d'où l'on exclura les projets qui n'ont aucun lien direct avec la santé, comme par exemple le projet « Promotion tissage féminin ». Selon ces concepts, on obtient les résultats suivants :

Tableau 7 : Ventilation des dépenses de santé inscrites au PIP, Tchad, (en millions de FCFA)

	Dépenses totale		Investissements	
	1991	1992	1991	1992
Santé	5 762	10 054	877	1 930
Protection sociale	479	514	15	20
Total	6 241	10 568	892	1 950

Les dépenses inscrites au PIP pour les secteurs de la santé et des affaires sociales représentent respectivement 9% des dépenses totales du PIP en 1991 et 12,5% en 1992. Cette augmentation substantielle tient principalement au développement de trois programmes — celui de l'UNICEF qui passe de 0,3 milliard de FCFA à 1 milliard, celui de la Coopération italienne qui passe de 0,2 milliard à 2 milliards et celui de l'USAID qui passe de 0,3 milliard à 1,2 milliard. En outre, nous n'avons pas retenu le projet « Construction de l'Hôpital de N'Djamena » pourtant inscrit au PIP en 1992 pour un montant de 1,16 milliard, mais dont la convention n'est pas encore signée. En revanche, les projets classés dans le secteur de la santé par le PIP ne comprennent pas le Projet PADS d'un montant de 26,9 millions de dollars US sur 5 ans dans lequel le secteur de la santé représente 25% des crédits du projet.

Bien que dans ces dépenses inscrites au PIP la part de ce qui peut être considéré comme de l'investissement passe de 14,3% à 18,4%, on voit que les projets assurent une partie importante du fonctionnement régulier du système de santé tchadien. Certes, la distinction entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement n'est pas toujours facile à établir sur un plan conceptuel. En outre, certaines dépenses ne sont pas comptabilisées de la même manière selon les projets (exemple de l'assistance technique). Enfin, l'assistance technique constitue une aide bien spécifique. En effet, lorsque des médicaments sont achetés, peu importe qu'ils le soient par un projet ou par le budget de l'État ; par contre, à qualification identique, le coût de la main-d'œuvre « assistance technique » est sans commune mesure avec le prix de la main-d'œuvre locale.

Il ne faut pas oublier que le PIP ne recense pas les projets des Organisations non gouvernementales confessionnelles ou non. Or, dans le domaine de la santé, bon nombre de ces projets (Secours catholique pour le développement, Bureau d'Étude et de Liaison pour les Actions diocésaines de Développement pour les Organisations non gouvernementales confessionnelles et Médecins sans Frontières pour les Organisations non gouvernementales non confessionnelles) fonctionnent selon des principes très voisins des projets bi- ou multilatéraux et il serait utile de les recenser ici.

3. La place de l'aide pour la prochaine décennie

3.1. La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie

Le Ministère du Plan et de la Coopération vient de réaliser en 1991 un « Plan d'Orientation » qui donne un cadrage macro-économique à l'horizon 2000.

3.1.1. L'évolution du PIB

Ce document rappelle combien les prévisions économiques sont difficiles à établir au Tchad en raison du poids des facteurs exogènes tels que les conditions climatiques. Néanmoins, nous avons une hypothèse de croissance réelle (hors inflation) de 3,6% par an, soit une croissance de 1,2% par an et par habitant puisque la population croît au rythme annuel de 2,4%. Ainsi, le PIB per capita passerait de 59 000 FCFA à 67 000 FCFA (soit de 196 US$ à 223 US$).

Tableau 8. Projection d'évolution du PIB, Tchad, 1991-2000 (en milliards de FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB	324,0	343,7	360,2	373,0	388,3	404,6	420,6	435,6	450,6	466,0

3.1.2. Les opérations courantes de l'État

Le document affirme un principe essentiel : la restauration des grands équilibres économiques. Le Gouvernement s'y est engagé en acceptant les principes du Cadre Africain de Référence pour les Programmes d'Ajustement Structurel (CARPAS).

Tableau 9. Projection d'évolution du budget de l'État, Tchad, 1991-2000 (en milliards de FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Recettes	28,8	37,5	40,5	43,7	46,7	50,4	54,7	57,2	59,9	62,7
Dépenses	43,9	43,3	44,1	45,0	45,3	46,3	47,2	48,1	49,0	49,9
Solde	-5,1	-5,9	-3,6	-1,3	1,4	4,1	7,6	9,1	10,9	12,8
Ratio Dépenses/PIB (%)	13,5	12,6	12,2	12,1	11,7	11,4	11;2	11,0	10,9	10,7

Du côté des dépenses courantes de l'État, celles-ci sont limitées à un total cumulé de 4% sur la période 1990-2000, avec les mesures spécifiques suivantes : i) la masse salariale est bloquée à 18 milliards de FCFA pendant 4 ans et croît ensuite de 1,5% par an en valeur réelle, ii) les dépenses de matériels augmentent en revanche sensiblement pour passer de 45% de la masse salariale civile en 1990 à 70% en l'an 2000, et iii) les dépenses militaires passent de 10 milliards de FCFA actuellement à 7 milliards de FCFA en 1995, pour se stabiliser ensuite à ce niveau, en raison d'une forte diminution des effectifs militaires. Les dépenses militaires ne représenteraient alors plus que 11% des dépenses courantes de l'État contre près de 30% en 1990.

Du côté des recettes, on anticipe leur doublement sur la décennie. Or, comme dans le même temps le PIB n'est supposé augmenter que de 50%, cela signifie une

augmentation de la pression fiscale. A la fin de la décennie, la part du PIB qui sera prélevée par le Trésor atteindra 13,5% contre 8% aujourd'hui. Cette augmentation des recettes est due moins à un changement dans la définition de l'assiette fiscale qu'à une amélioration des rentrées escomptées. Ainsi en est-il de la lutte contre la fraude au niveau des douanes.

Selon ces prévisions, le rétablissement des équilibres permettra de dégager un excédent de 12,8 milliards de FCFA en l'an 2000 qui permettront de faire face au remboursement du principal des emprunts (ces remboursements passeront de 1 milliard de FCFA en 1990 à 6,5 milliards de FCFA en l'an 2000) et aussi d'augmenter la contrepartie nationale des dépenses d'investissement (qui passerait de 0,5 milliard de FCFA en 1990 à 6,3 milliards en l'an 2000).

Autant les prévisions concernant l'évolution du PIB paraissent plausibles, autant celles concernant les opérations courantes de l'Administration centrale paraissent optimistes. En effet, si la volonté de l'État de rétablir les grands équilibres doit être indéniablement mis au crédit du Gouvernement, on peut craindre que la réalité diffère quelque peu des prévisions. Notamment en matière de dépenses salariales, les mesures envisagées sont draconiennes puisqu'elles supposent i) que les effectifs globaux de la fonction publique resteront constants, et ii) que le pouvoir d'achat des fonctionnaires ne s'améliorera pas sur la décennie. Or sur cette décennie, le pays aura besoin de recrutements importants pour faire face au développement des secteurs sociaux de l'éducation et, dans une moindre mesure, de la santé, ce qui signifie que d'autres secteurs devront voir leurs effectifs de fonctionnaires diminuer considérablement. Enfin, l'avancement à l'ancienneté conjuguée au vieillissement des agents de la fonction publique poussera la masse salariale à la hausse.

S'il apparaît raisonnable que l'État provisionne les remboursements du principal de ses emprunts, l'augmentation substantielle pour la contrepartie nationale des dépenses d'investissement (qui atteindrait 6,3 milliards de FCFA en l'an 2000) peut être reconsidérée. Les bailleurs de fonds connaissent les graves difficultés du Tchad et accepteront une contribution nationale réduite, plus facilement que dans d'autres pays.

3.1.3. Le programme d'investissements publics

Le budget d'investissement public est supposé doubler au cours des cinq prochaines années pour se stabiliser ensuite. Cela tient au fait que le projet pétrolier va compter pour une part significative des investissements au début de la décennie. En conséquence, la part des dépenses d'investissement qui correspond réellement à de la formation brute de capital fixe devrait augmenter pour passer de 40% à 45%. Par ailleurs, le Gouvernement souhaite que la part des emprunts dans ces dépenses ne continue pas à augmenter comme au cours des dernières années et que, dans tous les cas, elle ne dépasse pas 40%, afin de ne pas hypothéquer les possibilités de remboursement.

Tableau 10. Projection pour le programme d'investissement public, Tchad, 1991-2000 (en milliards de FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépense globale	55,4	74,2	95,5	105,6	100,7	95,9	99,3	98,7	97,8	97,1
Aide extérieure	54,0	72,0	93,1	103,1	98,1	92,9	96,0	94,6	94,6	90,8
Contrepartie locale	1,4	2,2	2,4	2,5	2,6	3,0	3,3	4,1	4,1	6,3

Tableau 11. Résumé des projections de dépenses publiques, Tchad, 1991-2000 (en milliards de FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépense de fonctionnement de l'État	43,9	43,3	44,1	45,0	45,3	46,3	47,2	48,1	49,0	49,9
Dépense de fonctionnement extérieur[a]	32,4	42,5	54,0	58,8	54,9	51,1	52,8	52,0	51,0	49,9
Total dépenses de fonctionnement	76,3	85,8	98,1	103,8	100,2	97,4	100,0	100,1	100,0	98,8
Investissement de l'État[a]	1,4	2,2	2,4	2,5	2,6	3,0	3,3	4,1	5,1	6,3
Investissements extérieurs[b]	21,4	29,5	39,1	44,3	43,2	41,8	43,2	42,6	41,7	40,9
Total investissement	22,8	31,7	41,5	46,8	45,8	44,8	46,5	46,7	46,8	47,2

a : Les dépenses d'investissement de l'État sont toutes supposées correspondre à de l'investissement. b : La part de dépenses de fonctionnement allant réellement à l'investissement est supposée de 40% en 1991 ; on a supposé qu'elle augmente de 1 point par an les années suivantes et se stabilise alors à 45%.

Deux points résument les informations contenues dans le tableau ci-dessus :

– pour la prochaine décennie, le Gouvernement compte sur les bailleurs de fonds pour assurer environ la moitié des dépenses de fonctionnement. Certes, le budget de l'État sera équilibré, mais beaucoup des dépenses de fonctionnement seront réalisées à travers les projets qui apporteront les moyens de fonctionnement des activités courantes (matériels, fournitures, formation du personnel, etc.). Certes, un tel dispositif place le pays dans une situation de forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur ; néanmoins, compte tenu de la situation économique du pays et des perspectives d'avenir, ce scénario est réaliste ;

– pour la prochaine décennie, les dépenses réelles d'investissement seront, malgré l'engagement très volontariste et peut-être trop optimiste de l'État, assurées par l'extérieur. Il est par contre raisonnable que l'État prévoie les échéances de ses emprunts (intérêts et principal) et qu'il cherche à limiter le recours aux emprunts.

3.2. La place de l'aide dans le secteur de la santé

3.2.1. Les dépenses de santé financées par l'État

La première hypothèse qui est faite dans les prévisions du plan renvoie au choix du Gouvernement de faire de la santé une de ses priorités nationales. Il est ainsi retenu que les dépenses de santé financées par le budget de l'État doivent s'accroître de 10% par an, ce qui, compte tenu d'un taux d'accroissement de la population de 2,3% par an, correspond à une augmentation réelle de 7,7% par an. Une telle hypothèse est sans doute particulièrement volontariste. Les prévisions qui sont reprises dans le tableau ci-dessous rassemblent les secteurs de la santé et des affaires sociales.

Un tel objectif est ambitieux puisqu'il ferait passer, en une décennie, la part des dépenses de santé dans le budget de l'État de 4,2% à 10,4%. On constate cependant qu'en dépit d'un tel effort de l'État, la dépense par habitant ne ferait que doubler en dix ans et serait de l'ordre de 2,5 US$ en l'an 2000. On mesure là tout le poids des

contraintes économiques : l'État n'aura pas, même au prix de gros efforts, les moyens d'assurer seul la santé pour tous d'ici l'an 2000.

3.2.2. Les dépenses de santé financées par l'aide extérieure

C'est pourquoi l'on fait l'hypothèse que l'aide extérieure devra non seulement se poursuivre mais encore s'amplifier, puisqu'elle aussi devrait s'accroître de 10% par an. L'État tchadien prend donc acte de sa faiblesse financière et fait appel à l'extérieur pour financer en grande partie son système de santé. Selon cette optique, l'aide n'est pas conçue comme un substitut passager mais comme un complément nécessaire pour atteindre un certain état de santé des populations.

Tableau 12. Projection d'évolution des dépenses de fonctionnement de la santé financées par l'État, Tchad, 1991-2000 (en FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépense (en milliards de FCFA)	2,2	2,4	2,7	2,9	3,2	3,5	3,9	4,3	4,7	5,2
% du budget de l'État	5,0	5,5	6,2	6,5	7,1	7,6	8,3	8,9	9,6	10,4
Dépense per capita (en FCA)	391	420	451	485	521	560	602	647	695	747

On peut estimer que les dépenses de fonctionnement financées par l'aide extérieure se sont élevées en 1990 à 5,5 milliards de FCFA ; les résultats de la projection sont alors les suivants :

Une augmentation de 10% par an correspondrait presque à un triplement de l'aide extérieure sur la décennie, en FCFA constants, rappelons-le. Une telle hypothèse marque la volonté de l'État de voir l'aide extérieure se développer. Cette augmentation demandera par conséquent un effort important pour mobiliser cette aide. Or, si le contexte politique instable d'aujourd'hui devait perdurer, il n'est pas sûr que l'État arriverait à mobiliser un tel volume d'aide. En effet, de plus en plus, de nombreux partenaires au développement font de la stabilité politique une condition préalable à leur intervention.

Tableau 13. Projection d'évolution des dépenses de fonctionnement de la santé financées par l'aide extérieure, Tchad, 1991-2000 (en FCFA 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépense (en milliards de FCFA)	5,1	6,7	7,3	8,1	8,9	9,7	10,7	11,8	13,0	14,3
Dépense per capita (en FCA)	1075	1154	1241	1333	1433	1540	1655	1778	1911	2054

Cependant, si ces prévisions pouvaient se réaliser, les dépenses de santé « État + Aide extérieure » passeraient de 4,5 US$ par habitant à près de 10 US$ par habitant en l'an 2000, ce qui permettrait d'atteindre, si ces dépenses sont effectuées à bon escient, un bien meilleur état de santé des populations.

3.2.3. Les apports financiers du recouvrement des coûts

Le principe d'une santé gratuite pour tous perd de plus en plus de terrain au Tchad, comme dans la plupart des autres pays africains. Nous l'avons vu précédemment, l'État n'a pas et n'aura pas à court terme les moyens d'assurer seul une santé de qualité. L'aide extérieure, qu'elle soit bi- ou multilatérale, Organisations non gouvernementales. confessionnelle ou non, considère de plus en plus fréquemment que son soutien doit aller de pair avec une participation financière des populations.

Expériences récentes de recouvrement des coûts : La principale approche est celle développée à partir du Projet VIe FED (qui couvre 9 préfectures sur 14). Selon l'expérience acquise à travers ce Projet, il apparaît que le coût en médicaments par Nouveau Cas (NC) s'élève à 310 FCFA. Par ailleurs, il est ajouté 30 FCFA par NC pour couvrir les frais de fonctionnement. On aboutit donc à un total de 340 FCFA par NC.

Il est alors proposé de distinguer dans les tarifs les adultes des enfants. Sachant qu'en moyenne 30% des NC sont des enfants et 70% des adultes et que l'on souhaite que le tarif enfant soit la moitié du tarif adulte, on arrive à un équilibre avec un tarif adulte de 400 FCFA par épisode et 200 FCFA pour un enfant.

Ces principes ont été retenus dans le Projet CHD/87/015 « développement des soins de santé primaires », district de Bol, avec toutefois certaines adaptations. Ainsi, dans le centre de santé, les tarifs « adulte » et « suivi de grossesse et accouchement » sont fixés à 400 FCFA et le tarif « enfant » à 200 FCFA ; en revanche, à l'échelon du village, les tarifs sont moindres, 200 FCFA pour les « adultes », 100 FCFA pour les « enfants », le tarif « suivi de grossesse et accouchement » restant à 400 FCFA.

Bien qu'adoptant des principes voisins, le Bureau d'Étude et de Liaison pour les Actions diocésaines de Développement aboutit à un coût moyen de l'épisode maladie de 460 FCFA, les médicaments représentant 250 FCFA. Il faut cependant noter que ce coût observé moyen comprend la rémunération d'un auxiliaire/manœuvre dans le centre de santé. Si l'on exclut le salaire de cette personne, le coût moyen par épisode ressort à 300 FCFA, soit un montant assez voisin des expériences précédentes. Les tarifs pratiqués dans les 6 centres de santé de BELACD Mayo Kebbi sont variables, mais en moyenne le tarif « adulte » y avoisine 600 FCFA et le tarif « enfant » 300 FCFA.

Il existe encore d'autres expériences, par exemple celle de l'Institut Tropical Suisse ; les résultats sont similaires. D'autres sont en préparation ou dans leur phase initiale : par exemple celles de l'USAID et de Médecins sans Frontières.

Un consensus semble cependant se dégager : le tarif « adulte » serait de l'ordre de 400/500 FCFA et le tarif « enfant » de la moitié. De tels tarifs sont-ils acceptables par les populations ? Il est difficile de répondre à une telle question pourtant si souvent posée. Toutefois, comme le souligne le docteur F. Bernard, une somme de 600 FCFA représente environ deux à trois jours de travail pour un agriculteur du Mayo Kebbi. Si la famille a la chance de n'être qu'épisodiquement malade, la somme est vraisemblablement supportable ; mais la répétition des maladies peut causer de graves problèmes budgétaires à certaines familles, notamment à certains moments de l'année.

Perspectives d'évolution : Au Tchad, le processus de mise en place d'un système de recouvrement des coûts n'en est qu'à ses débuts : des expériences sont en cours, avec des logiques parfois différentes. Cette incoordination apparente n'est cependant pas nécessairement un handicap. En effet, une généralisation hâtive d'un système de recouvrement des coûts peut rapidement se transformer en échec. Le principe d'un recouvrement des coûts est un tel bouleversement des habitudes tant pour les patients que pour les personnels de santé, qu'il faut prendre le temps de réfléchir au système le mieux adapté aux réalités économiques et sociologiques du pays. Toutefois, les données économiques et financières exposées précédemment montrent clairement qu'une amélioration de l'état de santé des populations tchadiennes ne pourra être obtenue sans une certaine participation financière de ces populations.

Produits escomptables du recouvrement des coûts : Malgré les expériences de recouvrement des coûts qui existent déjà au Tchad, on ne possède pas d'informations sur les montants qui ont ainsi été récoltés auprès des populations. Néanmoins, compte tenu de ce que nous avons dit précédemment et grâce aux informations sanitaires existantes, il est possible d'évaluer ce qu'aurait rapporté l'application généralisée d'un système de recouvrement des coûts. Les modalités de calculs sont fournies en annexe. Dans nos simulations, nous avons retenu deux types de tarifs : le premier — Tarif I — correspond à peu près aux prix qui sont actuellement pratiqués dans les structures ayant opté pour le recouvrement des coûts ; le deuxième — Tarif II — se veut un peu plus exigeant tout en restant réaliste.

Tableau 14. Résultats des simulations de recouvrement des coûts (en millions de FCFA)

	Tarif 1	Tarif 2
Simulation I	764	1 037
Simulation II	2 056	2 784

Une première simulation s'appuie sur la fréquentation réelle observée aujourd'hui (et suppose que tous les patients s'acquittent des tarifs). La seconde simulation suppose que le recouvrement des coûts permet d'améliorer de manière substantielle la qualité des services offerts dans les structures sanitaires ce qui, en retour, provoque une croissance de la demande[1]. Nous avons choisi des hypothèses plutôt optimistes pour bien montrer les limites supérieures de ce que l'on peut attendre du recouvrement des coûts.

Ces simulations sont grossières et approximatives — notamment, elles supposent que tous les patients paient effectivement les sommes demandées — mais elles ont pour unique but de montrer quels pourraient être les produits financiers escomptables du recouvrement des coûts.

Dans la simulation qui prend comme point de départ la fréquentation des structures de santé ainsi que les niveaux de tarifs proches de ceux des expériences actuelles de recouvrement des coûts, la généralisation du système de recouvrement des coûts permettrait de récolter 764 millions de FCFA. Si cette somme s'ajoutait aux 2 milliards de FCFA du budget de l'État consacré à la santé et aux affaires sociales, le secteur disposerait d'une augmentation de 38% de ses disponibilités financières. Avec des tarifs un peu plus élevés mais néanmoins encore réalistes, un peu plus de 1 milliard de FCFA serait ainsi récupéré, soit la moitié du budget de l'État consacré au secteur.

Dans l'hypothèse d'une augmentation substantielle de la fréquentation des structures de santé, les sommes récupérées seraient plus importantes encore : 2 milliards ou 2,8 milliards de FCFA, selon les tarifs retenus.

Nous voyons ainsi que le recouvrement des coûts, dans un fonctionnement idéal, peut apporter des ressources substantielles au système de santé. Il ne dispense pas pour autant l'État et l'aide extérieure de leurs efforts. Il permettrait, notamment aux structures de premier contact, de faire face au renouvellement des stocks de médicaments et aux petites dépenses de fonctionnement ; l'État pourrait

1. Cette hypothèse ne correspond pas toujours à l'observation. En effet, on a observé dans de nombreux cas, qu'une augmentation des tarifs s'est traduite par une diminution de la fréquentation ; toutefois, ces cas correspondent souvent à un changement des tarifs sans changement de la qualité des services.

ainsi concentrer son effort sur les personnels et l'administration du système ; l'aide extérieure pourrait retrouver le rôle qui est plus traditionnellement le sien, à savoir l'aide à l'investissement compris dans son sens le plus large, c'est-à-dire dépassant la simple construction d'infrastructures.

4. Conséquence : réflexion sur le rôle de l'aide

Des données financières rassemblées ci-dessus et concernant l'aide extérieure, deux points émergent tout particulièrement, faisant du Tchad un pays bien spécifique :

– L'aide extérieure est aujourd'hui très importante puisque, sur les 4,5 US$ (dépenses publiques + aide extérieure), 80% sont financés par l'aide extérieure. Or, le pays veut faire de la santé une de ses priorités pour les prochaines années. Les projections du Plan d'Orientation établies par le Ministère du Plan et de la Coopération montrent clairement que, malgré un effort substantiel du budget affecté à la santé (+10% par an), l'État ne parviendra qu'à un doublement de sa dépense de santé par habitant (de 363 FCFA actuellement à 747 FCFA en l'an 2000). Par ailleurs, l'apport des populations via un système de recouvrement des coûts peut constituer un élément utile au fonctionnement des structures de base mais ne saurait être une panacée, notamment en raison des faibles capacités contributives de ces populations. Aussi le Gouvernement exprime-t-il avec force son souhait que l'aide extérieure poursuive et intensifie même son effort.

– L'aide extérieure finance les 3/4 des dépenses réelles de fonctionnement du secteur de la santé et cette situation se poursuivra au cours de la prochaine décennie. En effet, au Tchad, contrairement à d'autres pays, l'aide extérieure à la santé n'est pas tournée vers la réalisation d'investissements tels que la construction d'infrastructures. Le fonctionnement qui est ainsi financé par l'aide extérieure concerne des domaines très divers. Toutefois, on peut classer les dépenses ainsi réalisées en deux grandes catégories :

(i) *Dépenses de fonctionnement complémentaire ou additionnel* : Dans cette catégorie, on peut classer les dépenses qui viennent s'ajouter au fonctionnement habituel. On suppose alors qu'il existe déjà un service ou une infrastructure disposant de moyens de fonctionnement, mais jugés insuffisants. L'aide vient renforcer cette capacité de fonctionnement. Beaucoup de projets adoptent cette finalité : un bailleur de fonds apporte son appui financier pour aider une division du Ministère à mieux remplir sa mission. C'est par exemple le cas pour le BSPE qui a reçu une aide pour réaliser l'annuaire des statistiques sanitaires. Cela peut être le cas également d'une infrastructure de santé qui reçoit une aide sous forme de personnels médicaux qui viennent renforcer l'équipe nationale déjà en place.

(ii) *Dépenses de fonctionnement de substitution* : Dans bon nombre de cas, les services ou les infrastructures n'existent pas ou ne disposent pratiquement d'aucun moyen de fonctionnement. L'aide extérieure va alors se substituer à l'État et prendre en charge l'ensemble ou tout du moins une part importante du fonctionnement de ce service ou de cette infrastructure.

Au Tchad, compte tenu de la faiblesse des moyens budgétaires qui sont mis à la disposition du secteur de la santé, l'État n'a tout simplement pas la capacité d'assurer le fonctionnement de bon nombre des services de santé. Ainsi, les centres

de santé qui ne sont pas soutenus par une aide extérieure ne disposent d'aucun médicament ni autres moyens de fonctionnement, les locaux sont souvent délabrés et les personnels affectés par l'État ne perçoivent qu'avec beaucoup de retard, et parfois même jamais, leur maigre salaire, avec pour conséquence qu'ils doivent trouver ailleurs leurs moyens de subsistance et qu'ils ne sont que très peu présents au centre de santé. Aussi, bon nombre de bailleurs de fonds ont-ils pris le parti de se substituer à l'État et d'apporter à ces structures de santé les moyens qui permettent de soulager les populations. Certes, il s'agit d'une substitution non avouée, ni par l'État ni par les bailleurs de fonds, en raison de considérations politiques bien compréhensibles. Mais la réalité est bien celle-là.

Cette distinction qui, bien sûr, n'est pas toujours aussi nette dans la réalité, entraîne des conséquences qu'il convient d'analyser.

Ainsi, dans le premier cas, l'arrêt de l'aide ne remet pas fondamentalement en cause la viabilité du service ou de l'infrastructure. L'aide aura créé une dynamique qui peut se poursuivre, continuer et durer sans elle. Au pire, le service ou l'infrastructure retrouvera son mode de fonctionnement antérieur. Dans le second cas, par contre, en raison notamment d'enjeux financiers en général plus importants, l'État aura beaucoup plus de difficultés pour assurer la continuité du service et, dans un certain nombre de cas, c'est l'existence même du service qui est remise en cause.

Dans le second cas, on se situe dans une optique assez proche de ce que les juristes appellent une « concession ». Le principe juridique est le suivant : une collectivité publique (État, département, province, municipalité) qui ne souhaite pas, pour diverses raisons (notamment, d'efficacité financière), assurer le fonctionnement d'un service public, en cède l'exploitation à un concessionnaire qui peut être aussi bien une entreprise privée, une association, un groupement, etc. Dans la notion de concession, figurent quatre éléments importants :

(i) L'État reconnaît officiellement qu'il concède un service public. On invoquera parfois qu'il y a alors perte de souveraineté nationale, mais ce n'est pas le cas. En effet, c'est en premier lieu l'État qui décide du concessionnaire et pour ce faire, il peut adopter la technique de l'appel d'offre international auquel pourront souscrire tant des Organisations non gouvernementales nationales que l'aide internationale. Par ailleurs, selon le cahier des charges, l'État peut déterminer son rôle. Enfin, il n'y a pas davantage de perte de souveraineté que lorsque l'État concède l'exploitation de gisements miniers ou pétroliers ou d'un service de transport urbain à une entreprise publique.

(ii) Le concessionnaire est responsable du service qu'il gère. Bien souvent lors de projets classiques, les signataires ne se sentent pas responsables ou n'ont pas la responsabilité du service pour lequel ils interviennent. Cette situation est souvent finalement bien commode pour le prestataire d'aide, car cela le dédouane de l'efficacité : il lui est facile de se retrancher derrière le fait que seul l'État est responsable et que lui ne fait que renforcer les moyens de fonctionnement sans véritable pouvoir. Dans le cas d'une concession, au contraire, le concessionnaire est responsable devant l'État des résultats obtenus et l'engagement est donc beaucoup plus important.

(iii) Le cahier des charges joue un rôle très important. L'État doit définir dans ce cahier des charges, avec beaucoup de minutie, les devoirs et les charges du concessionnaire et de l'État ; notamment, il peut être prévu comment et à quel rythme s'effectuera la relève par l'État de l'aide extérieure.

(iv) La notion de durée. Dans le cadre d'une concession, la durée est généralement assez longue. Le concessionnaire sait, à moins de fautes graves de sa part, que son intervention durera un certain temps. Dans le cas du Tchad, l'analyse de l'aide que nous avons développée ci-dessus montre bien que l'aide extérieure ne doit pas être passagère mais au contraire durable car l'État n'a pas les moyens, même à moyen terme, de faire face à la relève. En conséquence, le partenaire au développement qui veut s'inscrire dans cette approche, au Tchad, doit prendre conscience que son engagement doit être durable.

Dans la réalité de l'aide, notamment dans le cas tchadien, on est souvent très proche d'un processus de concession. En effet, on observe fréquemment qu'un même bailleur de fonds est présent depuis de nombreuses années dans le pays et qu'il enchaîne les projets les uns aux autres. L'approche en termes de concession ne fait que renverser la problématique. Elle suppose que le concessionnaire et l'État s'engagent à moyen ou long terme et prévoient des étapes intermédiaires, correspondant à l'approche traditionnelle des projets et programmes, permettant ainsi d'évaluer, remettre en cause et réorienter l'action.

5. Conclusion

La conception d'une aide extérieure vue comme un complément momentané aux efforts de l'État ne correspond majoritairement pas à la réalité tchadienne. A l'instar de ce qui se passe dans de nombreux pays, on voit actuellement se développer la notion de financement partagé de la santé. D'une certaine manière, ces modalités de financement sont nouvelles. Alors qu'auparavant le financement était l'affaire d'un seul acteur — l'État, dans les années fastes ou le secteur privé — des montages plus complexes apparaissent aujourd'hui impliquant simultanément plusieurs partenaires : État, Organisations non gouvernementales, aide extérieure et financement communautaire. Pour autant, il s'agit encore trop souvent de sources de financement juxtaposées ayant chacune leur propre logique et non d'un véritable partenariat.

Pour donner une réalité à son engagement de faire de la santé une de ses priorités pour la prochaine décennie, le Tchad a besoin de partenaires au développement qui s'engagent pleinement et pour une assez longue période.

Aussi convient-il de réfléchir aux modalités de fonctionnement de ce cofinancement. Ici, en nous appuyant sur la notion de concession, nous avons voulu proposer un cadre qui permette de consigner les droits et les obligations de deux partenaires que sont l'État et les bailleurs de fonds. Il ne s'agit en aucun cas d'une remise en cause des souverainetés nationales mais, au contraire, de clarifier des situations de fait. Bien évidemment, d'autres formules peuvent être proposées afin, notamment, de mieux spécifier le rôle et le statut de la participation communautaire ainsi que des personnels de santé dans l'offre de services de santé.

La prise en compte de la durée dans son intervention doit permettre à l'aide extérieure d'avoir une planification qui s'inscrive davantage dans les objectifs à long terme du pays. Les projets actuels sont souvent de bien trop faible durée (2 à 4 ans) pour assurer des changements profonds dans des contextes économiques aussi défavorables que celui du Tchad.

Références bibliographiques

Bernard, F. (1991) *Recouvrement des coûts aux centres de santé du BELACD, Pala (Tchad) : surmonter les contraintes économiques pour améliorer la gestion des problèmes de santé à l'échelon du village*, Anvers, Institut de Médecine tropicale.

Bureau des Statistiques, des Études et du Plan (diverses années) *Santé, statistiques annuelles pour le Tchad*, N'Djamena, ministère de la Santé.

Ministère du Plan et de la Coopération (1991) *Perspective du plan d'orientation pour le Tchad : l'an 2000*. N'Djamena.

ANNEXE

A partir de l'*Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad* pour l'année 1990, nous disposons des informations suivantes :

- le nombre de Nouveaux Cas (NC) de consultations curatives dans les formations sanitaires du premier échelon s'est élevé, après correction approximative pour données manquantes, à environ 2 000 000, soit 363 NC pour 1 000 habitants. Si l'on estime que 30% de ces NC concernent des enfants et 70% des adultes, on obtient respectivement 600 000 NC enfants et 1 400 000 NC adultes ;
- le nombre d'accouchements assistés (accouchement au centre de santé ou assisté par un personnel de santé) s'est élevé à environ 35 000. Si l'on sait que l'on peut escompter environ 230 000 naissances dans l'année, le taux d'accouchements assistés est par conséquent de 15,2% ;
- le taux de couverture vaccinale pour les enfants (vaccination complète) est compris entre 15% et 20%, ce qui signifie qu'environ 40 000 enfants ont été complètement vaccinés ;
- le nombre d'entrants à l'hôpital se monte à 60 000 (et peut-être 65 000, si l'on disposait de tous les rapports mensuels d'activités).

Supposons maintenant deux types de tarifs : le premier — Tarif 1 — correspond à peu près aux prix qui sont actuellement pratiqués dans les structures ayant adopté le recouvrement des coûts ; le deuxième — Tarif 2 — se veut un peu plus élevé.

Tableau A. Propositions de tarifs, Tchad (en FCFA)

	Tarif 1	Tarif 2
Consultation curative		
Adultes	400	500
Enfants	200	250
Accouchements assistés	400	1000
Carnet de vaccination	—	300
Hospitalisation	1000	2000

On obtient alors les sommes suivantes comme produit optimal de recouvrement des coûts (si tous les patients paient effectivement les tarifs pratiqués) :

Tableau B. Résultats d'une simulation de recouvrement des coûts (en millions de FCFA)

	Tarif 1	Tarif 2
Consultation curative		
Adultes	560	700
Enfants	120	150
Accouchements assistés	14	35
Carnet de vaccination	—	12
Hospitalisation	70	140
Total	764	1037

Nous supposerons maintenant que le recouvrement des coûts permet d'améliorer substantiellement la qualité des services offerts dans les structures sanitaires, ayant pour conséquence l'augmentation de la demande. Nous choisirons des hypothèses plutôt optimistes pour bien montrer les limites supérieures de ce que l'on peut attendre du recouvrement des coûts. Ainsi, nous supposerons :

- que le nombre d'hospitalisations double, soit 140 000 entrants dans les hôpitaux par an ;
- que l'on observe 1 NC par habitant, soit 3 850 000 NC de consultations curatives adultes et 1 650 000 NC de consultations curatives enfants ;
- qu'une naissance sur deux est assistée, soit 115 000 naissances assistées par an ;
- que le taux de couverture vaccinale complète atteint 75%, soit une moyenne de 172 500 vaccinations par an.

Nous supposerons les deux mêmes tarifs que précédemment.

Tableau C. Résultats d'une deuxième simulation de recouvrement des coûts (en millions de FCFA)

	Tarif 1	Tarif 2
Consultation curative		
Adultes	1540	1925
Enfants	330	412
Accouchements assistés	46	115
Carnet de vaccination	—	52
Hospitalisation	140	280
Total	2056	2784

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.

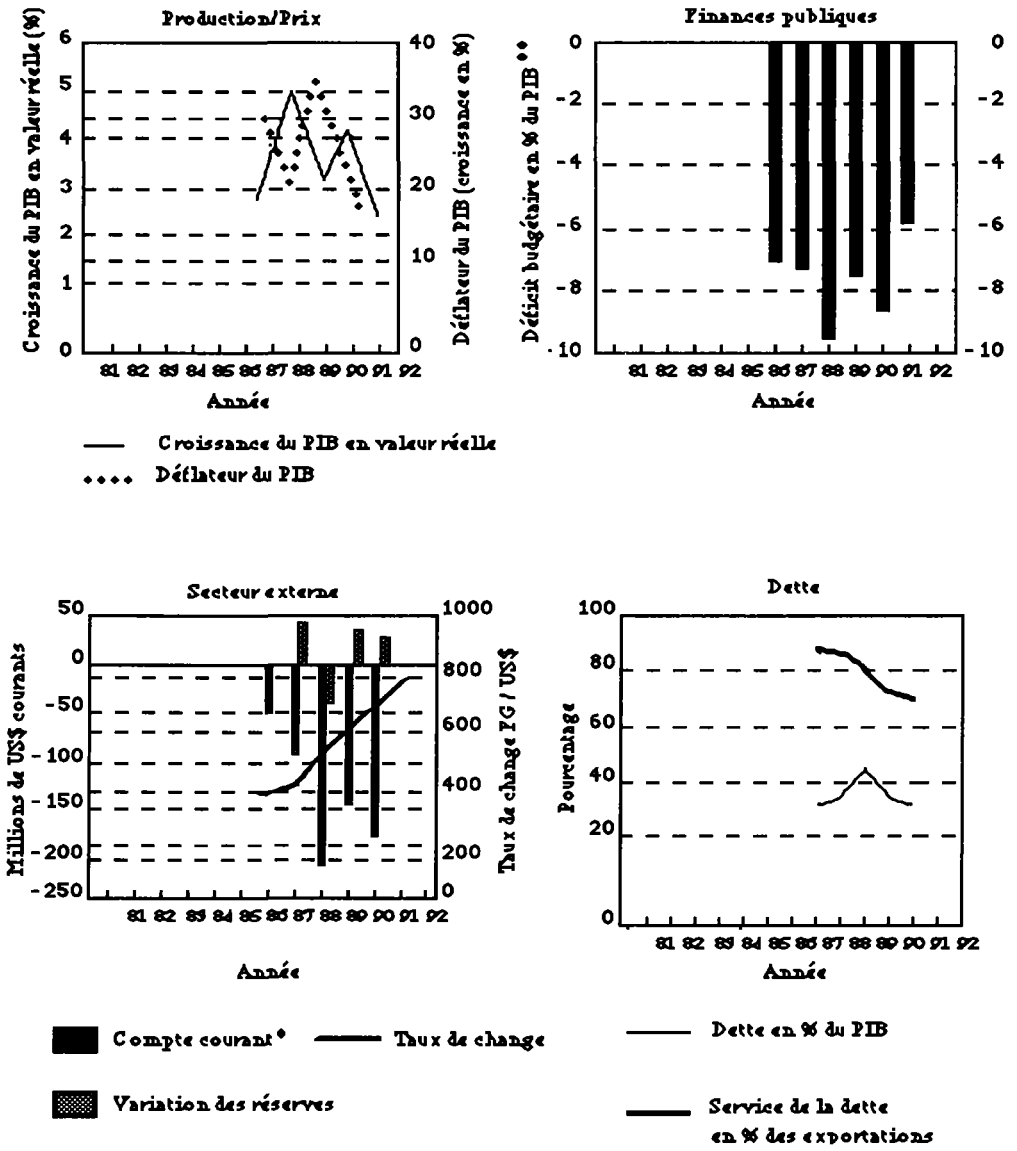
Durant la même période, la dépendance de la Guinée à l'égard des revenus provenant du secteur minier s'est alourdie. L'industrie minière, qui représentait 3% de la production nationale au début des années 70, y figurait pour 21,1% en 1987 de cette même production, alors qu'environ 7 000 personnes seulement 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.

Chapitre 10

L'AJUSTEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU MALI

J. Brunet-Jailly

Directeur de recherches à l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération et Institut National de Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

Introduction

Il y a bien longtemps qu'on ne parle plus de développement : on utilise encore le sigle PVD, mais certains pays en voie de développement sont devenus des « tigres », ou des NPI (« nouveaux pays industrialisés »), d'autres sont appelés PMA (« pays les moins avancés »), et l'on nous propose aujourd'hui « pays dans le plus grand besoin » ou « pays les plus démunis ». De fait, dans les années 50 et 60, on pensait en termes de croissance et de développement, mais sans regarder les chiffres ; à la fin des années 60 et dans les années 70, on s'est mis à parler de « besoins essentiels » (Stein & Nafziger, 1991), mais sans aller jusqu'à reconsidérer les priorités effectives des politiques choisies, financées et suivies ; aujourd'hui, chacun parle « d'ajustement structurel », et ceux qui conçoivent ou financent des politiques de ce type, proclament qu'ils n'ont — parole d'honneur ! — que des objectifs sociaux, tels que l'allégement de la pauvreté, l'équité, la santé, l'éducation... L'idée d'ajustement ne soulève plus autant d'inquiétudes pathétiques qu'il y a dix ans, lorsqu'on prétendait en étudier les effets à peine apparus dans des pays en général bien mieux lotis que ceux de l'Afrique au Sud du Sahara ; on s'est contenté d'en appeler à un « ajustement à visage humain », sans en définir les modalités (Cornia *et al.*, 1987). Mais s'est-on vraiment préoccupé, cette fois-ci, de l'origine des maux dont souffrent ces pays pauvres ?

La question que nous voulons examiner ici est donc la suivante : l'évolution de l'état de santé et celle du système de santé, au Mali, ont-elle quelque chose à voir avec l'évolution macro-économique à moyen terme et avec l'ajustement structurel ? Certains ont déjà répondu sans hésitation. Noyant quelques rares faits dans une fresque tragique qui situe l'exploitation du Sud par le Nord dans le prolongement de la domination coloniale, ils citent ce pays et sa population comme victimes de la politique imposée par les experts du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale (Kanji *et al.*, 1991). On aura compris que nous n'avons pas été convaincu. Mais pourquoi ? C'est ce qu'il faut expliquer maintenant.

L'analyse détaillée du cas particulier qui nous intéresse sera menée selon le plan suivant : dans une première section, l'évolution économique générale sur deux décennies sera décrite à grands traits ; dans une seconde section, on rassemblera les éléments caractéristiques de l'évolution de l'état de santé, du système de santé et du financement de la santé ; dans une troisième section, on s'interrogera sur le contenu

de l'ajustement structurel et sur ses effets dans le secteur de la santé. Les conclusions seront établies à chaque étape, mais on en tirera à la fin du texte quelques conséquences générales.

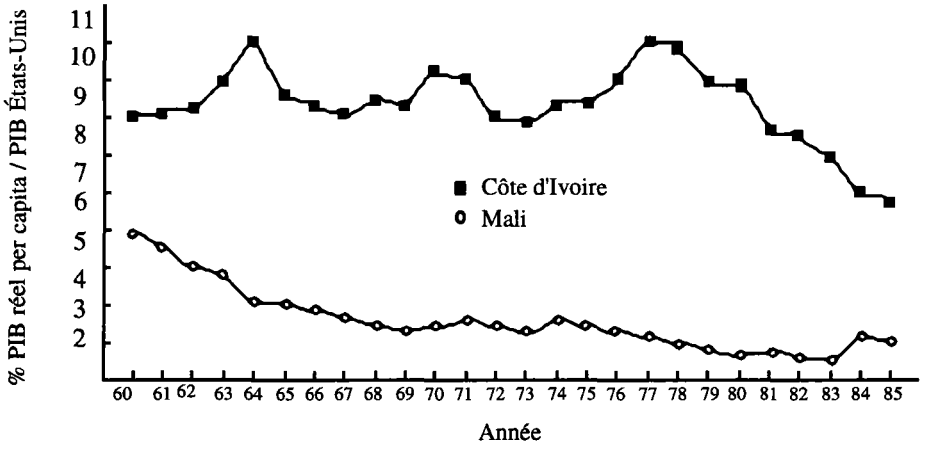
1. Évolution économique générale

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde : d'après les comptes nationaux tenus par les organisations internationales, son PNB per capita, estimé à 180 US$ en 1986, est le centième de celui de la Suisse ou des États-Unis, le dixième de celui du Brésil ou du Mexique (Banque Mondiale, 1988a) ; d'après les travaux fondés sur la notion de parité des pouvoirs d'achat — dont on sait qu'ils réduisent, en corrigeant l'erreur provenant de l'emploi des taux de change, les écarts de niveau de vie entre pays par rapport aux mesures courantes (Kravis, 1984) — le produit intérieur brut (PIB) per capita du Mali atteint 3% de celui des États-Unis en 1985 (Summers & Heston, 1988, Tableau 23).

1.1. Évolution du produit per capita

C'est aussi un pays qui, relativement à l'évolution que connaissent les pays riches, s'appauvrit au fil des ans : d'après les évaluations en parité de pouvoir d'achat, son produit intérieur brut (PIB) per capita est continûment plus faible, depuis 1964, que ce qu'il était dans les années 1960 à 1963, et la proportion qu'il représente du PIB per capita des États-Unis a diminué de moitié (elle était de 5,77% en 1960, elle n'est plus que de 2,81% en 1983 ; c'est, on le verra plus loin, l'aide extérieure qui lui a permis d'atteindre 3,21% en 1984, (Summers & Heston, 1988, Tableau 23). Le graphique ci-dessous illustre cette évolution et la compare à celle qu'a connue la Côte-d'Ivoire.

Figure 1. PIB réel par tête en % de celui des États-Unis

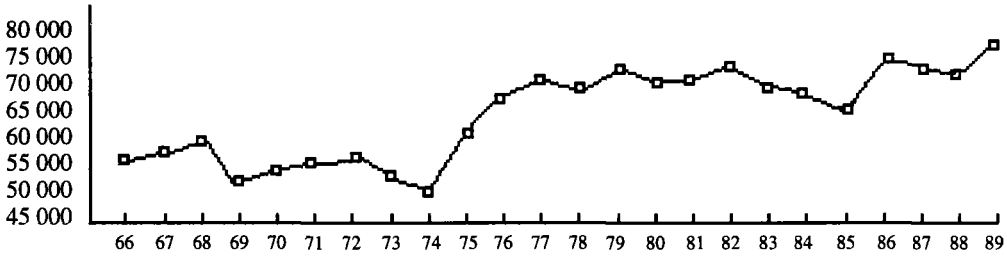


Source : Summers et Heston (1988), Tableaux 17 et 23.
PIB : produit intérieur brut.

Cela ne signifie pas qu'aucune croissance ne se soit produite dans ce pays. Au contraire, pour autant que nous puissions en juger à travers les séries qui tiennent lieu de comptes nationaux (et qui n'en sont que d'assez grossières approximations, étant donné l'état de l'information statistique dans le pays même), le produit

national brut per capita (en FCFA 1987) a augmenté de près de 50% entre les années 1966-1968 et les années 1986-1988, passant d'environ 55 000 à 75 000 FCFA, comme on le voit sur le graphique ci-dessous. Ce graphique montre bien la stagnation de la fin des années 60 et du début des années 70, jusqu'à la crise provoquée par la première grande sécheresse en 1973-74 ; puis une reprise extrêmement rapide dans les années 1975-1977, bientôt suivie d'une croissance très modeste jusqu'à la nouvelle crise des années 1983-1985 ; pour les années récentes, 1986 a été très bonne, les deux suivantes n'ont pas été meilleures, mais 1989 et 1990 ont marqué l'une et l'autre un nouveau progrès.

Figure 2. Produit national brut per capita en FCFA 1987



Source : Banque Mondiale (1987a), pp. 284-285 ; Banque Mondiale (1991a), pp. 388-389.

Cette lecture du graphique met en avant l'évolution de la production agricole : en effet, il ne faut pas oublier que l'agriculture, qui représentait exactement les deux tiers du produit intérieur brut au coût des facteurs à la fin des années 1960, atteint encore 64% en 1982 (Banque Mondiale, 1987a, p. 285), dernière bonne année avant la nouvelle crise agricole et première année des plans d'ajustement structurel. Rappelons au passage que le Mali n'a guère d'autres ressources (Ba, 1990) et qu'il n'utilise que la moitié de ses terres irrigables (Harrison, 1990).

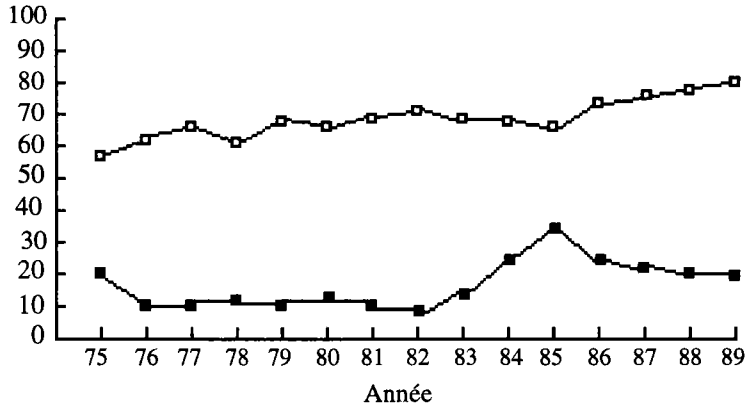
1.2. Évolution de l'aide

Le Mali est un pays qui bénéficie depuis longtemps d'une aide extérieure très importante. Dès les toutes premières années de l'indépendance, l'U.R.S.S. et la Chine se sont empressées : entre 1960 et 1967, la première a prêté environ 36 milliards de FCFA et la seconde pas moins de 16 milliards (Touré, 1989) ; en comparaison, à cette époque, les prêts du Trésor français (3 milliards) ou de l'USAID (1,4 milliard) paraissent purement symboliques. Dès 1968, ces premières sources se tarissent, et le relais est pris par l'Association de Développement International (IDA) : ce sont les projets chemins de fer I, II et III, les projets routiers I et II, le projet éducation I, des projets concernant divers offices de développement régional, l'élevage à Mopti, la zone cotonnière et la Compagnie Malienne de Développement Textile (CMDT). Cette période dure jusqu'en 1976, année au cours de laquelle les aides se diversifient : la France réapparaît (par l'intermédiaire de la Caisse Centrale de Coopération Économique), divers États arabes (Koweit, Qatar, Abu Dhabi) financent le barrage de Sélingué, puis à partir de 1980, la route Sévaré-Gao (environ 30 milliards de FCFA) ; puis, à partir de 1982, la participation malienne à l'Office pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (au total les deux barrages de Sélingué et Manantali ont dû coûter environ 70 milliards de FCFA (Banque Mondiale, 1986a, § 32, p. 39). Le FMI intervient

pour la première fois en 1978 mais, substantiellement, à hauteur de 10 milliards de FCFA.

Comme on le voit sur le graphique ci-après, l'aide publique au développement représente une part très importante du produit national brut : jamais inférieure à 10% au cours de la période considérée, elle atteint 32% en 1984 (Banque Mondiale, 1986b, p. 238), 34,9% en 1985 (Banque Mondiale, 1987b, p. 274), ce qui est le record mondial absolu pour chacune de ces deux années, et 22,7% en 1986 (Banque Mondiale, 1988a, p. 298). D'une certaine façon, l'aide a atténué les effets des deux grandes crises agricoles en ce sens que la terrible sécheresse de 1974 a permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur les immenses difficultés de ce pays.

Figure 3. PNB per capita et aide en % du PNB



Source : Banque Mondiale (1991a).
Carrés blancs : PNB par habitant en milliers de FCFA.
Carrés noirs : aide en % du PNB.

1.3. Utilisation de l'aide

Manifestement, ces aides ont créé plus de problèmes qu'elles n'en ont résolus. Comme le reconnaissent depuis quelques années les documents rédigés à l'occasion du réajustement structurel, la gabegie dans la gestion des ressources publiques, qui n'était évidemment ignorée d'aucun responsable national ni d'aucun expert international, a été masquée à partir de la sécheresse de 1972-73, par l'accroissement rapide des flux d'aide extérieure. En outre, la bonne entente des généreux donateurs et des autorités nationales en ce qui concerne l'utilisation de l'aide a eu pour conséquence, par exemple, que la part des dépenses de développement allouée aux secteurs directement productifs est tombée de 46% en 1981 à 29% en 1985 (pour l'agriculture seule, de 33% à 23%, mais les opérations de développement rural étaient particulièrement mal gérées [Ba, 1990, p. 33]). Au cours de cette période, les trois quarts de l'accroissement des dépenses de développement financées de l'étranger ont été consacrés à trois grands projets d'infrastructure (le barrage de Sélingué, la route Sévaré-Gao et le barrage de Manantali) dont on savait d'avance qu'ils auraient tous trois un taux de rentabilité très faible (Banque Mondiale, 1986a, § 32).

Au total, la répartition sectorielle de l'encours de la dette fin 1987 (Ministère des Finances et du Commerce — Ministère du Plan, 1991, pp. 6-7) montre que

l'agriculture n'est concernée que pour moins de 10%, l'éducation et la santé confondus pour 5,5%, l'industrie pour 17%, les transports et télécommunications pour 17% également, les autres secteurs pour 13% ; tout le reste, soit 37%, a servi à équilibrer la balance des paiements et à restructurer, c'est-à-dire en gros à payer la note d'une mauvaise gestion endémique mais bien tolérée.

1.4. Croissance de la fonction publique

1.4.1. Essor de la bureaucratie

Dans ce pays dont l'économie dépend d'une agriculture extrêmement fragile ou de l'aide extérieure, les trois premières décennies de l'indépendance ont essentiellement été consacrées à la création d'une bureaucratie publique qui, bénéficiant de la confusion héritée de l'Est, entre parti et Gouvernement, s'est employée de plus en plus ouvertement à gérer à son profit l'aide extérieure à laquelle elle a, à la différence des paysans, un accès direct.

Considérons d'abord les effectifs des agents de l'État. Voici leur évolution depuis 1961 :

Tableau 1. Évolution du secteur des fonctionnaires, Mali, 1961-87

Année	Fonctionnaires	Conventionnaires	Total
1961	4 982	5 552	10 354
1964	9 110	8 432	17 542
1970	13 425	13 212	26 637
1975	18 078	13 705	31 783
1979	28 385	14 338	42 723
1983	35 193	13 923	49 116
1987	35 388	17 165	52 553

Source : Dao (1987), p. 9, pour les années 1961 à 1983, et Fonds Monétaire International (1988), p. 66 pour 1987.

Ces chiffres, provenant de sources que l'on pouvait croire bien informées, ne sont cependant pas les seuls que l'on cite. Ainsi, le fichier du Bureau central de la Solde ne comptait, au 1er mai 1990, comme agents émargeant au budget de l'État, que 42 387 personnes (Ministère des Finances et du Commerce, 1990). Cela peut éventuellement s'expliquer par les détachements de fonctionnaires dans les entreprises du secteur public qui accordaient de meilleurs salaires et beaucoup d'avantages accessoires ; mais, à l'issue du détachement, ces agents viendront faire valoir leurs droits dans leur administration d'origine ; il existe aussi, par exemple dans l'enseignement, un nombre appréciable de fonctionnaires (environ 5%) régulièrement inscrits sur les états de salaires mais totalement inconnus des services où ils sont censés travailler. Comme d'autres, ils participent à la répartition, mais pas à la production.

Le nombre des employés de l'État (fonctionnaires et conventionnaires) a donc été multiplié par trois entre l'indépendance et l'année de la première grande crise agricole. Entre les deux crises agricoles, le nombre des fonctionnaires stricto sensu a doublé, et le nombre total des employés de l'État a augmenté de plus de la moitié. Et depuis lors, si la croissance du nombre de fonctionnaires est arrêtée, celle des conventionnaires a repris. C'est dans ce contexte qu'il faut situer la politique de réduction de la taille de l'administration : pour les années 1990-1992, le nombre des agents de l'État figurant au fichier du Bureau central de la Solde devait passer de 40 000 au 31 mars 1991 à 36 000 au 31 mars 1992 et à 34 000 au 31 décembre

1992 (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 6), ce qui correspond à une réduction d'effectif de 8 500 environ (soit 20% de l'effectif initial). Il n'est cependant pas sûr que ces objectifs soient atteints : une première vague de départs volontaires a eu lieu en juillet 1991, concernant 699 fonctionnaires et 325 conventionnaires, et une seconde vague était prévue pour la fin 91 (environ 1 600 conventionnaires ayant échoué aux examens professionnels et 300 fonctionnaires (Association Internationale pour le Développement, 1991, pp. 2-3) ; mais il semblerait qu'il n'y ait plus beaucoup de volontaires depuis que les petits salaires ont été réévalués par l'indemnité spéciale de solidarité instituée au 1er juillet 1991, et depuis que les salaires sont payés régulièrement en fin de mois.

1.4.2. Entretien de la bureaucratie

Comment sont nourris ces agents de l'État ? Plaçons-nous dans le contexte : il est notoire que le coût du travail est exceptionnellement élevé en Afrique francophone, peut-être d'abord parce que les salaires des fonctionnaires sont trop élevés par rapport au produit per capita. Au tout début des années 80, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale dans les pays d'Asie à faible revenu (Bangladesh, Pakistan, Laos, Sri Lanka, etc., tous pays dont le produit per capita est compris, en 1988, entre 130 et 480 US$) était environ 2 fois le revenu per capita ; à la même période, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale était, en Afrique au Sud du Sahara, 5,5 fois le revenu per capita (Banque Mondiale, 1989, p. 32).

Qu'en est-il exactement au Mali, crédité d'un produit per capita de 230 US$, en 1988 : en divisant la masse des salaires inscrite au budget de l'État (environ 38 milliards de FCFA dans les années 1985 et 1986) par l'effectif des agents des administrations (environ 50 000 personnes), on obtient 760 000 FCFA par agent et par an (rémunération officielle, que chacun complète de multiples façons), soit plus de dix fois le produit moyen per capita. Pendant ce temps le salaire minimum mensuel en dehors de l'agriculture est de moins de 13 000 FCFA, soit environ deux fois le revenu per capita, dans les années 1985 à 1991 (Fonds Monétaire International, 1988, pp. 64-65). Relevons encore que, si l'effectif des agents de l'État a fortement augmenté, mais pas doublé entre 1974 et 1987, le coût budgétaire de ce personnel serait cette année trois fois ce qu'il était alors (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 65).

Il était prévu au début de 1991 que l'on entreprendrait une étude relative à la réforme de la politique de rémunération des agents de l'État, en portant une attention particulière aux problèmes liés aux avancements, primes et indemnités. On envisageait même « l'éventualité d'instaurer des primes de performance » (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 9). La décision est venue quelques mois plus tard : « les lois 91-40 et 91-41 ont institué un système d'avancement automatique » (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 67) ! Est-ce suffisamment clair ?

2. Évolution du système de santé et de l'état de santé

Le contexte est celui d'un pays agricole pauvre et enclavé, sans grandes ressources naturelles, et qui n'a choisi ni la voie japonaise de l'industrialisation de pointe, ni la voie, plus immédiatement accessible, de l'autosuffisance alimentaire, mais la voie de la gestion bureaucratique. La combinaison des circonstances extérieures et des choix nationaux, au cours des trente dernières années, a donné une certaine croissance du produit par tête, mais l'écart avec les pays les plus riches

s'est accru. La gestion bureaucratique a été appliquée à la santé et l'exercice privé des professions de santé était officiellement interdit jusqu'en 1985. Avec les ressources qu'elle a drainées, cette administration plus pléthorique et mieux nourrie a-t-elle fait fonctionner les services de santé, et a-t-elle su éviter les conséquences sur l'état de santé des deux grandes crises agricoles et de la crise des finances publiques ?

2.1. Le système de santé

L'évolution du système de santé est caractérisée par la chute des taux de fréquentation, l'abandon des activités de surveillance, l'abandon de toute préoccupation de qualité et la prédominance des intérêts privés du personnel.

2.1.1. Chute de la fréquentation à long terme

Les services de santé sont en crise, au vu et au su de chacun. Alors même que de récentes enquêtes directes dans les formations sanitaires ont permis de réévaluer d'au moins 50% les estimations antérieures provenant des statistiques recueillies par le Ministère de la Santé, elles aboutissent à des taux de fréquentation encore extrêmement faibles. En 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, on a dénombré un peu plus de 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation des consultations de 15% : moins d'un Malien sur six, dans ces cercles, a un contact annuel avec les services publics de santé. Pour les 2,8 millions d'habitants des cercles plus importants disposant d'un hôpital, on a relevé un peu plus de 1,5 millions de consultations, ce qui donne 0,5 consultation par habitant et par an : si chaque consultant reçoit en moyenne 1,5 à 2 consultations, le taux de fréquentation est de l'ordre de 25 à 35%, supérieur donc à ce qu'il est dans les zones moins bien desservies, mais encore faible. Quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4%. Au total, environ un Malien sur quatre a aujourd'hui, dans l'année, un contact avec les services de santé (Brunet-Jailly *et al.*, 1989) ; cette proportion était supérieure à un sur deux, dix ans plus tôt (Brunet-Jailly *et al.*, 1985, p. 284 ; voir aussi, pour 1974, (Ministère du Plan et des Transports, 1981, p. 43).

2.1.2. Abandon des activités de surveillance

Fait-on mieux en matière de surveillance épidémiologique ? Sans doute pas. Prenons l'exemple de la tuberculose, grand problème qui redevient d'une dangereuse actualité. En 1987, 6 118 échantillons provenant de malades et de personnes suspectes ont été examinés dans les différents centres du réseau de dépistage bactériologique de la tuberculose pulmonaire. Parmi ces échantillons, 1 043 se sont révélés positifs à la bacilloscopie soit 17%. En 1988, le nombre d'échantillons examinés a atteint 8 121, et le pourcentage de positivité 15,5% (Institut national de Recherche en Santé publique, 1987a). Le service responsable de la surveillance ne connaît pas les chiffres correspondants pour d'autres années, ce qui lui interdit toute appréciation sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire au Mali. En revanche, on a une idée du risque annuel de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive dans un tel pays : entre 50 et 200 nouveaux cas pour 100 000 habitants selon les experts (Robinson, 1985), environ 100 d'après les enquêtes menées au Mali même (École nationale de Médecine et de Pharmacie-PNUD-Autorité pour l'Aménagement du Barrage de Sélingué, sans date ; École nationale de Médecine et de Pharmacie, sans date). Pour 8 millions d'habitants dans ce pays en 1989, on devrait rencontrer environ 8 000 nouveaux cas annuellement : les 1 000 à 1 200 nouveaux cas dépistés par an reflètent l'intensité de l'effort de

dépistage, qui n'atteint que 15% de ce qu'il devrait être. Ne parlons pas de la surveillance des malades en traitement ni de la surveillance des résistances aux antibiotiques (Coulibaly, 1991).

Ne parlons pas non plus de la surveillance de la lèpre : si dans le cercle de Kita — bénéficiaire du projet de développement sanitaire financé par la Banque Mondiale — la Fondation Follereau retire le financement qu'elle accordait auparavant au dépistage et au traitement des lépreux, on interrompt les tournées pendant plusieurs années ! La tournée n'est peut-être pas l'activité la plus pertinente, mais il est difficile d'admettre qu'on ne fasse plus rien simplement parce qu'il n'y a plus de financement extérieur spécifique. Dans ce contexte, ne parlons pas de la trypanosomiase, de la vaccination contre la fièvre jaune, ou des autres grandes endémies ou de ce que signifie la dévolution du programme de lutte contre l'onchocercose !

2.1.3. Abandon de toute préoccupation de la qualité des soins

Les niveaux de fréquentation auxquels on est parvenu aujourd'hui signalent que seule une faible, voire très faible, partie de la pathologie est prise en charge par le système de santé. Mais il faut ajouter que le niveau technique des soins dispensés est inacceptable au regard des exigences élémentaires de la médecine moderne : on en juge par le fait que, dans la plupart des établissements hospitaliers, les dossiers médicaux n'existent pas, que les examens paracliniques, même les plus élémentaires, sont très peu utilisés (moins d'un examen par malade hospitalisé dans un hôpital secondaire, environ 4 dans un hôpital national [Brunet-Jailly, 1989, pp. 123-138]), et par le fait que les diagnostics traités dans les hôpitaux nationaux sont très peu différents de ceux que soignent les centres de santé d'arrondissement ou de cercle (Brunet-Jailly, 1989, pp. 79-89) ; par le fait que les sages-femmes prescrivent systématiquement des ocytociques à toute parturiente sans même vérifier qu'il n'existe pas de contre-indication évidente (Kassambara, 1990) et qu'elles ne sont pas sanctionnées.

Il faut ajouter aussi que le secteur de l'approvisionnement pharmaceutique, monopolisé jusqu'en 1991 par une société d'État, a été géré d'une façon inqualifiable, connue de tous, pendant vingt ans. Alors même qu'elle commercialisait des spécialités pharmaceutiques achetées au plus cher, la société d'État a réussi à accumuler des déficits qui mettaient périodiquement son existence en péril et exigeaient que l'aide extérieure soit employée à son renflouement. Au début des années 80, le diagnostic était clairement établi (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982, pp. 2-4) : le système d'approvisionnement ne fait pas appel à la concurrence et supporte de ce fait des prix d'achat exagérément élevés ; les prix de vente des médicaments ne sont contrôlés d'aucune façon, car la société est incapable de faire respecter ses directives par ses gérants, tous non pharmaciens, d'ailleurs ; ces gérants sont incapables d'éviter d'incessantes ruptures de stocks ; pratiquement, ils laissent les visiteurs médicaux surveiller les stocks et passer les commandes ; la gamme des produits commercialisés, beaucoup trop étendue, entraîne de nombreux vols, pertes et périmés (20% du prix de revient). En outre, l'approvisionnement pharmaceutique du pays laisse cohabiter le médicament gratuit (dans les formations sanitaires publiques et, évidemment, dans la limite des disponibilités) et le médicament payant (pour tout le reste de la consommation) ce qui « constitue certainement une source de trafic ».

Plus généralement, et suivant le même diagnostic (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982, pp. 2-4), que personne n'a même cherché à réfuter, les praticiens ont « des habitudes de prescription inconsidérée liées à la faiblesse des capacités de diagnostic », à la pratique du traitement symptomatique, à l'extension incontrôlée de la capacité de prescrire à des personnels non qualifiés

(en particulier à tous les paramédicaux), ainsi qu'à une formation et une information déficientes ; l'automédication est extrêmement développée et comme les médicaments sont vendus par un personnel sans aucune compétence pharmaceutique, elle est dangereuse.

Dix ans se sont écoulés, mais le corps médical n'a pas eu la force, peut-être même pas la volonté, de mettre un peu de raison dans ce système, qui, méprisant ouvertement les malades, n'a bénéficié qu'au personnel de la société, à l'État et à la haute administration. On a parlé de « réforme pharmaceutique », puis d' « Initiative de Bamako », mais strictement rien n'a été fait pour mettre un terme à un commerce éhonté (nous y reviendrons).

2.1.4. Prédominance des intérêts du personnel

Ces observations générales masquent en outre un phénomène important, qui est l'iniquité dans l'accès aux soins, iniquité provenant d'un système conçu pour faire prévaloir en toutes circonstances les intérêts du personnel sur les intérêts du malade. L'affectation du personnel en fonction des intérêts de chacun crée un déséquilibre considérable en faveur des villes en général et de la capitale en particulier. On compte, par exemple, une sage-femme pour un peu plus de 3 000 habitants à Bamako contre une pour près de 80 000 habitants dans les régions de Mopti ou de Sikasso, qui ne sont d'ailleurs pas les plus déshéritées (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1986, p. 83) ; mais deux sages-femmes sur trois de la région de Mopti sont en poste à Mopti même (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1988, p. 32).

Le déséquilibre en matière de personnel entraîne un déséquilibre en matière de financement : la dépense annuelle de l'État pour la santé, per capita et par cercle, va de moins de 70 à plus de 1 300 FCFA ; la dépense totale de santé, per capita, de moins de 200 à plus de 9 500 FCFA (Diarro & Coulibaly, 1988, p.7).

Une inégalité fondée sur le jeu des relations sociales servant à créer des privilèges renforce l'inégalité géographique ; elle s'appuie au Mali sur diverses pratiques parmi lesquelles la pratique privée de la médecine à laquelle ne peuvent s'adresser que ceux qui en ont les moyens ; la gratuité des soins accordée à leurs parents et relations par les agents du service public ; les privilèges dont bénéficient les agents des services de santé (ou de l'Institut National de Prévoyance Sociale) et leurs familles. Ces phénomènes ne sont pas complètement décrits mais on sait, par exemple, que 77% des examens biologiques effectués par l'Institut National de Recherche en Santé Publique, pendant les six premiers mois de 1987, ont été pratiqués pour des malades se présentant comme agents des services de santé (et, en grande majorité, de cet Institut même) ou membres de leurs familles (Institut national de Recherche en Santé publique, 1987b). On sait également qu'entre 60 et 75% des sommes que l'Institut National de Prévoyance Sociale consacre à des achats de produits pharmaceutiques sont consommés par le personnel de cette institution (communication personnelle) ; on sait que la consommation de médicaments des agents de la Pharmacie Populaire du Mali a pu atteindre une valeur de plus de 300 000 FCFA par agent en 1986 et près de 200 000 FCFA en 1984 (on aura compris, bien sûr, que l'agent achète à moitié prix pour revendre avec bénéfice, ce qui constitue un avantage accessoire au salaire) (Brunet-Jailly, 1990, p. 60) ; on sait enfin que, malgré un contrôle qui se voulait strict, 17,4% des examens biologiques réalisés par le laboratoire de l'hôpital du Point G en 1988 ont été effectués au profit du personnel (Sow, 1988, p. 27).

2.2. L'état de santé

Les données permettant de décrire l'évolution de l'état de santé sont extrêmement peu nombreuses ; le corps médical n'attache aucun intérêt aux activités d'enregistrement qui pourraient fournir les données utiles. Il est toutefois possible d'avoir accès et d'utiliser les informations concernant la mortalité infantile et juvénile d'une part, la malnutrition d'autre part.

2.2.1. Réduction de la mortalité infantile et juvénile

Le secteur de la santé ne peut pas, dans le contexte qu'on vient de décrire, enregistrer des résultats exceptionnels. La mortalité infanto-juvénile reste à Bamako très supérieure à ce qu'elle est dans plusieurs autres capitales africaines (Fargues & Nassour, 1988, p. 39), malgré sa diminution, à propos de laquelle il ne suffit évidemment pas d'invoquer « l'extension et l'amélioration des équipements de santé publique, et notamment ceux qui sont destinés à la mère et à l'enfant » (Fargues & Nassour, 1988, p. 91) : il faudrait d'abord documenter l'extension et l'amélioration non pas des équipements, mais des activités pour lesquelles ils sont conçus, ce qui pourrait s'avérer difficile ; il faudrait ensuite démontrer la relation entre ces activités et leur résultat supposé, ce qui est clairement impossible, compte tenu des données actuellement disponibles.

Pour l'ensemble du pays, les données concernant la mortalité infantile sont très rares. Le tableau ci-dessous reprend les chiffres figurant dans des publications récentes de la Banque Mondiale et dans lesquels on distingue au moins quelques tendances, ainsi que les incertitudes et les enjeux politiques de toute information.

Tableau 2. Taux de mortalité infantile au Mali pour quelques années entre 1960 et 1989

1960	1965	1980	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Référence
1979			134								Banque Mondiale (1984)
	184			148							Banque Mondiale (1988b)
210											Banque Mondiale (1980)
	207				176						Banque Mondiale (1986b)
	200					174					Banque Mondiale (1987b)
	207						144				Banque Mondiale (1988a)
	207	184						171			Banque Mondiale (1989)
	207								168		Banque Mondiale (1990)
	207									167	Banque Mondiale (1991b)

Les variations qui apparaissent sur ce tableau ne montreraient que la fragilité de l'information si l'on ne remarquait pas que les estimations les plus faibles sont données dans deux publications traitant spécifiquement de démographie et de politique de population (on comprend que plus la mortalité infantile est faible, plus le taux de croissance de la population pourra être élevé). Quant à certains documents rédigés sous l'égide de l'OMS ou de l'UNICEF, organisations spécialisées du système des Nations-Unies, ils se contentent de citer, sans le moindre commentaire et sans craindre le ridicule, des taux (manifestement fournis par des enquêtes de qualité inégale) allant de 118 à 255 pour 1 000 (OMS, sans date, pp. 28-29 ; UNICEF, 1989, p. 155). Ils se réfèrent aux évaluations des organisations internationales, comme s'il s'agissait de sources originales, ou utilisent sans méfiance des travaux d'étudiants (Diani, 1985, par exemple).

Alors que les données citées ci-dessus résultent en principe d'extrapolations à partir des recensements, l'enquête démographique et de santé réalisée au Mali en 1987 a utilisé le recueil de l'historique complet des naissances des femmes de l'échantillon pour déterminer par la méthode directe (durée vécue par les enfants dans la période considérée), les quotients de mortalité infantile et juvénile par période quinquennale. Pour l'ensemble du Mali, les résultats sont les suivants (Traore *et al.*, 1989, p. 74) :

Tableau 3. Mortalité infantile et juvénile (pour 1000) par période quinquennale

	1972-76	1977-81	1982-86
Quotient infantile	170	156	198
Quotient juvénile	229	285	259
Quotient avant l'âge de 5 ans	360	311	249

Dans le commentaire de ces résultats, les auteurs signalent prudemment la très forte sous-estimation de la mortalité aux jeunes âges dans le recensement de 1976 (Traore *et al.*, 1989, p. 79). Néanmoins, les documents officiels traitant de politique de population continuent d'utiliser les chiffres tirés des recensements, très différents de ceux qui proviennent des meilleures enquêtes, et beaucoup plus favorables à leur thèse : le taux de mortalité infantile aurait connu un effondrement entre 1960 et 1976, passant de 250 à 120 pour 1000 « grâce au progrès des techniques médicales et à la pédiatrie », et une nouvelle baisse très sensible entre 1976 et 1987, puisque le recensement de cette dernière année aurait donné une estimation de 76 pour 1000 (Ministère du Plan, 1990, pp. 14 et 23). On continue également à utiliser les taux de croissance tirés de ces recensements (2,5% d'après le recensement de 1976, et 3,7% d'après celui de 1987), tout en sachant que le taux de croissance constaté entre ces deux dates a été de 1,8% (Ministère du Plan, 1990, p. 52) et que l'émigration ne peut pas avoir été aussi massive. Or, les résultats révisés du recensement de 1987 donnent un taux de mortalité infantile de 102 pour 1000 (les résultats publiés par le Ministère du Plan et de la Coopération internationale, 1991a, p. 46, ont été corrigés sans explications par un communiqué de presse (sans date) relatif à la publication des résultats de l'analyse des données du second recensement, et un taux de croissance de la population de 1,8% (Ministère du Plan et de la Coopération internationale, 1991b, pp. 32-35) : tout se passe comme si, pour justifier l'effort demandé par l'extérieur en matière de planification familiale, on ne devait pas hésiter à faire croire que la croissance de la population serait le double de l'estimation la plus plausible et, l'un expliquant en partie l'autre, la mortalité infantile bien moindre.

Rien cependant, dans tout cela, pour prouver une dégradation des conditions de santé de la population malienne. Il reste donc seulement à savoir comment les chiffres cités récemment ont été adaptés et selon lesquels le taux de mortalité infantile au Mali serait passé de 200 en 1965 à 154 en 1980 pour remonter à 174 en 1985, et les taux de mortalité juvénile de 47 pour 100 en 1965 à 34 en 1980 et 43 en 1985 (Kanji *et al.*, 1991, pp. 990-991).

2.2.2. Stabilité à long terme des taux de malnutrition

On pourra cependant objecter que la mortalité, fût-elle celle de la première année, ne peut pas réagir immédiatement à une dégradation des conditions de vie. Pour cette raison, il convient de considérer les informations disponibles concernant la malnutrition protéino-calorique grave, évaluée par les spécialistes à l'aide du

rapport poids/taille, que l'on compare à celui d'une population de référence. Malheureusement, il s'avère que beaucoup des travaux réalisés au Mali dans les années 70 et au début des années 80 sont inutilisables, par défaut d'une méthodologie commune (ou absence de toute précision sur la méthode) : il a fallu attendre la seconde grande crise pour qu'un certain nombre d'organisations se coordonnent à ce sujet (mais l'École de médecine n'a pas fait le nécessaire, de sorte que ses travaux, par exemple ceux de l'École nationale de Médecine et de Pharmacie-PNUD-Autorité pour l'Aménagement du Barrage de Sélingué, sont inutilisables). Une compilation des résultats d'une cinquantaine d'enquêtes nutritionnelles utilisant toutes la même norme (NCHS/OMS/CDC) et la même méthode, réalisées pour l'essentiel dans les régions de Gao et Tombouctou entre avril 1984 et décembre 1987 (Sundberg, 1988, pp. 21-31), fonde les remarques suivantes :

- les taux de prévalence de la malnutrition grave, déjà élevés en 1984, sont restés inchangés jusque vers la fin de 1985, mais ont diminué rapidement en 1986 et 1987 (à quelques exceptions près) ; déjà, après la sécheresse de 1973-1974 on avait constaté un redressement rapide de l'état nutritionnel dans les provinces du Nord du Mali entre 1974 et 1975 (Hogan *et al.*, 1977) ;
- les rares études réalisées à la fin des années 70 et comparables à celles qui ont été faites après la sécheresse de 1983, indiquent généralement des taux de prévalence de la malnutrition grave du même ordre de grandeur : 7 à 20% des enfants présenteraient un rapport poids/taille inférieur à 80% de la norme (Mondot-Bernard, 1980 ; Mondot-Bernard *et al.*, 1980 ; Benefice & Chevassus-Agnes, 1981) ; autrement dit, nous n'avons pas de preuve d'une variation (amélioration ou détérioration) à long terme de l'état nutritionnel des enfants au Mali ;
- la malnutrition est présente même dans la zone cotonnière, qui est la principale zone malienne disposant d'un surplus céréalier ; bien que l'enquête qui le montre, réalisée entre novembre 1984 et février 1985, ait simplement suivi la plus mauvaise récolte depuis trois décennies, ce résultat laisse penser que les facteurs qui déterminent la malnutrition chez les enfants ne sont pas seulement d'ordre économique (cet argument n'étonnera pas les spécialistes, et une de ses explications, la qualité de la relation mère-enfant, en a été illustrée récemment à propos d'un échantillon d'enfants d'un quartier pauvre de Bamako (Keita, 1988).

Il faut donc bien admettre que, malgré la très faible croissance économique des vingt dernières années, malgré les deux crises agricoles dramatiques, malgré l'effondrement matériel et moral du système de santé public, aucun indicateur ne traduit la terrible détérioration de l'état de santé que l'on pouvait redouter. Le Mali présente des indicateurs qui le classent parmi les pays les plus démunis, mais autant qu'on puisse en juger par les informations dont on dispose, sa situation n'a pas notablement empiré au cours des dix à quinze dernières années. Nous le savons bien, l'état de santé ne dépend pas uniquement des activités du système de santé ; sans doute, également, la crise du système de santé public n'affecte que marginalement les activités sanitaires, en ce sens que l'activité du secteur public telle qu'elle est décrite par les informations que collecte le Ministère de la Santé ne représente plus qu'une faible part de l'activité sanitaire totale.

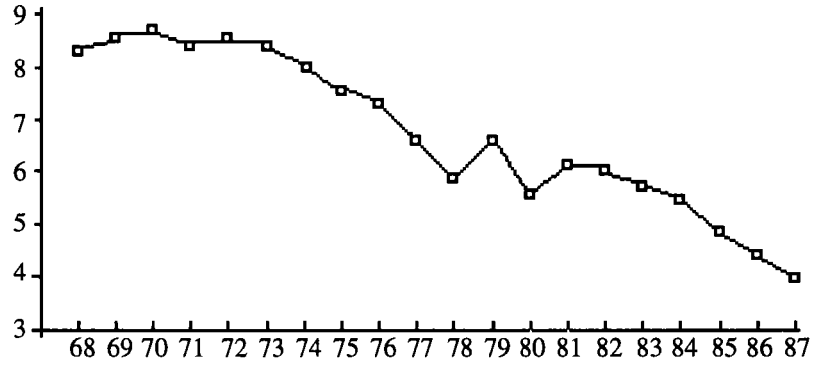
3. Le financement de la santé

L'analyse des données collectées ces dernières années tant auprès des administrations maliennes que par quelques enquêtes directes auprès de la population, montrent qu'il existe, dans ce pays très pauvre, une capacité de financement suffisante pour des soins de santé de qualité, malgré la défaillance de l'État.

3.1. Défaillance de l'État

Il n'est pas possible de savoir quelle était exactement la situation du financement de la santé il y a trente ans. Ce qui est sûr, c'est que l'effort de l'État n'a cessé de s'affaiblir depuis 1970 : un examen détaillé des données disponibles concernant le budget du Ministère de la Santé publique conduit à conclure (Brunet-Jailly, 1989, pp. 181-186, mis à jour) que la santé représentait presque 9% du budget de l'État (qui comprend à la fois le budget des ministères et administrations nationales et celui des régions) au début des années 70, et que cette part relative a diminué de moitié depuis lors. (Fig. 4)

Figure 4. Part de la santé dans le budget de l'État



Source : Brunet-Jaillet (1989), pp. 181-186, mis à jour.

3.2. Importance de la dépense privée

Mais la défaillance de l'État n'a pas forcément des conséquences dramatiques si, comme depuis longtemps déjà, les malades comptent sur d'autres filières de soins que celles du secteur public. Or, sans que nous sachions depuis quand, les dépenses de santé sont actuellement financées pour l'essentiel par les familles. Pour l'année 1986, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé serait le suivant (on comparera à Rasera (1986) pour apprécier l'importance des révisions auxquelles il a été récemment procédé par rapport à la première tentative de ce genre et on trouvera dans Brunet-Jailly *et al.* (1989) des précisions supplémentaires sur les évaluations que nous utilisons) :

Tableau 4. Dépenses de fonctionnement du secteur de santé, Mali, 1986

Source	Millions de FCFA
Financement public	
État (budget national + budgets régionaux)	4 200
Autres sources publiques	90
Opérations de développement	8
Institut national de Sécurité sociale	380
Total	4 678
Budgets familiaux	
Tarification	236
Médicaments modernes	12 000
Médecine traditionnelle	2 000
Honoraires privés clandestins	500
Transport pour raison de santé	300
Total	15 036
Aide extérieure	542
Total général	20 256

Ce sont donc les familles qui, d'ores et déjà, supportent les trois quarts des dépenses de santé. Et ces dépenses atteignent probablement 2 700 FCFA par tête en moyenne annuelle, ce qui est évidemment peu, tant en proportion du produit par tête (moins de 5%, ce que confirment les enquêtes auprès des ménages (Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988 ; Diarro *et al.*, 1990), qu'en valeur absolue par rapport à ce que l'on constate dans certains pays voisins : en 1980, le montant comparable était déjà de l'ordre de 4 000 FCFA au Sénégal (Brunet-Jailly *et al.*, 1984, p. 162), mais seulement de 2 200 FCFA au Burkina Faso en 1981 (Ministère de la Santé, 1983, p. 17, plutôt que Banque Mondiale, 1982, p. 18, puisque ce dernier document a manifestement été rapidement dépassé, au moins sur ce point).

3.3. Destination de la dépense privée

Le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques, qui pèsent sur les budgets privés beaucoup plus qu'on ne l'imagine : alors que la valeur des ventes de médicaments par la Pharmacie populaire du Mali[1] (PPM) est officiellement de l'ordre de 6 milliards de FCFA (en 1986 et en 1987), ce qui correspond à environ 800 FCFA per capita, les enquêtes directes auprès de la population donnent une dépense pharmaceutique par tête bien supérieure — plus du double. Les enquêtes anciennes (Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982 ; Meyer, 1985) aboutissent à une dépense de médicaments 4 à 8 fois supérieure au chiffre officiel des ventes pharmaceutiques ; les plus récentes (Brunet-Jailly *et al.*, 1988), à une dépense de médicaments 2 à 3 fois supérieure.

Ces écarts s'expliquent par plusieurs phénomènes parfaitement identifiés, parmi lesquels la vente des produits de la PPM par les gérants de ses officines, à des prix supérieurs aux prix arrêtés par l'administration, la vente de produits importés

1. Organisme public disposant jusqu'en 1991 du monopole d'importation et en pratique jusqu'en 1990, du monopole de la commercialisation.

clandestinement de plusieurs pays voisins ou européens, la vente aux malades par les professionnels de santé de produits appartenant à la dotation en nature des formations sanitaires publiques ou des projets, la vente au public de médicaments donnés par les Organisations non gouvernementales. Il est certain que les enquêtes directes donnent une meilleure idée de la situation que les chiffres partiels utilisés d'ordinaire, et il faut donc conclure que les familles paient au moins 12 milliards de FCFA pour les médicaments modernes (prescription et autoconsommation).

On a considéré plus haut un aspect de cette situation : les malades ont été exploités de façon éhontée par cette société d'État. Mais un autre aspect apparaît ici : pourvu qu'ils croient en l'efficacité de ce qu'on leur propose (ce qui est le cas pour les médicaments), les malades paient, pour se soigner, des sommes conséquentes et peut-être suffisantes (on y reviendra).

Le second poste important est celui de la médecine traditionnelle. Certains chiffres avancés à ce sujet traduisent plus la faveur dont elle bénéficie auprès des politiciens et de certains experts - au moins tant qu'elle ne demande à l'État que de bonnes paroles — que le souci d'une évaluation réaliste. En utilisant les rares enquêtes directes auprès de la population (Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982 ; Meyer, 1985 ; Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988), nous estimons que les dépenses liées à la médecine traditionnelle ne dépassent pas 2 milliards de FCFA annuellement. Là encore, il est indubitable que ces sommes sont réunies et dépensées sans hésitation car les malades croient à l'efficacité des soins qui leur sont prodigués par les tradithérapeutes.

Les autres postes sont de taille plus modeste : environ 500 millions de FCFA pour la pratique privée alors clandestine de la médecine (estimation à partir de Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988) ; environ 250 millions au titre de la tarification pratiquée par l'ensemble des formations sanitaires (estimation d'après une enquête auprès de toutes les formations sanitaires [Brunet-Jailly *et al.*, 1989, et tableaux annexes]), environ 300 millions pour les dépenses de transport liées à la santé. L'estimation des honoraires privés est évaluée par défaut : elle suppose (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, p. 26) qu'une consultation sur quatre dans le secteur public, en dehors de la capitale, fait l'objet d'un honoraire privé illicite de 500 FCFA en moyenne, et qu'à Bamako la proportion est de 1 sur 3 — les prix moyens étant compris entre 1 500 et 1 700 FCFA ; elle néglige, certainement à tort, mais faute d'information, la pratique privée en dehors des formations publiques ; elle est néanmoins significative, puisqu'elle représente 20% environ de la masse des rémunérations versées par l'État aux agents de la santé.

3.4. Possibilités de réaffectation de la dépense nationale de santé

Plusieurs expériences en vraie grandeur, menées au Mali même, pendant plusieurs années, ont réalisé une relance de l'activité des services de santé par la création d'un réseau de magasins vendant à prix coûtant des médicaments essentiels (achetés en DCI sur le marché international) prescrits par les professionnels agrées des formations sanitaires publiques. Ces expériences ont été analysées en détail (voir notamment Brunet-Jailly, 1989, 1991a ; Brunet-Jailly *et al.*, 1989) et il a été possible d'en tirer quelques enseignements, dont les suivants (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, pp. 115-116) :

- les taux de fréquentation des centres de santé d'arrondissement doivent pouvoir être triplés, ceux des centres de santé de cercle augmentés de

moitié, ceux des hôpitaux étant multipliés par deux pour la population hors de Bamako, en ordre de grandeur, à partir du moment où les malades seraient assurés de trouver partout, et à prix abordable, les médicaments prescrits ;

- le coût de l'approvisionnement en médicaments, aux prix des magasins santé installés au Mali (sixième et septième région, ou cinquième région) correspondant à cette activité sensiblement augmentée, ne dépasserait pas 40% du coût actuel des médicaments pour la population ;
- dans les conditions d'un approvisionnement aux prix des magasins santé, le coût total des services de santé ne dépasserait pas, pour une activité sensiblement plus forte et assurant une prise en charge meilleure des besoins réels de la population, l'ordre de grandeur de 10 milliards de FCFA, alors que le pays consacre aujourd'hui plus de 17 milliards à la santé moderne ;
- on peut, par conséquent, envisager de modifier très sensiblement le niveau quantitatif et qualitatif de l'activité sanitaire, en réaffectant les moyens financiers que la population du Mali y consacre : réduction du coût des médicaments par l'adoption effective de la politique des médicaments essentiels comme seule politique nationale d'approvisionnement, et affectation des sommes ainsi économisées à des dépenses telles que l'entretien et le fonctionnement courant des formations sanitaires, ainsi que la rémunération du personnel sanitaire.

Ces perspectives ont été examinées en détail à la demande du Gouvernement malien, qui a sollicité et obtenu les financements permettant de les réaliser ; elles ont été présentées à plusieurs reprises aux responsables nationaux et régionaux de la politique de santé. Mais la politique de santé est désormais incluse dans l'ajustement structurel : la santé est l'un des domaines dans lesquels la Banque Mondiale et le FMI demandent un effort pour rendre supportable leurs programmes d'ajustement structurel. Qu'en est-il ?

4. La politique de santé et l'ajustement structurel

L'ajustement structurel comporte au Mali cinq programmes de réformes (Gouvernement du Mali, 1991a, pp. 40-43), étroitement coordonnés entre eux :

- les programmes des interventions du FMI qui, en contre-partie d'engagements généraux en matière de politique économique à moyen terme, autorise des tirages hors quote-part (c'est-à-dire des prêts pour financer les déficits des finances publiques) ; les engagements concernent notamment la libéralisation de la politique agricole, la libéralisation des prix et du commerce, la réduction de la taille du secteur public, l'amélioration de la gestion des finances publiques ;
- le programme de réformes économiques de l'USAID : cette agence s'est chargée de l'aide à la mise en oeuvre des engagements contenus dans le programme FMI en ce qui concerne la réforme fiscale (nouveau code du commerce, simplification de la réglementation du commerce extérieur, libéralisation des prix, allégements des contrôles administratifs) d'une part, et la restructuration budgétaire d'autre part (adoption d'une nouvelle nomenclature budgétaire, automatisation des salaires des agents de l'État, fixation des plafonds de recrutement par la fonction publique, et

programmes de départ volontaire) ; le financement de certaines de ces activités est d'ailleurs éventuellement trouvé auprès d'autres partenaires, par exemple la Banque Africaine de Développement (BAD) pour la seconde vague de départs volontaires (Association Internationale pour le Développement, 1991, p. 3) ;

- le programme de restructuration du marché céréalier, qui a eu pour principaux objectifs de supprimer les monopoles de commercialisation dont bénéficiaient des organismes tels que l'Office des produits agricoles du Mali et l'Office du Niger, de supprimer progressivement les prix garantis, pour permettre le rétablissement du jeu des mécanismes du marché ;
- les programmes de la Banque Mondiale, qui a financé un programme d'ajustement structurel dans le domaine agricole (suppression de certains offices dits de développement rural, consolidation et réhabilitation de l'Office du Niger), un programme d'ajustement structurel des entreprises publiques (liquidation des entreprises non rentables, renforcement des autres par cogestion ou restructuration) et un programme dans le domaine de la santé (voir plus bas) ;
- enfin, un « programme de réformes socio-sanitaires », qui est présenté en dix lignes évoquant la décentralisation, le recouvrement des coûts et des objectifs de la plus grande généralité (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 43).

L'insertion de la politique de santé dans le cadre de l'ajustement structurel ne fait donc aucun doute. Voyons de plus près quelles dispositions ont été prises, en pratique, pour libéraliser le système de santé, en application des orientations générales de l'ajustement structurel, et quel est le contenu du programme de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé.

4.1. Les mesures de libéralisation

Les engagements généraux du Gouvernement concernent, d'une part, l'ouverture de certaines activités aux intérêts privés et à la gestion privée, d'autre part, la réduction de la taille du secteur public et des tâches de l'administration.

4.1.1. L'exercice privé des professions de santé

Dès février 1981, le parti unique alors au pouvoir au Mali avait adopté le principe de l'autorisation de l'exercice de la médecine privée. Une loi de 1985 a appliqué ce principe à toutes les professions sanitaires, à la suite de quoi divers textes en ont fixé les modalités pratiques. Des codes de déontologie ont été édictés pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Mais l'exercice privé était conçu dans le contexte de fixation des prix par l'administration ; ainsi, après une étude réalisée par l'administration et après consultation des représentants de la profession, le prix de la consultation a été fixé à 4 230 FCFA pour le généraliste et à 5 945 FCFA pour le spécialiste (N.B. : le salaire mensuel minimum était à l'époque de l'ordre de 13 000 FCFA). Mais l'esprit de la privatisation est bien décrit dans la mise au point publiée en mars 1988 dans la presse par l'Ordre des Médecins du Mali : « La question finale qui se pose est de savoir si les Maliens veulent une médecine privée de qualité ou une médecine au rabais. Si effectivement nous voulons avoir le choix entre aller à l'hôpital ou dans

une clinique privée pour une meilleure prestation, qui doit payer la différence de coût ? Ce ne sera certainement pas le praticien privé, qui a avant tout le souci de rentabiliser son entreprise pour faire face aux multiples dépenses incompressibles et rembourser éventuellement les prêts qui lui ont permis de s'installer » (anonyme, 1988). Évidemment, et l'on n'aurait su mieux dire !

Notons, pour fixer les idées, que ce tarif de la consultation de généraliste représente 6% du produit national brut per capita (qui est d'environ 74 000 FCFA), alors que le tarif en vigueur en France, où plus de 90% de la population est couverte par un régime d'assurance maladie, est de l'ordre de 2 pour 1000 du PNB par tête (environ 120 FF sur 65 000).

Il est très rapidement apparu que ces tarifs seraient inapplicables. D'un côté, ils étaient faibles par rapport aux tarifs pratiqués par les professeurs de médecine et chefs des services hospitaliers, exerçant illégalement, mais impunément, au vu et au su de chacun, à leur domicile, et d'un autre côté, ils étaient beaucoup trop élevés pour l'éventuelle clientèle des médecins nouvellement installés dans le secteur privé, et qui seraient concurrencés par la pratique libérale illégale des infirmiers du secteur public dans leurs quartiers. Aussi, au début de l'année 1988, guère plus d'une quinzaine de professionnels de la santé avaient demandé (et obtenu) l'autorisation de s'installer dans le secteur privé, dont six seulement avaient effectivement ouvert un cabinet : deux gynécologues, deux généralistes, un urologue et un chirurgien-dentiste, tous à Bamako.

Depuis lors, les jeunes diplômés de l'école de médecine, soit plus de 60 par an, que l'État ne recrute plus (moins de 10 postes sont mis au concours de la fonction publique chaque année depuis 1985) tentent d'inventer des formules nouvelles, qui leur apporteraient pour s'installer le soutien, au moins temporaire, de collectivités locales ou de « communautés ». Certaines de ces réalisations conserveront peut-être un but non lucratif, d'autres ne seront que l'amorce d'un secteur privé ordinaire que, d'ici peu, ni l'État ni aucune institution d'assurance ne seront en mesure de contrôler.

4.1.2. La privatisation du commerce des médicaments

Plus importante encore est la libéralisation du secteur de l'approvisionnement et de la distribution pharmaceutique. Dès 1987, les Ordres professionnels, dont les membres étaient alors tous agents de l'État, se montraient ouvertement partisans d'un démantèlement de la Pharmacie populaire du Mali, société d'État. Une loi promulguée le 27 février 1988 a autorisé l'ouverture aux capitaux privés de 12 sociétés, parmi lesquelles la PPM ; dès avril 1988, des stratégies détaillées concernant chacune de ces sociétés ont été présentées à la Banque Mondiale (Association Internationale pour le Développement, 1988, p. 16).

En 1988-1989, l'idée que l'Initiative de Bamako pourrait (devrait ?) s'appliquer au Mali, a accordé un sursis à cette société. Certains imaginaient qu'elle pourrait jouer le rôle de l'indispensable organisme de compensation dans un système visant à rendre le médicament essentiel disponible sur toute l'étendue du territoire. Ce système qui ne peut qu'être déficitaire dans les zones les plus difficiles d'accès, peut équilibrer ces pertes par des bénéfices réalisés sur les marchés importants (Brunet-Jailly, 1990). La Banque Mondiale s'est montrée insensible à ces perspectives et ses experts ont obtenu, fin 90, une libéralisation complète du commerce des médicaments au Mali : suppression du monopole d'importation, vente par la Pharmacie populaire du Mali de la quasi-totalité de ses officines, autorisation d'ouverture accordée à une centaine d'officines privées, liberté des prix des produits pharmaceutiques. On est visiblement passé d'un extrême à l'autre et, semble-t-il, sans s'en rendre compte.

4.1.3. L'oubli du secteur public

Si le secteur privé a donc reçu carte blanche, le secteur public n'a pas été particulièrement affecté. On le constate à examiner les effectifs des agents de la santé publique. Il est pratiquement impossible de reconstituer des séries remontant à vingt ans pour certaines catégories, notamment pour ces personnels sans qualification sur lesquels on a fait reposer l'extension vers la périphérie de services dits de santé. Néanmoins, le tableau reproduit ci-après livre quelques enseignements frappants (Tableau 5).

Le corps médical malien a doublé entre 1981 et 1987, et il compte désormais plus de spécialistes que de généralistes ; il évolue donc, formellement, comme le corps médical des pays les plus développés ; ce que l'on sait du niveau technique des soins, par exemple dans le domaine de la chirurgie (Brunet-Jailly, 1989, pp.77-94), conduit cependant à considérer qu'il n'y a rien derrière l'apparence formelle ; le corps médical se montre incapable de maîtriser sa croissance et sa spécialisation mais chaque médecin trouve son intérêt personnel à « partir en formation » (il est nettement plus avantageux d'être boursier à l'étranger que d'être à son poste au pays) puis à être promu spécialiste ; et les bailleurs, concurrents dans l'utilisation d'une aide surabondante, n'ont pas, eux non plus, une politique à long terme de qualification du personnel médical ; est-ce d'ailleurs leur rôle ?

Les qualifications intermédiaires qui eussent été si nécessaires pour la mise en oeuvre effective d'une extension vers la périphérie de soins simples, mais exécutés par des professionnels, ces qualifications d'infirmier diplômé d'État, par exemple, se développent beaucoup moins vite que les effectifs de médecins, et beaucoup moins vite que les effectifs d'agents sans qualification (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1990, p. 33) qui, de ce fait, participent à la répartition mais pas à la production.

Tableau 5. Nombre d'actifs du secteur de la santé, Mali, 1975, 1981 et 1987

Catégorie	1975	1981	1987
Généralistes	ND	220	180
Spécialistes	144	25	214
Pharmaciens	ND	2	57
Chirurgiens-dentistes	12	16	ND
Ingénieurs sanitaires	1	1	11
Sages-femmes	157	276	321
Infirmières diplômées d'État	399	732	660
Infirmières	965	1 409	735
Agents sanitaires	33	54	92
Laborantins	50	79	132
Agents locaux de développement	0	64	125
Aides soignants	559	ND	204
Sages-femmes traditionnelles	216	ND	471
Autre catégorie (A)	ND	ND	101
Autre catégorie (B	ND	ND	211
Autre catégorie (C)	ND	ND	492
Agents occasionnels	ND	ND	1 601

Sources : Ministère de la Santé publique (1975) pour 1975 ; Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (sans date) pour 1981 ; Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1990) pour 1987.

ND : non disponible.

Une analyse plus détaillée de ces évolutions dépasse le cadre de cet article. Mais les données disponibles ne laissent aucun doute quant à la réalité de l'ajustement structurel en ce qui concerne le personnel de la santé publique : il n'est pas concerné.

Ajoutons qu'il se trouve visiblement très bien dans son emploi qui lui permet de cumuler une rémunération publique stable (et qui garantit le contact avec la clientèle) et la perception quotidienne d'honoraires ou de bénéfices illicites. Voilà pourquoi, sur les 700 départs volontaires de fonctionnaires de la première vague (Association Internationale pour le Développement, 1991), 403 affectent l'éducation nationale (soit 7,6% environ des 5 300 agents), et 70 seulement la santé et les affaires sociales (soit 1,2% des 5 600 agents du ministère concerné).

L'ajustement structurel a donc, en pratique, été l'occasion de réaliser la politique appelée de leurs voeux par les professionnels de la santé au Mali. Ils disposent maintenant du cadre juridique qui leur permettra d'exercer dans les conditions des pays dont ils s'inspirent, sans avoir à faire un effort original pour définir des modalités adaptées aux moyens dont dispose leur pays ou à ses ambitions (telles, par exemple, feue l'Initiative de Bamako). Quant au secteur public de la santé, il n'est pas menacé, il est simplement oublié. Mais ce n'est pas tout ! Il faut encore examiner le projet de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé.

4.2. Le programme de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé

Avant d'en venir à une critique précise de cet élément de l'ajustement structurel qui concerne spécifiquement la santé, il est nécessaire de mesurer combien les enjeux et les modalités de la politique de santé sont mal perçus par les responsables politiques. Le document remis à la Conférence nationale (Gouvernement du Mali, 1991a) est, sur ce sujet, tristement exemplaire. Le projet santé-population - hydraulique rurale y est présenté comme l'une des composantes des programmes de la Banque Mondiale concourant à l'ajustement structurel, ce que l'on ne saurait nier, mais le lien n'est pas établi entre cet énorme programme et quelques autres aspects de la politique de santé, évoqués ultérieurement en termes vagues (les réformes socio-sanitaires, p. 43, les problèmes de la santé des femmes, p. 57, la politique des médicaments essentiels et la politique de recouvrement des coûts, pp. 59-60, la santé rurale, p. 61-62).

Le corps médical, si avide de reconnaissance sociale, n'a visiblement pas réussi à concevoir et à faire partager par le personnel politique un dessein quelconque concernant la santé. Il n'a pas réussi, non plus, à jouer le rôle qui devrait être le sien dans l'élaboration d'un programme que nous jugeons, pour notre part, plein de données incomplètes et/ou fausses. Il est donc mal conçu, irréalisable en certains de ses aspects et dangereux en certains autres et enfin, illusoire en ce qui concerne la politique pharmaceutique. Résumons ci-dessous nos arguments en nous limitant strictement à ceux qui concernent l'aspect économique de l'analyse de la situation et de la stratégie proposée.

4.2.1. Un programme mal informé

Nous nous limitons ici à quelques points très importants pour ménager, autant que faire se peut, certaines susceptibilités. Par exemple, la présentation des résultats obtenus en matière de recouvrement des coûts est mal informée ou tendancieuse (Banque Mondiale, 1991c, § 2.15) ; on ne peut prétendre que, « en 1987, le recouvrement des coûts portait sur 50% environ des dépenses de fonctionnement afférentes aux services organisés » puisque, dans l'expérience

financée par la Banque Mondiale, on est à peine parvenu à recouvrer le coût des médicaments, et que nulle part au Mali (sauf dans un centre de santé urbain de Bamako) on n'a cherché à couvrir le coût du personnel ; et, pour l'ensemble des services publics de santé en 1986, on n'a enregistré que 236 millions de recettes de tarification alors que ces services ont dépensé environ 4,5 milliards (Brunet-Jailly *et al.*, 1989). Il eut donc fallu dire, bien plus modestement, que le recouvrement des coûts paraît éventuellement capable d'apporter, là où il est organisé et correctement géré (ce qui constitue une première restriction sérieuse), la moitié des dépenses courantes hors salaires (et c'est ici la seconde restriction décisive).

Il est faux de prétendre (Banque Mondiale, 1991c, § 2.30) que « des protocoles de traitement ont été mis au point et que les médicaments essentiels ont été introduits dans les régions de Kita-Bafoulabé-Kéniéba, Gao et Tombouctou » : rien de cela n'a réussi dans la région de KBK où intervenait la Banque Mondiale et l'introduction des médicaments essentiels en DCI dans les 6ème et 7ème régions est le fait de Médecins sans Frontières-Belgique et du Fonds européen de développement (la Banque Mondiale n'y est pour rien), puis d'un ensemble de partenaires étrangers dans la région de Mopti.

Il est faux de prétendre que le Mali est engagé dans la voie d'une décentralisation de l'administration des services de santé (Banque Mondiale, 1991c, § 2.31a) : la taxe de développement régional et local est une recette du budget national et elle est gérée par le processus le plus centralisé que l'on puisse imaginer (toute proposition du moindre arrondissement doit remonter toute la pyramide administrative et se traduire par une inscription au budget de l'État ; voir la loi 88-65, ou un résumé de ses dispositions dans (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, p. 74).

Il est tout à fait regrettable et fort inquiétant de constater que ce programme n'ait pas été fondé sur une appréciation plus exacte de la situation dans laquelle il envisage d'intervenir en apportant une « assistance massive » (Banque Mondiale, 1991c, § 2.32). Précisément, ses rédacteurs doivent bien se douter que cette dernière constitue l'origine du mal, puisqu'ils reconnaissent explicitement que « la gamme des services de santé est de plus en plus déterminée par diverses initiatives internationales au lieu de l'être par la demande locale » (Banque Mondiale, 1991c, § 2.19).

4.2.2. Un programme mal conçu et sur certains points dangereux

Là encore, acceptons de taire un grand nombre de critiques sérieuses, portant par exemple sur l'emploi injustifié d'une notion purement idéologique de « communauté », sur le vide conceptuel de la notion d'« approche populationnelle », sur la présentation démagogique d'une utopie de gestion villageoise, etc. Concentrons-nous sur l'erreur impardonnable et persistante qui affecte la prétendue démonstration de la viabilité économique des centres de santé communautaires, et sur la menace que représentent, pour la santé de la population, certaines propositions contenues dans le programme.

En premier lieu, l'idée qu'un centre de santé implanté à l'échelon villageois (il est prévu d'en créer entre 120, [§ 3.07] et 197, soit 11 par cercle [cf. annexe 3.6, p. 7] dans 17 cercles [§ 3.06]) et desservant 10 000 personnes puisse enregistrer 4 à 5 000 consultations dans l'année, et percevoir en moyenne 500 FCFA par consultation, est totalement irréaliste (Banque Mondiale, 1991c, § 3.09). Le taux de fréquentation qui est supposé (environ 50% : 5 000 consultations pour 10 000 habitants) n'a jamais été obtenu au Mali depuis dix ans, même lorsque le médicament était rendu disponible, même lorsque les moyens de fonctionner étaient à nouveau donnés au personnel, et même lorsque ce personnel était à nouveau supervisé (voir sur ce point une récapitulation de toutes les données

disponibles dans Brunet-Jailly *et al.*, 1989, pp. 47-50 et 64). Quant à l'effet dissuasif d'un tarif de consultation à 500 FCFA, il mériterait une très sérieuse discussion qui n'a jamais eu lieu.

En second lieu, l'idée selon laquelle certaines collectivités locales consacreraient 7% du produit de la taxe locale de développement à la santé (Banque Mondiale, 1991c, § 3.06) est fausse, voire mal intentionnée, pour plusieurs raisons :

- il n'existe pas de collectivité locale disposant de quelque autonomie que ce soit, même pas les 17 communes que compte le pays en 1991 ; les arrondissements sont des circonscriptions administratives placées sous l'autorité d'un chef d'arrondissement ; les cercles sont administrés par un « commandant » ; les comités locaux de développement ne sont que des comités de fonctionnaires aux ordres et précisément les conseils de développement, qui devait comprendre des élus, n'ont jamais fonctionné ;
- plus grave, l'expérience montre que ces niveaux périphériques de l'administration ont d'autres priorités que la santé : à Kita même, la cotisation fiscale de 50 FCFA par personne imposable introduite en 1983 et destinée au paiement de matrones et d'aides soignants sert plus volontiers, en 1987, à organiser la réception de la délégation de Marly-le-Roi (ville jumelée) qu'à rattraper les retards de rémunération des agents de santé ; à Djenné, si les services de santé demandent en 1989 au comité local de développement d'embaucher une dizaine d'aides soignants pour organiser la phase d'entretien du Programme élargi de vaccination, le comité, qui n'a jamais rien donné pour la santé, fait la sourde oreille pendant plus d'un an, puis refuse ; à Nioro du Sahel, en 1987, la situation est encore plus claire puisque c'est le centre de santé qui finance le comité de développement (ce dernier reçoit 20% des recettes que le centre de santé prélève sur les malades).

Venons-en aux propositions dangereuses. Prenons par exemple l'idée que les centres de santé tenus par des infirmiers pourraient encourager l'automédication en gérant des pharmacies qui offriraient au village des médicaments essentiels, depuis la chloroquine jusqu'aux contraceptifs (Banque Mondiale, 1991c, § 3.12). Il ne faut pas oublier que les infirmiers sont depuis des années formés dans des conditions qui font frémir — et à partir d'un niveau général qui n'a jamais été aussi bas, dans un des rares pays où le taux de scolarisation a baissé depuis vingt ans — et qu'ils ont perdu toute exigence professionnelle ou déontologique : l'examen attentif de leurs prescriptions mettrait en évidence leur niveau. Si l'on place dans les mêmes mains la prescription et la vente, ils sauront de toute évidence en profiter, sans pour autant favoriser l'automédication ni les médicaments essentiels. Il n'y a d'ailleurs pas de solution à ce problème car toutes les expériences (y compris et en premier lieu, celle du premier projet sanitaire de la Banque Mondiale au Mali, qui n'a d'ailleurs jamais été évalué) dans lesquelles on a voulu favoriser la commercialisation des médicaments dans les villages en fournissant à des commerçants un stock de départ, se sont soldées par des échecs : le stock est vendu, personne n'envisage de le renouveler et l'argent disparaît. Quant à imaginer quel système est capable de réapprovisionner de petits dépôts périphériques, à commencer par ceux de certains cercles ou arrondissements, nous y reviendrons.

En outre, si l'automédication est déjà dangereuse en ce qui concerne la chloroquine, elle l'est beaucoup plus encore lorsqu'elle porte sur les contraceptifs hormonaux et les dispositifs intra-utérins. Qui peut bâtir une politique de population sans prendre un minimum de garanties à cet égard ?

4.2.3. Un programme illusoire en matière de politique pharmaceutique

La gestion de la « réforme pharmaceutique » pendant le premier Projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale, comme la gestion de la Pharmacie populaire du Mali pendant la même période ont montré la modicité de la volonté politique et la modestie des compétences professionnelles de l'administration malienne dans ce secteur particulier. Cela ne justifie en rien, cependant, que l'actuel second projet affiche des objectifs qui ne pourront pas être atteints, et cela du fait même de décisions qui auront été en grande partie imposées au Mali par la Banque Mondiale.

Quels seraient les objectifs ? « La réforme pharmaceutique vise à assurer la disponibilité en médicaments de qualité dans tout le pays en un an, et à réduire le coût de l'ordonnance moyenne des 2/3 aux 3/4 grâce à la mise en oeuvre d'une politique des médicaments essentiels » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.24). Quelles décisions ont été imposées au Mali comme conditions du nouveau « Projet population-santé-hydraulique rurale » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.25) ?

Considérons d'abord celles qui nous paraissent justifiées parce qu'elles devraient favoriser la réalisation des objectifs affichés :

1) édicter un texte stipulant que seuls 199 médicaments essentiels d'une liste approuvée seront exonérés des droits et taxes à l'importation : il s'agit là de supprimer la notion malienne, ingénue mais juteuse, de « spécialité essentielle » ;
2) interdire à la PPM l'importation des 350 spécialités de même composition que les 199 médicaments essentiels de la liste évoquée ci-dessus : cette disposition était nécessaire pour éviter la réédition de l'expérience dite de la « réforme pharmaceutique » durant laquelle, au milieu des années 80, les médicaments essentiels rendus disponibles par un financement de la Banque Mondiale ont été vendus dans des « pharmacies pilotes », mais au prix des spécialités, le bénéfice revenant aux gérants et la PPM se montrant incapable de réagir ;
3) imposer à la PPM de n'acheter les médicaments essentiels qu'en générique et par appel d'offres ;
4) limiter la marge préférentielle de l'Usine malienne de produits pharmaceutiques à 15% : le Mali a toléré que sa société publique, dont l'activité a commencé en 1983, fabrique une vingtaine de produits à des prix de revient atteignant environ deux fois celui du marché mondial (Brunet-Jailly, 1990).

D'autres mesures imposées par la Banque Mondiale créent, au contraire, des conditions qui rendent inaccessibles les objectifs affichés. Ces mesures sont les suivantes :

1) poursuite du programme, effectivement lancé en avril 1990, de privatisation des officines de la PPM : la Banque Mondiale était parfaitement informée des conclusions d'une étude réalisée grâce à l'UNICEF (Brunet-Jailly, 1990) et montrant que le réseau d'officines de la PPM était indispensable à l'approvisionnement de tous les cercles en médicaments essentiels au prix le plus bas et que l'approvisionnement des arrondissements et des villages était encore plus difficile ;
2) levée du monopole d'importation de la PPM : l'étude précitée (Brunet-Jailly, 1990) avait montré que le monopole d'importation était la seule façon de donner un contenu effectif à la suppression des 350 spécialités

qui devaient être remplacées par les 199 médicaments essentiels ; la Banque Mondiale impose donc au Mali un système dans lequel la PPM ne peut pas importer les 350 spécialités en question, alors que d'autres opérateurs le feront ; ces 350 spécialités seront ainsi présentes sur le marché à côté des médicaments essentiels qu'elles étaient censé remplacer ; comme la vente des spécialités est, pour un pharmacien privé, incontestablement plus lucrative que la vente des médicaments essentiels, la Banque Mondiale a imposé au Mali une disposition qui condamne la commercialisation des médicaments essentiels.

La situation est donc claire pour toute personne capable de comprendre l'organisation d'un approvisionnement national en médicaments et de sa distribution, ainsi que les intérêts en cause. Aussi le Projet de la Banque Mondiale est-il purement et simplement illusoire lorsqu'il écrit :

- « les médicaments seront disponibles au Mali et les clients seront protégés par des contrôles de qualité » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.27) : la première proposition est fausse car l'étude UNICEF a montré — confirmant sur ce point l'expérience de la PPM — que même la distribution de spécialités n'est pas rentable dans beaucoup de cercles du Mali, compte tenu du très faible montant des dépenses familiales consacrées aux achats pharmaceutiques et parce que la distribution de médicaments essentiels laisse nécessairement des marges plus faibles que la distribution des spécialités ; la seconde proposition restera fausse tant qu'un effort politique et professionnel considérable ne sera pas consacré à la réalisation d'un vrai contrôle, non négociable et inscrit dans la durée, ce qui est une activité tombée en complète désuétude dans le milieu considéré ;
- « en dessous du niveau du cercle, les médicaments seront d'abord offerts aux points de vente de la PPM dans les arrondissements et progressivement par les centres de santé communautaires au fur et à mesure de leur création ; la PPM gérera les entrepôts jusqu'au niveau du cercle seulement (et ultérieurement dans les capitales régionales uniquement) et la distribution sera organisée de façon souple par le médecin de cercle » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.27) : cette présentation est mensongère, puisque, conformément à une condition des prêts d'ajustement structurel, que les rédacteurs du projet ne pouvaient ignorer au moment où ils écrivaient cette phrase, la PPM était en train de liquider son réseau, et ne dispose plus aujourd'hui d'aucun dépôt ni dans les arrondissements ni dans les cercles.

Nous mesurons parfaitement la gravité de ces critiques : elles signifient que les experts, s'ils sont honnêtes, ne comprennent pas le rôle qu'on leur fait jouer, puisque dans le domaine de la santé, qui est le leur, l'ajustement structurel prend des formes absurdes qu'ils défendent de surcroît. Cette observation, tout de même inattendue, suggère une interprétation générale de l'ajustement structurel et de ses liens avec l'amélioration de l'état de santé dans les pays les plus démunis.

5. Conclusion

Les experts de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International qui ont collaboré avec le Gouvernement du Mali pour établir le document qui définit la politique économique et financière du Mali pour les années 1992 à 1994 ont inclus dans ce document le passage suivant, dont la citation intégrale nous paraît s'imposer :

> « Les indicateurs de santé du Mali sont parmi les plus bas du monde. Un enfant sur quatre meurt avant l'âge de 5 ans et l'espérance de vie à la naissance n'est que de 45 ans du fait de l'insuffisance de soins de santé primaires et de la pénurie de services de santé préventifs. L'État accordera donc une priorité accrue aux soins de santé primaires afin de réaliser l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 ». Par ailleurs, le Gouvernement collabore étroitement avec le secteur privé pour améliorer la gestion, la prestation et le financement des services de santé et concentre ses efforts sur l'orientation de la politique du secteur et sur les services d'appui, plutôt que sur la fourniture directe de prestations. Il poursuit en outre une stratégie de décentralisation de la gestion des services de santé qui donnera aux communautés le pouvoir d'ouvrir et de gérer leurs propres centres de soins. La législation a déjà été rendue plus incitative pour la création de cabinets médicaux et de pharmacies privées. Elle a également libéralisé l'importation de médicaments afin de réduire les coûts et d'optimiser ainsi l'utilisation des ressources. Par ailleurs, les autorités ont adopté une politique de médicaments essentiels et encouragent l'importation de ces médicaments sous forme générique. Enfin, le gouvernement a décidé d'allouer une part croissante de ses dépenses courantes à la santé et d'encourager une participation accrue des bénéficiaires au recouvrement des coûts » (Gouvernement du Mali, 1992, p. 29-30).

Telle serait la réalité malienne de leur point de vue. Comment se fait-il qu'elle paraisse si différente, lorsqu'on l'observe de Bamako même ?

Il est exact que les indicateurs de santé du Mali sont parmi les plus bas. Mais, malgré l'effondrement des services publics de santé, et malgré deux terribles périodes de sécheresse en quinze ans, ils ont plutôt tendance à s'améliorer au fil des ans. C'est que les conditions de vie, extrêmement frustes assurément, évoluent lentement, bien trop lentement sans doute, mais indubitablement, comme le produit national par tête, même si l'écart avec les pays développés se creuse encore. C'est, en outre, que les soins sont largement distribués en marge et en dehors du système de santé public. Bref, il est très probable que les crises ont été plus fortes pour la bureaucratie publique, qui vit en exploitant la population rurale et en se réservant une part de l'aide, que pour les paysans qui forment encore l'essentiel de la population malienne.

La réalité de la priorité accordée par l'État à la santé n'apparaît pas lorsqu'on se trouve sur place. Il suffit d'ailleurs, pour s'en convaincre, de lire les documents les plus officiels. Il est prévu, dans un premier temps, que les dépenses de santé passeraient de 6,6% des dépenses récurrentes hors fonds spéciaux et budgets annexes (4,5 milliards de FCFA en 1990) à au moins 7,3% en 1991 et au moins 8% en 1992 (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 7) ; cela aurait en effet entraîné un effort significatif, que nous chiffrons, sur la base des tableaux les plus récents (Gouvernement du Mali, 1992), à 6,1 milliards pour la santé en 1991 et 6,96 en 1992. Dans un second temps, nous trouvons une estimation plus modeste (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 7 ; Association Internationale

pour le Développement, 1991, annexe 4) : les dépenses de santé du budget de l'État passeront de 4,5 milliards de FCFA en 1990 à 4,8 en 1991 (5,3% des charges récurrentes de l'État, y compris désormais les fonds spéciaux et budgets annexes) et 5,5 milliards en 1992 (5,8%). Enfin, dans le document le plus récent, tout chiffre trop précis a disparu (Gouvernement du Mali, 1992, pp. 21, 29-30). Est-ce suffisamment clair ?

La réalité de la politique sanitaire apparaît, elle aussi, bien différente. Vue de Bamako, elle s'est résumée, en 1990 et 1991, en deux mots : « privatiser d'abord ». Les conséquences de cette politique ne peuvent pas être atténuées par le développement de formations sanitaires périphériques pour chaque groupement de 10 000 habitants ; au contraire, tant que les formations existantes, qui doivent servir de référence, ne fonctionnent pas dans des conditions admissibles pour un professionnel, l'extension périphérique est un choix non seulement contestable mais absurde pour qui se préoccupe de santé publique (Brunet-Jailly, 1991b). Quant à la politique pharmaceutique, ce qui en est dit est purement et simplement illusoire, nous l'avons montré plus haut.

Il n'est qu'un point sur lequel le programme de la Banque Mondiale a de fortes chances de rencontrer un plein succès. Ce qu'il prévoit de distribuer en suppléments de salaires, sous des dénominations variées, c'est-à-dire les rubriques formation (pour l'essentiel) et planning familial, soit environ 500 millions annuellement, peut être comparé à la masse des salaires versés par le ministère de la Santé (environ 3 milliards annuellement) : les activités organisées par le projet de la Banque Mondiale permettront donc de distribuer des suppléments de salaires de plus de 15 % de la masse des salaires ; compte tenu du fait que le projet ne concerne qu'un tiers des cercles pour les activités de santé (en principe tous les cercles pour les activités de planning familial et quelques cercles seulement en ce qui concerne la composante hydraulique), ces suppléments seront concentrés sur une proportion comprise entre le tiers et la moitié des agents de la santé, pour qui ils seront alors extrêmement appréciables (30 à 45% de la rémunération des bénéficiaires). Le projet de la Banque Mondiale prendra donc la suite, pour les agents de la santé publique, du programme élargi de vaccination, puis du programme de santé maternelle et infantile qui, ces dernières années, ont fourni aux professionnels de santé les suppléments de salaires qu'ils attendent de l'aide extérieure, sous peine de se sentir désormais « frustrés » (Tinta, 1972, p. 21).

Et qui peut dire que l'essentiel n'est pas là ? Les gouvernants fréquemment rassemblés pour s'entraider, ont pour principal souci d'échapper aux troubles sociaux et à l'instabilité politique. Si la situation économique devient trop difficile, on accordera au pays ce qu'il faut d'aide extérieure (et il suffit de peu, ne l'oublions pas : l'aide publique au développement n'a jamais atteint 1% du PNB des pays donateurs) pour calmer le jeu en redistribuant, d'une façon ou d'une autre. Dans cette perspective, les programmes sectoriels ne sont que des prétextes, ils alimentent une grande machine à discourir, mais les stratèges le reconnaissent ouvertement : pendant la période 1991-1993, le Mali aura besoin d'environ 373 milliards de FCFA en dons et prêts (Gouvernement du Mali, 1991b, § 41) et les projets et programmes ne sont qu'un moyen de justifier les prêts et dons qui boucheront ce trou (Gouvernement du Mali, 1992, § 27).

Là réside le vice de l'ajustement structurel, là est son danger pour les victimes qui ne joueront son jeu que pour fuir en avant, sans bâtir quelque politique sectorielle que ce soit.

Références Bibliographiques

Anonyme (1988) L'Essor, 8 février, p.3.

Ba, I.B. (1990) Sustainable growth in African agriculture. In : *The Long-term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, Vol. 2, *Economic and Sectorial Policy Issues*, Washington DC, Banque Mondiale, pp. 26-43.

Banque Mondiale (1980) *Rapport sur le développement dans le monde pour 1980*, Washington, DC.

Banque Mondiale (1982) *Haute-Volta : revue du secteur santé et nutrition*, Document No. 3926-UV, Washington, DC.

Banque Mondiale (1984) *Population Change and Economic Development*, Oxford, Oxford University Press.

Banque Mondiale (1986a) *Gestion des ressources publiques*, document provisoire, 15 octobre, Washington DC.

Banque Mondiale (1986b) *Rapport sur le développement dans le monde 1986*, Washington DC.

Banque Mondiale (1987a) *World Tables, 1987*, Washington DC.

Banque Mondiale (1987b) *Rapport sur le développement dans le monde 1987*, Washington DC.

Banque Mondiale (1988a), *Rapport sur le développement dans le monde 1988*, Washington DC.

Banque Mondiale (1988b) *Population Growth and Policies in Sub-Saharan Africa. A World Bank Policy Study*, Washington, DC.

Banque Mondiale (1989) *L'Afrique subsaharienne, de la crise à une croissance durable, étude de prospective à long terme*, Washington, DC.

Banque Mondiale (1990) *Rapport sur le développement dans le monde 1990*, Washington, DC

Banque Mondiale (1991a) *World Tables, 1991*, Washington DC.

Banque Mondiale (1991b) *Rapport sur le développement dans le monde 1991*, Washington, DC.

Banque Mondiale (1991c) *Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale*, rapport No. 8683-MLI, Washington DC.

Benefice, E. & Chevassus-Agnes, S. (1981) *Situation nutritionnelle d'une population vivant dans la zone du programme régional de lutte contre l'onchocercose au Mali*, Dakar, Organisation de Recherche africaine de Nutrition et de l'Alimentation.

Brunet-Jailly, J. (1988) *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture, compte-rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture*, INRSP, Bamako.

Brunet-Jailly, J. (1989) *Études de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako.

Brunet-Jailly, J. (1990) *La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako, Bamako*, INRSP-UNICEF.

Brunet-Jailly, J. (1991a) *Quel financement pour quels services de santé ?* Communication présentée au séminaire « Le financement communautaire des services de santé et les médicaments essentiels en Afrique : où en sommes-nous ? », Paris, Centre international de l'Enfance.

Brunet-Jailly, J. (1991b) *Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost reduction ?* (Working Paper WPS692), Washington DC, Banque Mondiale.

Brunet-Jailly, J., Coulibaly, S.O., Diarra,K. & Koita, A. (1989) *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, (OMS / SHS / NHP / 89.10), Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Brunet-Jailly, J., Diarra, T. & Soula, G. (1988) *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte-rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987*, INRSP, Bamako.

Brunet-Jailly, J., Rougemont, A. & Audibert, M. (1984) *Évaluation du système de formation médicale du Sénégal : son adaptation aux objectifs du système de santé*, Centre d'Économie de la Santé, Aix-en-Provence.

Brunet-Jailly, J., Rougemont, A. & Ellena, G.. (1985) *Évaluation du système malien de formation médicale : son adaptation aux objectifs du système de santé*, Centre d'Économie de la Santé, Aix-en-Provence.

Commonwealth Secretariat (1989) *Engendering Adjustment for the 1990s*, London.

Cornia, G.A., Jolly, R. & Stewart, F. (1987) *L'ajustement à visage humain, protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance* (UNICEF), Paris, Economica.

Coulibali, D. (1991) *La tuberculose pulmonaire au Mali, analyse du système de surveillance des nouveaux cas et chimiorésistance*, INRSP, Bamako.

Dao, S. (1987) *Analyse économétrique des taux de chômage des nouveaux diplômés au Mali*, mémoire École nationale d'Administration, Bamako.

Diani, F. (1985) *Évaluation de la situation sanitaire au Mali*, thèse de pharmacie, ENMP.

Diarra, K., Coulibaly, S.O. (1989) *Le financement des coûts récurrents du secteur de la santé au Mali*, Bamako, INRSP.

Diarra, T., Diakité, B.D., Traoré, S. & Pairault, C. (1990) *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier « spontané » de Bankoni à Bamako*, Vol. 1, Étude socio-économique, INRSP, Bamako.

École nationale de Médecine et de Pharmacie-Projet de Développement sanitaire Banque Mondiale (sans date), *Évaluation sanitaire des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita (Mali 1981)* Bamako.

École nationale de médecine et de pharmacie / PNUD / Autorité pour l'aménagement du barrage de Sélingué (sans date) *État de santé des populations riveraines avant la mise en eau du barrage de Sélingué (mars 1980)*, Bamako.

Fargues, P. & Nassour, O. (1988) *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel, Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako, 1974-1985*, Bamako, Institut National des Études Démographiques-Institut du Sahel, Presses Universitaires de France.

Fonds Monétaire International (1988) *Recent Economic Developments*, Washington DC.

Gouvernement du Mali (1991a) Rapport sur l'État de la Nation et de la République, Bamako.

Harrison, P. (1990) Sustainable growth in African agriculture. In : *The Long-term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, Vol. 2, *Economic and Sectoral Policy Issues*, Washington DC, Banque Mondiale, pp. 48-73.

Hogan, R., Broske, S.P., Davis, J.P., Eckerson, D. Epler, G., Guyer, B.J., Kloth, T.J., Kloff, C.A., Ross, R., Rosenberg, R.L., Staehling, N.W. & Lane, J.M. (1977) Sahel nutrition surveys 1974 and 1975, *Disasters*, **1**(2) : 117-124.

Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) (1987a) Service de bactériologie, *Rapport annuel sur le réseau de dépistage bactériologique de la tuberculose, 1er, 2ème, 3ème et 4ème trimestres 1987*, Bamako.

Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP) (1987b) Document établi par l'agent comptable en date du 15 juillet 1987, Bamako.

International Development Association (1988) *Report and Recommendations of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a Proposed Development Credit of SDR 29.4 Millions to the Republic of Mali for a Public Enterprise Sector Adjustment Program* (Report Number P-4734-MLI), Washington DC.

International Development Association (1991), *Mission de supervision, 10-28 novembre 1991, annexe 3 : Mission de supervision des composantes fonction publique et code du travail*, Washington DC.

Kanji, N., Kanji, N., Manzi, F. (1991) From development to sustained crisis. Structural adjustment, equity and health. *Soc. Sci. Med.*, **33**(9), 985-993.

Kassambara, M. (1990) *Évaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain*, thèse de médecine, Bamako.

Keita, B. (1988) *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*, Bamako, thèse de médecine, ENMP.

Kravis, I.B. (1984) Comparative studies of national incomes and prices, *J. Econ. Lit.*, **22** : 1-39.

Meyer, J. D. (1985) *Final report, survey of health expenditures, Mali.* JDM Consulting Group, Potomac, USA.

Ministère de la Santé (1983) *Dépenses de santé en Haute-Volta selon l'origine du financement : évolution, structure, analyse*, Ouagadougou, Secrétariat général.

Ministère de la Santé publique (1975) *Rapport annuel du service de la santé, année 1975*, Bamako, Direction nationale de la santé, Division de la statistique.

Ministère de la Santé publique et de la Protection sociale (1982) *Projet de consolidation de l'Office malien de pharmacie dans le cadre du système pharmaceutique national*, Bamako, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale.

Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1986) *Annuaire statistique 1982*, Bamako.

Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1988) *Planification sanitaire de la région de Mopti 1988-1992*, tome I, Bamako.

Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1990) *Rapport sur la politique des soins de santé primaires en République du Mali de 1964 à nos jours*, Direction nationale de la santé publique, Cellule de coordination des soins de santé primaires.

Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, (1990) *Annuaire statistique des services socio-sanitaires, année 1988*, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale, Division de la statistique et de la documentation, Bamako.

Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, (sans date, 1982 ?) *Plan décennal de formation de la santé publique et des affaire sociales*, Bamako, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale, Division de la formation.

Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1982) *Projet d'alimentation en eau et de développement sanitaire dans les zones rurales de Kita, Bafoulabé et Kéniéba, rapport socio-économique*, Bamako.

Ministère du Plan (1990) *Politique de population du Mali, Diagnostic de la situation démo-économique* (document de base, juillet 1990) Bamako, Direction nationale de la planification.

Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991a) *Recensement général de la population et de l'habitat au Mali : Analyse, tome 2, Mouvement de la population, natalité, fécondité, mortalité, migration*, Bamako, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement.

Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991b) *Recensement général de la population et de l'habitat (1er au 14 avril 1987), principaux résultats d'analyse*, Bamako, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement.

Ministère du Plan et des Transports (1981) Direction nationale de la statistique et de l'informatique, *Annuaire statistique du Mali 1974*, Bamako.

Mondot-Bernard, J. (1980) *Satisfaction of Food Requirements and Agricultural Development in Mali*, vol. 1 : Results of Food Consumption Surveys, Paris, OCDE.

Mondot-Bernard, J., Monjour, L. & Karam, M. (1980) *Satisfaction of Food Requirements and Agricultural Development in Mali*, vol. 2 : Results of Medical and Nutritional Surveys, Paris, OCDE.

OMS (sans date) *Examen de l'utilisation des ressources dans les pays : Mali*, (draft, HRG / CRU.22), Genève.

Rasera, J.-B. (1986) *Mali Public Expenditure Mission*, revue du secteur santé, Banque Mondiale, Washington DC.

République du Mali (1990) Ministère des Finances et du Commerce : Lettre de politique de développement pour 1990-1992, Bamako.

République du Mali (1991) *Facilité d'ajustement structurel renforcée. Document-cadre de politique économique et financière à moyen-terme (1991-1993)*, établi par les autorités du Mali en collaboration avec les services du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale.

République du Mali (1992) *Mali : Document-cadre de politique économique et financière à moyen terme (1992-1994) du Mali*, établi par le Gouvernement du Mali en collaboration avec les services du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale.

République du Mali, Ministère des Finances et du Commerce/Ministère du Plan (1991) Séminaire national « Dette publique », synthèse des travaux, Bamako.

Robinson, D. (1985) Tuberculosis. In Robinson, D., ed., *Epidemiology and the Community Control of Disease in Warm Climate Countries*, 2ème édition, Edimbourg, Churchill Livingstone, pp. 223-242.

Sow, S. M. (1988) *Contribution de l'informatique dans la gestion de laboratoire d'analyses médicales en milieu hospitalier* (appliquée au laboratoire de l'hôpital du « Point G »), thèse de pharmacie, ENMP, Bamako.

Stein, H., Nafziger, E.W. (1991) Structural adjustment, human needs and the World Bank agenda, *J. Mod. Afr. Stud.*, **29**(1) : 173-189.

Summers, R., Heston, A. (1988) A New Set of International Comparisons of Real Product and Price Levels Estimates for 130 Countries, 1950-1985, *Rev. Income Wealth*, **34**(1) 1-25. NB : les tableaux figurent sur trois disquettes accompagnant cette livraison de la revue.

Sundberg, S. (1988) *Aperçu de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle au Mali*, Bamako, rapport présenté au Bureau chargé du Développement Agricole de l'USAID-Mali.

Tinta, S. (1992) *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali*, Vol. 2, Étude sociologique, INRSP, Bamako.

Touré, B. (1989) *Évolution de la dette publique du Mali de 1960 à 1988.* Exposé présenté au Séminaire national « Dette publique », 18-21 juillet 1989, Bamako, Ministère des Finances et du Commerce/Ministère du Plan.

Traoré, B., Konaté, M. & Stanton, C. (1989) *Enquête démographique et sanitaire au Mali, 1987,* Centre d'Études et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel et Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development, Westinghouse.

UNICEF (1989) *Enfants et femmes au Mali, une analyse de situation*, Paris, L'Harmattan, édit.

Chapitre 11

MACRO-ÉCONOMIE ET FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU NÉPAL : UNE PERSPECTIVE À MOYEN TERME

S. Acharya (1), G. Carrin (2) & A. N. Herrin (3)

(1) Ministère de la Santé , Katmandou, Népal
(2) Bureau de la Coopération internationale, OMS, Genève, Suisse
(3) Département d'Économie, Université des Philippines, Quezon City, Philippines

Introduction

Les ressources nécessaires à la mise en oeuvre d'une politique dans le secteur sanitaire sont générées par le service public à partir d'enveloppes budgétaires et par le secteur privé à partir de paiements directs par les ménages et d'autres systèmes de financement. Les ressources pouvant provenir du secteur public sont cependant contraintes par la capacité à financer de ce secteur qui, à son tour, dépend de la politique macro-économique. Les ressources qui peuvent être mobilisées auprès du secteur privé sont limitées par la croissance des revenus des ménages. La structure de l'économie affecte aussi la possibilité de développer les schémas alternatifs de financement national. La croissance des revenus des ménages aussi bien que la structure de l'économie à court et à moyen termes sont largement influencées par la politique macro-économique.

Les objectifs de la présente communication sont : (i) d'estimer les dépenses totales (publiques et privées) du secteur de la santé et les sources de financement ; (ii) d'analyser les implications des tendances macro-économiques en cours et prévisionnelles, telles qu'elles résultent de la politique macro-économique, sur les capacités du secteur de la santé, à la fois public et privé, de mobiliser les ressources pour financer les dépenses de santé à moyen terme ; et (iii) d'identifier toute recherche supplémentaire susceptible d'améliorer l'efficacité et l'équité de l'allocation des ressources pour le secteur sanitaire.

Cette communication sera organisée de la manière suivante. La section 1 décrit brièvement la situation sanitaire au Népal et les caractéristiques socio-économiques qui affectent son statut sanitaire. La section 2 présente une estimation des dépenses totales (à la fois publiques et privées) pour le secteur sanitaire, et identifie les résultats de ces schémas de dépenses et des sources de financement. La section 3 décrit la politique macro-économique récente et la place du secteur sanitaire dans le budget total du Gouvernement. Elle étudie également les implications des différents scénarios macro-économiques sur les dépenses de santé gouvernementales grâce à un modèle simple de simulation macro-économique. La section 4 contient une étude du rôle du secteur privé dans le financement du secteur sanitaire et examine les limites du développement de modèles alternatifs de

financement privé. La section 5 présente une brève description des recherches qui seront nécessaires à l'avenir pour formuler une politique destinée à améliorer l'efficacité et l'équité du fonctionnement du secteur sanitaire.

1. Population, statut social et déterminants socio-économiques

La population du Népal a augmenté rapidement entre 1971 et 1981 à un taux annuel moyen de 2,7%, passant ainsi de 11,6 millions à 15 millions. Les premiers résultats du recensement de 1991 indiquent que la population est maintenant de 18,5 millions, ce qui représente une augmentation de 3,5 millions par rapport au recensement de 1981. Ces derniers chiffres ont surpris jusqu'aux démographes locaux qui avaient prédit que la population atteindrait 19,4 millions, sur la base d'une série de projections à variation moyenne de population. Ces chiffres sont cependant proches des 18,8 millions prédits sur une base de série à variation basse. Les premiers résultats du recensement de 1991 indiquent que le taux de croissance moyen de la population pour la période 1981-91 a été de 2,1% au lieu des 2,5% attendus (variation moyenne). Bien que le taux de croissance soit apparemment plus faible que prévu, les autorités népalaises le considèrent comme trop rapide, compte tenu des ressources du Royaume et de son niveau actuel de développement économique. La politique nationale démographique et le programme de réduction de la fertilité et de modération de la croissance de la population sont par conséquent renforcés (Pant & Gubhaju, 1989 ; Secrétariat de la Commission du Plan, 1992) ; il est cependant reconnu que même si la fertilité décroît de manière significative, le taux de croissance de la population restera vraisemblablement élevé à l'avenir du fait d'une diminution de la mortalité, qui se situe encore à un niveau élevé.

Bien que des progrès soient apparus pour améliorer l'état de santé de la population au cours des dernières décennies, la situation sanitaire au Népal est précaire même en comparaison de celle d'autres pays en voie de développement. Des estimations récentes recueillies par le Ministère de la Santé (1991) à partir de diverses sources révèlent que l'espérance de vie à la naissance en 1990 était d'environ 54 ans (55,4 pour les hommes et 52,6 pour les femmes) ; le taux de mortalité infantile était estimé à 105 décès pour 1000 naissances en 1988, avec un risque de mortalité avant l'âge de cinq ans de 173 pour 1000 naissances vivantes chez les garçons et de 187 pour 1000 naissances vivantes chez les filles en 1989. Environ 95% de la mortalité et de la morbidité totales parmi les enfants de moins de cinq ans étaient dus à des maladies diarrhéiques, à des infections respiratoires aiguës et à des maladies pouvant être prévenues par des vaccins, le tout aggravé par la malnutrition. La mortalité maternelle a été estimée à 8,5 décès pour 1000 naissances vivantes (Ministère des Finances, 1992).

La précarité de la situation sanitaire du Népal est due à l'interaction de plusieurs facteurs socio-économiques environnementaux. Un des principaux facteurs est le taux toujours élevé de fertilité : le taux global de fertilité n'a guère baissé durant la décennie 81-90, 6,3 naissances par femme en 1981 contre 5,8 en 1990. La fertilité élevée est clairement associée à une mortalité élevée chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. L'exposition à un environnement insalubre est un autre facteur de santé précaire comme on peut le déduire de la prévalence continue de maladies diarrhéiques. En 1988, seulement 36% de la population totale, soit 33% de la population des zones rurales et 66% de celle des zones urbaines, avaient accès à l'eau potable (Banque Mondiale, 1991). Enfin, bien qu'il n'existe pas de données nationales, on a observé que l'utilisation des soins est faible et que seulement 15%

de la population ont facilement accès au système de santé formel (Ministère des Finances, 1992).

Les facteurs socio-économiques, y compris les bas niveaux de revenu et d'éducation, particulièrement chez les femmes, ont un impact indirect sur le statut sanitaire, de par leurs effets sur les facteurs environnementaux. Le Népal, avec un produit national brut de 170 US$ per capita en 1991, est l'un des pays les plus pauvres du monde. Au cours de la période 1970/1971-1980/1981, le produit intérieur brut par habitant a à peine augmenté : le taux moyen annuel de croissance du produit intérieur brut réel a été de 2,9%, alors que celui de la population était de 2,7% pendant la même période. La situation s'est quelque peu améliorée au cours des années 80, le taux moyen annuel de croissance du produit intérieur brut réel au cours de la période 1980/1981-1990/1991 étant de 4,1% et celui de la population de 2,1%, ce qui donne une croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut de 2,1%. En 1988, le taux d'alphabétisation était de 35% chez les femmes et les hommes réunis, 52% pour les hommes et 18% pour les femmes (Ministère de l'Éducation et de la Culture, cité par le Ministère de la Santé, 1991). Outre ces facteurs socio-économiques, la géographie particulière du Népal influence non seulement l'activité économique mais aussi l'offre des services de santé et leur utilisation.

Bien que les améliorations du statut sanitaire soient déterminées par de nombreux facteurs socio-économiques et environnementaux, nous nous focaliserons sur un de ces déterminants, à savoir l'accessibilité et l'utilisation des soins de santé. Au Népal, une large part des services de santé est fourni par le secteur public. Les soins publics sont dispensés à travers une hiérarchie de structures sanitaires allant des dispensaires et des centres de santé aux hôpitaux de district, puis aux hôpitaux régionaux, de zone et centraux. Alors que des progrès ont été effectués pour améliorer l'accès aux services de santé, de nombreux problèmes subsistent, y compris dans le domaine du personnel de santé, spécialement dans les zones rurales ; ajoutons également le manque chronique de médicaments et d'approvisionnement dans les dispensaires et les autres structures sanitaires (Kafle & Shrestha, 1991). Les soins privés sont dispensés dans des hôpitaux et des cabinets privés, et il n'est pas rare que les médecins du secteur public consultent à titre privé.

2. Dépenses du secteur sanitaire et sources de financement

2.1. Méthode d'estimation

2.1.1. Dépenses du secteur sanitaire

Nous avons établi une estimation des dépenses totales du secteur sanitaire, secteurs public et privé confondus. Les dépenses du secteur public comprennent toutes les dépenses du Ministère de la Santé et des autres agences gouvernementales pour la fourniture des soins. Les données concernant les dépenses gouvernementales (distinguées des budgets des services sanitaires) sont accessibles au Bureau du Contrôleur financier et sont publiées régulièrement par le Ministère des Finances. De telles dépenses, qui sont généralement qualifiées de « régulières » ou « de développement », ont été considérées comme une approximation des dépenses totales du secteur public pour les services sanitaires au cours de l'année considérée. Certaines structures sanitaires (hôpitaux centraux, de zone et régionaux) ont reçu du Gouvernement l'habilitation à déterminer et à

encaisser le prix de leurs services afin de recouvrer quelques-unes de leurs dépenses de fonctionnement. Aussi, pour éviter une double comptabilisation, les revenus de cette tarification devraient être déduits des dépenses gouvernementales du fait qu'ils incombent aux ménages. Malheureusement, les données sur les revenus collectés par ces instances sanitaires sont incomplètes et ne sont pas aisément accessibles. Leur montant total paraît faible et, même si elles ne sont pas absolument fiables, les estimations des dépenses totales de santé ainsi que les parts du privé et du public n'en sont pas affectées de manière significative.

Les estimations des dépenses du secteur sanitaire privé comprennent habituellement les paiements directs des ménages pour les médicaments et les prestations obtenus par paiements par un tiers, c'est-à-dire les assurances privées et sociales, les systèmes de financement communautaire et les dons des associations philanthropiques. Les systèmes d'assurances privées et sociales n'existent pas encore au Népal. Les estimations des dépenses du secteur sanitaire privé devraient aussi inclure les prestations offertes par les employeurs à leurs employés et par les organisations privées et non gouvernementales. Les seules données accessibles sur les dépenses directes des ménages sont celles résultant d'une enquête nationale effectuée en 1984-85 (Nepal Rastra Bank, 1988) ; notre estimation des dépenses sanitaires privées est basée sur ces chiffres.

Ces données ont été obtenues au cours d'une enquête globale sur le budget des ménages menée par la Nepal Rastra Bank en 1984-85. L'enquête a permis de recueillir des informations sur la composition du ménage, le logement, l'emploi, le revenu, les dépenses et l'utilisation du temps. Dans le cadre de cette enquête, les dépenses familiales de santé étaient classées en « médicaments et remèdes » et « soins médicaux ». Afin d'établir une estimation des dépenses sanitaires totales de chaque ménage, les dépenses mensuelles par ménage furent multipliées par 12 puis par le nombre estimé de ménages en 1984-85. L'estimation qui en a résulté est présentée dans le tableau 1. Une autre méthode d'estimation consisterait à prendre la proportion de dépenses sanitaires dans les dépenses totales de consommation et de multiplier cette proportion par les dépenses personnelles de consommation dérivées des comptes du revenu national. En utilisant cette approche, on est arrivé à des résultats inférieurs de 8% à ceux de la première estimation, soit 892,5 millions de roupies (Rs) contre 961,7 millions Rs. La différence entre les deux estimations provient probablement d'une surestimation du nombre de ménages dans la première estimation, basée sur la projection démographique (variation moyenne) pour cette année, alors que le taux de croissance entre le recensement de 1981 et les premiers résultats du recensement de 1991 est plus bas que le taux utilisé pour cette projection. Quelle que soit l'estimation des dépenses des ménages utilisée, le schéma général des dépenses en termes de parts des secteurs public et privé reste le même. Qui plus est, chacune des estimations devrait être estimée comme minimum, par le fait même que les autres composants des dépenses privées n'ont pas pu être déterminés. Dans l'étude qui suit, nous utilisons la première estimation présentée dans le tableau 1.

2.1.2. Les sources de financement

Les sources du financement total du secteur public sont bien connues et sont à la fois nationales et extérieures. Les sources nationales incluent les recettes fiscales provenant des impôts directs et indirects, les revenus non fiscaux et les prêts domestiques. Les sources extérieures comprennent les dons et les prêts de l'étranger.

Le Ministère des Finances publie des données sur les débours d'aide extérieure (dons et prêts) par secteur ainsi que des données sur les sources domestiques intervenant dans le financement des dépenses totales du secteur public. Nous avons

pris les données relatives à la part déboursée des dons et des prêts dans le secteur sanitaire comme mesure du financement extérieur. La différence entre les dépenses totales du secteur de santé et la somme financée à partir de sources extérieures représente la dépense du secteur sanitaire public financée à partir de sources intérieures. Nous sommes partis du principe que ces dépenses étaient financées à partir de sources intérieures dans la même proportion que les dépenses totales du secteur public. Ainsi, nous avons appliqué les proportions des dépenses totales du secteur public financées à partir des différentes sources domestiques aux dépenses du secteur sanitaire public. Les résultats sont donnés dans le tableau 2, qui ne présente pas uniquement le financement provenant des ménages mais également la manière dont les dépenses sanitaires totales en 1984-85 ont été financées à partir de différentes sources.

2.2. Dépenses du secteur sanitaire et sources de financement

L'estimation des dépenses totales du secteur sanitaire présentée dans le tableau 1 révèle que les dépenses de santé privées, en termes de paiement direct par les ménages, représentent une proportion importante du total : 71%, soit plus du double du niveau de dépenses du secteur public. Une partie importante des dépenses des ménages concerne les médicaments et les produits pharmaceutiques qui constituent 91% du total des dépenses de santé des ménages .

Le total des dépenses de santé du secteur public, qui constituaient 29% des dépenses totales du secteur sanitaire, étaient financées à partir de diverses sources. Environ un tiers provenait de sources extérieures, principalement des dons ; les sources intérieures étaient constituées de revenus fiscaux et non fiscaux et d'emprunts domestiques. Une grande partie des revenus fiscaux provenait d'impôts indirects (82%).

Tableau 1. Dépenses totales du secteur sanitaire, Népal, 1984-85

Secteur	Montant en millions de Rs	Distribution et pourcentage	Pourcentage du produit intérieur brut
Public	394,2	29,1	0,89
Régulier	139,4	10,3	0,31
Développement	254,8	18,8	0,57
Privé	961,7	70,9	2,16
Médicaments	872,4	64,3	1,96
Services médicaux	89,3	6,6	0,20
Total	1 355,9	100,0	3,05

Source : Nepal Rastra Bank (1988).

Le total des dépenses du secteur sanitaire, tant public que privé, d'un montant de 1 456 millions de Rs représentait 3,05% du produit intérieur brut en 1984-85, les dépenses des ménages comptant pour 2,16% et les dépenses du secteur public pour seulement 0,89%.

Tableau 2. Sources de financement du secteur sanitaire, Népal, 1984-85

Secteur	Montant en millions de Rs	Distribution du pourcentage
Public	394,0	29,1
Sources intérieures	252,7	18,6
Impôts directs	24,8	1,8
Impôts indirects	114,6	8,5
Revenus non fiscaux	33,8	2,5
Prêts locaux	79,5	5,9
Sources extérieures	141,5	10,4
Dons de l'étranger	135,6	10,0
Prêts de l'étranger	5,9	0,4
Privé	961,7	70,9
Ménages	96137	70,9
Total	1 355,9	100,0

2.3. Questions concernant le financement du secteur sanitaire

De nombreuses observations peuvent être faites à partir des données des tableaux 1 et 2. La première série d'observations concerne la structure des dépenses. Comme nous l'avons déjà noté, une proportion importante des dépenses du secteur sanitaire était imputable aux ménages, 91% étant consacrés aux médicaments. On peut considérer que ce schéma signifie que les ménages peuvent payer les médicaments et les soins — ce qu'au demeurant ils font — et que l'on pourrait par conséquent recouvrer une part des coûts en faisant payer les services publics de santé. La capacité de payer les soins et les médicaments reste, cependant, étroitement liée aux revenus ; il n'est pas du tout évident, à partir de ces données limitées, de savoir dans quelle mesure les tarifs appliqués aux usagers affecteraient l'utilisation des services. Deuxièmement, le fait que les médicaments représentent une forte proportion de la dépense privée soulève la question de l'efficacité et de l'efficience de la consommation de médicaments - efficacité en termes d'adéquation médicale des médicaments utilisés et d'efficience en termes de prix payés par les ménages pour des médicaments de même valeur thérapeutique.

Le second ensemble d'observations a trait aux sources de financement. Comme nous l'avons déjà noté, une source majeure de financement est le paiement direct par les ménages. Ce fait soulève la question de l'équité en matière d'accès aux soins essentiels. Il est vraisemblable que les ménages à bas revenus auront un accès moindre que les ménages à hauts revenus s'il n'existe pas d'autre plan de financement pour les paiements directs par les ménages, et à moins que la majeure partie des dépenses publiques ne profite directement aux ménages à bas revenus plutôt qu'aux ménages à hauts revenus. Deuxièmement, le fait qu'une proportion importante des dépenses totales du secteur public est financée par la taxation indirecte soulève la question de l'équité financière, du fait que les impôts indirects sont généralement régressifs. Troisièmement, comme une grande partie des dépenses du service public (36%) est financée par des sources extérieures, le secteur sanitaire est particulièrement vulnérable aux fluctuations de l'aide extérieure. Enfin, dans la mesure où la dépense publique repose largement (20%) sur l'emprunt, le secteur sanitaire se trouve très exposé aux changements de politique économique, tels que les programmes d'ajustement et la réduction des déficits budgétaires qui en découle.

Les ressources actuellement attribuées au secteur sanitaire sont en conséquence étroitement liées aux changements dans l'environnement macro-économique. La croissance de l'économie affecte à la fois la disponibilité des ressources dans le secteur public en termes de recettes fiscales, et les ressources des ménages en termes de revenus. Une politique macro-économique telle que la réduction des déficits budgétaires affecte l'ensemble des ressources du secteur public et, par voie de conséquence, celles du secteur sanitaire. Dans la prochaine section, nous étudierons l'impact des changements macro-économiques sur les dépenses publiques de santé ; nous procéderons de même en ce qui concerne le secteur privé dans la section 4.

3. La macro-économie et les dépenses du secteur public de santé

3.1. Cadre récent de la politique macro-économique

Afin d'évaluer l'impact prospectif des changements macro-économiques sur les dépenses du secteur public, nous avons examiné les options politiques adoptées par le Gouvernement, telles qu'elles sont révélées par les documents officiels, à la lumière des performances macro-économiques[1]. Le Gouvernement, en place depuis mai 1991, met en oeuvre une nouvelle politique ayant pour objectif de changer les conditions intérieures et extérieures dans son *Discours sur le Budget de l'année fiscale 1991-92* ; ce fut le premier document de politique générale publié par le Gouvernement depuis son entrée en fonction (Acharya, 1991). Le Gouvernement achève actuellement la préparation du Huitième Plan ; toutefois, le document officiel n'était pas accessible au moment de la rédaction de cette communication. Plus loin, nous décrivons les nouvelles options de politique économique telles qu'elles apparaissent dans le Discours sur le Budget.

3.1.1. Objectifs du budget gouvernemental 1991-1992

Le budget a cinq objectifs de base. Le premier est « d'impliquer la population en général dans l'axe principal du développement national et de distribuer les bénéfices du développement aux plus vulnérables ». Pour y parvenir, les régions économiquement défavorisées du Royaume recevront une aide accrue, particulièrement en ce qui concerne l'eau potable, le transport rural, l'irrigation, l'éducation et les services de santé.

Le second objectif est « d'atténuer les difficultés économiques des nécessiteux ». Le Gouvernement a reconnu la dureté des conditions économiques entraînée par l'inflation, elle-même due à des facteurs extérieurs, tels que la Guerre du Golfe, la dévaluation de la roupie népalaise et l'inflation chez les pays exportateurs ; parmi les facteurs internes nous pouvons citer les pénuries artificielles provoquées par les fournisseurs locaux. Les mesures destinées à rendre moins difficiles les conditions économiques des gens du peuple comprennent une régulation des prix des produits essentiels, des mesures administratives pour éviter les pénuries artificielles, mais aussi des subventions aux populations pauvres pour encourager le développement d'activités génératrices de revenu dans le domaine de la petite agriculture et de la petite production artisanale et enfin, la priorité d'emploi aux indigents dans les projets de développement gouvernementaux.

1. Pour une information plus détaillée sur le développement macro-économique au Népal jusqu'à la fin des années 80, voir Camen, 1992.

Le troisième objectif est « d'augmenter la participation du secteur privé ». Le rôle du Gouvernement dans les entreprises, industrielles et autres, doit être réduit graduellement en faveur d'une participation accrue du secteur privé, afin d'encourager « la diligence, la compétence et l'efficacité inhérentes au secteur privé ». Les mesures qui sont étudiées ou proposées afin de parvenir à ces fins comprennent la privatisation de certaines entreprises d'État, la liberté d'accès et de fonctionnement du secteur privé dans un éventail plus large d'activités comme les banques et la finance, la libéralisation du commerce extérieur et la mise en place de réformes administratives et légales pour faciliter les investissements étrangers.

Le quatrième objectif est « de maintenir un équilibre rationnel entre les investissements pour le développement et les dépenses administratives grâce à la gestion des dépenses ». Les frais généraux se sont révélés de plus en plus difficiles à assumer à cause « du développement irrationnel des administrations dans le passé ». De plus, le service de la dette, tant extérieure qu'intérieure, impose un lourd fardeau sur les dépenses gouvernementales : au cours de l'année fiscale 1990-91, le service de la dette s'élevait à 31% des dépenses régulières ; le Gouvernement estime qu'il atteindra 50% au cours des deux prochaines années, dès qu'aura commencé le remboursement des prêts intérieurs. Ajouté aux dépenses administratives, le poids des intérêts réduit considérablement la place pour d'autres dépenses, comme celles concernant les services économiques et sociaux. Afin de réduire les frais généraux plusieurs mesures sont étudiées, y compris l'allégement des services gouvernementaux situés dans la capitale, la réduction des dépenses des représentations népalaises à l'étranger et la réduction des subventions aux entreprises publiques.

Le cinquième objectif est « de favoriser la mobilisation des ressources domestiques grâce à une administration des revenus améliorée, simple et efficace ». L'accent est clairement mis sur l'augmentation des revenus gouvernementaux fondée sur l'élargissement de l'assiette de l'impôt et sur l'amélioration de son recouvrement plutôt que sur l'augmentation des taux d'imposition ou l'introduction de nouvelles taxes.

3.1.2. Dépenses gouvernementales pour l'année fiscale 1991-1992

Le tableau 3 résume les données sur le revenu et les dépenses du Gouvernement entre 1989-90 et 1991-92. Alors que le taux de croissance nominal des dépenses régulières est estimé à 18,8% en 1990-91, il est de 22,9% pour l'année budgétaire 1991-92. L'accroissement des dépenses de fonctionnement est considéré comme étant dû à des dépenses récurrentes « incontournables », tels les salaires et les indemnités, l'augmentation des prix, le paiement des intérêts et le remboursement du capital. Par exemple, au cours de l'année budgétaire 1991-92, 3 797 millions de Rs ont dû être dépensés uniquement pour les intérêts et le remboursement du capital ; ceci représente 39% des dépenses régulières.

L'accroissement des dépenses de développement est fortement contraignant. Le taux de croissance nominale prévu pour ce poste n'est que de 2,1% en 1991-92 alors que ce taux était d'environ 27,3% en 1990-91. Avec un taux d'inflation estimé à environ 23% en 1991-92, les dépenses de développement seraient réduites d'environ 17% en termes réels. A l'intérieur du budget de développement il existe des ressources limitées pour l'investissement dans l'infrastructure physique et, en raison des autres dépenses, 40% seulement peuvent être affectés à la formation de capital. Les seuls salaires et indemnités, par exemple, absorbent déjà 32% du budget de développement. De plus, les engagements d'aide étrangère affectée ne sont pas toujours totalement employés du fait du manque de fonds nationaux de contrepartie.

Tableau 3. Récapitulation des revenus et des dépenses gouvernementaux, Népal, 1989-92 (en millions de Rs courantes)

	1889-90 Observé	1990-19991 Estimation révisée	1991-1992 Estimation
Dépenses totales	**19 669,264**	**24 478,842**	**26 640,900**
Taux de croissance (%)	—	24,500	8,800
Dépenses régulières	6 671,768	7 927,881	9 745,887
Taux de croissance (%)	—	18,800	22,900
Part du total (%)	33,900	32,400	36,600
Dépenses de développement	—	27,300	2,100
Taux de croissance (%)	66,100	67,600	63,400
Part du total (%)			
Ressources totales	**11 262,869**	**13 092,943**	**16 068,466**
Taux de croissance (%)	—	16,200	22,700
Revenu	9 287,52	10 698,261	12 557,050
Taux de croissance (%)	—	15,200	17,400
Part du total (%)	82,500	81,700	78,100
Aides étrangères	1 975,337	2 394,682	3 511,416
Taux de croissance (%)	—	21,200	46,600
Part du total (%)	17,500	18,200	21,900
Solde fiscal (+ déficit)	(8 406,395)	(11 385,899)	(10 572,434)
Taux de croissance (%)	—	35,400	-7,200
En % du PIB	9,500	11,300	8,100
Sources de financements	**8 406,395**	**11 385,899**	**10 572,434**
Prêts étrangers	5 956,613	6 280,860	8 317,079
Taux de croissance (%)	—	5,400	32,400
Part de financement	70,900	55,200	78,700
Emprunts intérieurs	2 150,000	4 887,556	2 082,204
Taux de croissance (%)	—	127,300	-57,400
Part de financement	29,100	44,800	11,300
Solde caisse (- excédent)	296,782	217,481	173,151
Poste mémorandum			
PIB en prix courants	88 711,000	100 268,000	129 975,000

Données sur les revenus et les dépenses de l'État, d'après Acharya (1991) ; les estimations du produit intérieur brut proviennent du Bureau Central des Statistiques telles que rapportées par le Ministère des Finances (1992).

En vertu de ces prévisions sur les dépenses régulières et les dépenses de développement, les dépenses totales n'augmenteront que de 8,8% en 1991-92. Les ressources totales (revenus plus dons) doivent cependant augmenter de 22,7%, ce qui réduira le déficit budgétaire de 7%.

Les ressources extérieures restent importantes pour le financement du secteur public. La part des dons dans le total des ressources augmentera de 18,2% en 1990-91 à 21,9% en 1991-92, et la part des prêts étrangers dans le financement du déficit budgétaire augmentera de 55,2% à 78,7%. Les dons et les prêts étrangers représentent 70% des dépenses de développement en 1991-92.

3.1.3. Croissance économique

Le Discours sur le Budget met l'accent sur le fait que la croissance de la production nationale et l'amélioration de la répartition des revenus constituent des objectifs de premier plan. On espère que la croissance économique améliorera les conditions de vie des plus vulnérables. En 1991-92, en conséquence, l'objectif est d'augmenter le produit intérieur brut de 4,6% en termes réels, l'agriculture de 3,5%, l'industrie de 20% et les autres secteurs de 4,3%. Étant donnée une croissance de la population d'environ 2%, le produit intérieur brut par habitant augmenterait ainsi de 2,6%.

3.2. Le secteur sanitaire dans le budget de l'État

Le tableau 4 présente une vue globale des dépenses de santé depuis 1985-86 et la part de la santé dans le budget total. Alors que la part des dépenses régulières dans les dépenses globales de santé s'est élevée au cours de la période 1985/86-1989/90, on s'attend à ce qu'elle diminue au cours des années fiscales 1990-91 et 1991-92 ; leur part dans le budget 1991-92 est estimée à 4%. On peut noter un schéma similaire pour les dépenses de développement pour la santé : la part de ce poste en dépenses totales de développement s'est élevée à 5% en 1988-89 mais devrait descendre à 3,7% dans le budget 1991-92. La part des dépenses totales de santé dans la dépense totale de l'État a baissé de 4,8% en 1988-89 à 3,8% en 1991-92.

Les chiffres indiquant l'évolution des dépenses de santé par habitant sont également significatifs : alors qu'elles ont augmenté de manière substantielle en 1988-89 en termes réels, elles ont diminué de 30,2% en 1989-90. Bien que l'on s'attende à voir les dépenses réelles par habitant augmenter à nouveau en 1990-91 et 1991-92, leur niveau en 1991-92 (31,2 Rs) sera plus bas qu'en 1988-89 (39,2 Rs).

Dans le budget de 1991-92, 632,4 millions de Rs, soit 3,7%, seront dépensés pour la santé, 120,7 millions sont affectés aux programmes de contrôle des naissances et 79,5 millions de Rs ont été alloués aux programmes de vaccination ; l'objectif visé est la réduction de 75% du taux de mortalité infantile. En outre, 227,5 millions de Rs ont été alloués aux services sanitaires curatifs et préventifs dans les zones rurales, 122,1 millions de Rs pour l'approvisionnement en médicaments et 8 millions de Rs pour le développement de la médecine traditionnelle. Des sources extérieures fournissent une aide importante pour l'augmentation des dépenses de développement, mais il y a eu, depuis 1985-86, une tendance à la baisse des fonds provenant de cette source (Tableau 5). L'important accroissement du financement extérieur en 1988-89 ne s'est pas maintenu en 1989-90.

Tableau 4. Dépenses de santé de l'État, Népal, 1985-1992

	1985-1986	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
Dépenses de santé totales[a]	405,9	491,7	589,3	867,3	690,4	800,2	1023,4
Régulières	150,0	182,5	204,1	251,1	296,6	322,2	390,9
Part du total (%)	37,0	37,1	34,6	29,9	43,0	40,3	38,2
Développement	255,9	309,2	385,2	616,0	393,8	478,0	632,4
Part du total (%)	63,0	62,9	65,4	71,0	57,0	59,7	61,8
Dépenses de santé par habitant[b]							
En prix courants	23,7	28,0	32,7	47,0	36,5	41,4	51,7
Taux de croissance (%)	—	18,2	16,9	43,6	-22,3	13,3	25,0
En prix constants	26,8	28,0	29,5	39,2	27,3	27,8	31,2
Taux de croissance (%)	—	4,4	5,3	32,8	-30,2	1,8	12,3
Parts de dépenses							
Dépenses de santé régulière / dépenses régulières totales de l'État (%)	4,19	4,41	4,36	4,42	4,45	4,06	4,01
Dépenses de développement de santé / dépenses de développement totales de l'État (%)	4,12	4,19	4,09	5,00	3,03	2,89	3,74
Dépenses de santé totales / dépenses totales de l'État	4,14	4,27	4,18	4,82	3,51	3,27	3,84
Postes mémorandum[a]							
Dépenses régulières totales de l'État	3584,0	4135,2	4677,1	5676,2	6671,8	7927,9	9745,9
Dépenses de développement totales de l'État	6213,1	7377,9	9428,0	12328,7	12997,5	16551,0	16895,0
Dépenses totales de l'État	9797,1	11513,1	14105,1	18004,9	12669,3	24478,8	26640,9
Déflateur des dépenses	88,3	100,0	111,0	120,0	133,6	—	—
Taux de croissance (%)	—	13,3	11,0	8,1	11,4	—	—
Produit intérieur brut en prix constants 1987	53203,7	55358,0	59127,8	60610,4	61469,3	—	—
Taux de croissance (%)	—	4,1	6,8	1,7	2,5	—	—

Source : Central Bureau of Statistics (1991) pour les données allant jusqu'à l'année fiscale 1988-89 ; Achayra (1991) pour les données allant de 1989-1990 à 1991-1992.

a : Dépenses en millions de RS.

b : Dépenses par habitant en RS.

Tableau 5. Financement des dépenses de santé de l'État, Népal, 1985-90

	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-1990
Total dépenses de santé[a]	405,9	491,7	589,3	867,3	690,4
Dépenses régulières	150,0	182,5	204,1	251,1	296,6
Dépenses de développement	255,9	309,2	385,2	616,0	393,8
Financement intérieur	268,4	343,3	449,6	579,3	560,8
En % des dépenses totales	66,1	69,8	76,3	66,8	81,2
Financement extérieur	137,5	148,4	139,7	288,0	129,6
En % des dépenses totales	33,96	30,2	23,7	33,2	18,8
En % des dépenses développement	53,7	48,0	36,3	46,8	32,9
Financement extérieur en millions de US$	6,5	6,8	6,0	10,6	4,4
Pour mémoire : taux de change (Rs/US$)	21,23	21,82	23,29	27,19	29,20

Données de base : Central Bureau of Statistics (1991).
a : Dépenses en millions de Rs, sauf indication contraire.

On peut s'attendre à ce que les postes autres que celui des dépenses directes pour les services de santé affectent le bien-être et le niveau de santé de la population. Le budget donne, en particulier, la priorité aux aménagements permettant la fourniture d'eau potable dans les zones rurales, à l'achèvement des projets de routes nationales et au développement agricole. Une aide sera en outre apportée aux services de développement agricole, au développement du marché, à l'approvisionnement en semences et à leur distribution, ainsi qu'aux programmes d'irrigation et au subventionnement des prix et des transports des engrais chimiques.

Le Discours sur le Budget indique ainsi à la fois l'émergence de nouvelles initiatives politiques et la persistance de contraintes sur la mobilisation des ressources. Les conclusions spécifiques qui peuvent en être tirées sont que (i) la croissance économique sera légèrement plus importante que dans le passé récent ; (ii) les priorités sectorielles comprennent le secteur sanitaire, dans la mesure où va être arrêtée la diminution de la part de la santé dans les dépenses globales de l'État ; (iii) bien que les perspectives de continuité de l'aide extérieure soient bonnes, le fait que les dépenses de santé dépendent fortement du financement extérieur rend ce secteur très vulnérable aux variations de l'aide ; et (iv) il y a une pression croissante pour contrôler le déficit budgétaire du fait du poids grandissant de la dette (à la fois extérieure et intérieure) et des excès passés en matière de dépenses relatives aux revenus. On peut s'attendre à ce que ces tendances aient une influence sur le secteur sanitaire. Plus loin, nous donnerons une évaluation quantitative, en utilisant un modèle simple de simulation macro-économique.

3.3. Influence des différents scénarios macro-économiques sur les dépenses publiques du secteur de santé

3.3.1. Modèle de simulation

Afin d'analyser (i) les effets des décisions concernant la croissance des différentes catégories de dépenses de santé sur l'importance relative du secteur de santé au sein du secteur public et (ii) l'impact probable (en termes quantitatifs) des

changements macro-économiques sur le secteur public en général et sur les dépenses publiques de santé en particulier, un modèle de simulation a été construit qui utilise les données disponibles pour le Népal. Ce modèle a été décrit en détail par Carrin et Evlo (1991).

Il consiste en trois blocs d'équations : les agrégats économiques de base, y compris la balance des paiements ; les finances publiques en général ; et le secteur public de santé. La structure de ce modèle est simple, du fait que la plupart des équations sont des identités, de sorte que le personnel du Ministère de la Santé peut facilement l'utiliser pour effectuer des analyses simples et actualiser les données, en utilisant le logiciel accessible. Les données utilisées dans le modèle sont facilement accessibles à partir des publications officielles, en particulier du *Statistical Yearbook*[1] publié par le Bureau central de Statistiques et l'*Economic Survey* (inventaire statistique) publié par le Ministère des Finances.

3.3.2. Scénarios alternatifs

Ce modèle a été utilisé pour analyser l'effet des scénarios macro-économiques alternatifs sur les dépenses sanitaires gouvernementales à moyen terme.

(i) *Scénario de référence :* il postule que les dépenses publiques réelles de santé augmentent parallèlement au produit intérieur brut qui, lui-même, devrait croître de 4,5% en 1991, 4,6% en 1992, 4,7% en 1993, 4,8% en 1994 et 4,9% en 1995[2]. Les données pour 1991 sont des estimations tirées du Discours sur le Budget. Il postule également que les dépenses réelles de développement financées au niveau domestique croîtront comme le produit intérieur brut, ce qui implique que les dépenses de développement financées par l'extérieur seront, en US$ courants, de 5,6 millions en 1991, 6,2 millions en 1992, 6,8 millions en 1993, 7,6 millions en 1994 et 8,4 millions en 1995.

(ii) *Scénario du Discours sur le Budget* : les données pour 1991 sont extraites du Discours sur le Budget, et les niveaux des dépenses estimées pour 1992 sont pris en tant que niveaux qui prévaudront en 1992 plutôt que comme ceux qui résulteraient d'une continuation des tendances récentes telles qu'elles sont exposées dans le scénario de référence. Après 1993, les dépenses de santé et les dépenses publiques totales sont supposées croître parallèlement au produit intérieur brut (valeurs de référence). Ce scénario postule ainsi une seule augmentation des dépenses de santé en regard des dépenses publiques globales intervenant en 1992 ; ensuite, les tendances des dépenses de santé suivront la croissance du produit intérieur brut.

(iii) *Scénario de croissance plus lente* : les données pour 1991 sont extraites du Discours sur le Budget. Après 1992, les dépenses publiques, qu'elles soient globales ou de santé, sont censées croître de manière similaire au produit intérieur brut, hormis le fait que le taux de croissance du produit intérieur brut est supposé plus lent que les taux de croissance de référence : les taux de croissance estimés sont de 3,8% en 1991,1992 et

1. Annuaire statistique.
2. Les années indiquées sont les années fiscales ; par exemple, 1991 fait référence à l'année fiscale 1990-91. Les taux de croissance du produit intérieur brut supposés dans ce scénario concordent avec ceux supposés dans le Discours sur le Budget, c'est-à-dire 4,6% pour 1991-92. Après avoir mis en oeuvre la plupart des simulations, nous apprenons que le Huitième Plan vise un taux annuel de croissance du produit intérieur brut de 5,1% (Ministère des Finances, 1992). Il serait instructif de simuler les implications de cette nouvelle affirmation mais cette tâche sera entreprise plus tard.

1993 et de 3,9% en 1994 et 1995. Le but de l'analyse de ce scénario est d'anticiper les conséquences d'un échec dans l'augmentation du taux de croissance du produit intérieur brut envisagée dans le Discours sur le Budget.

(iv) *Scénario relatif à la contrainte en matière d'aide étrangère* : une part importante des dépenses globales de santé est financée par des sources extérieures (Tableau 5). Pour cette analyse, nous postulerons que les dépenses régulières sont financées entièrement par des sources intérieures, alors que les dépenses de développement sont financées à la fois par des sources intérieures et extérieures. Les valeurs pour les dépenses régulières et les dépenses publiques globales sont extraites du Discours sur le Budget. Après 1992, les deux types de dépenses et les dépenses de développement financées de manière domestique sont censées évoluer parallèlement au produit intérieur brut (taux de croissance de référence). Les dépenses de développement financées par des sources extérieures sont, cependant, financées à un niveau constant de 5 millions de US$ entre 1991 et 1995. L'hypothèse d'un financement extérieur constant implique une diminution en part relative au cours de la période de projection.

(v) *Scénario relatif à la contrainte en matière budgétaire* : une décision macro-économique importante est de contenir le déficit budgétaire, soit en augmentant les recettes, soit en réduisant les dépenses. Dans ce cinquième scénario, les données sur les dépenses publiques globales et les dépenses de santé de 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget. Cependant, après 1993, les deux types de dépenses sont censées augmenter à un rythme plus lent que les taux de croissance de référence afin de maintenir le déficit budgétaire à environ 8-9% du produit intérieur brut. Les déficits budgétaires sont estimés à 9,5% en 1990, 11,3% en 1991 et 8,1% en 1992 (Tableau 3).

(vi) *Scénario d'une croissance plus lente de la population* : les taux de croissance de la population envisagés dans ce scénario étaient de 2,3% en 1991, 2,2% en 1992, 2,1% en 1993, 2,0% en 1994 et 1,9% en 1995, en contraste avec l'hypothèse de référence d'une croissance annuelle constante de 2,3%[1]. Cette simulation a été effectuée afin d'examiner l'effet d'une croissance plus lente sur le scénario de référence et sur le scénario du Discours sur le Budget.

3.3.3. Résultats des simulations

Les résultats des cinq exercices de simulation sont exposés dans le Tableau 6, et les six scénarios dans leur ensemble sont résumés dans les figures 1-3. Les résultats sont résumés en termes de trois indicateurs majeurs : (i) les dépenses globales de santé de l'État ; (ii) les dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de l'État ; et (iii) les dépenses de l'État par habitant en prix constants de 1987.

1. Le taux de croissance de 2,3% est celui qui a été retenu pour la période de 1991 à 2001 sur la base d'une projection moyenne à partir des données du recensement de 1981. Les chiffres préliminaires du recensement de 1991 indiquent, cependant, que l'accroissement de la population au cours des années 80 a été plus lente que 2,3%.

Tableau 6. Dépenses de santé de l'État, Népal : résultats des études de simulation

Dépenses	Année[a]	Scénario de référence	Scénario "Discours sur le Budget"	Scénario "croissance plus lente"	Scénario "contrainte en matière d'aide étrangère"	Scénario "contrainte en matière de déficit budgétaire"
Dépenses totales de santé (en millions de RS, prix courants)	1991	800,20	800,20	800,20	800,20	800,20
	1992	931,80	1023,40	925,10	893,70	931,80
	1993	1086,00	1192,70	1069,60	1023,50	1077,00
	1994	1266,90	1391,30	1236,90	1174,80	1223,30
	1995	1479,50	1624,90	1430,70	1351,60	1382,70
Dépenses de santé en % des dépenses totales de l'État	1991	3,27	3,27	3,27	3,27	3,27
	1992	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1993	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1994	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1995	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
Dépenses de santé par habitant (en Rs, prix constant 1987)	1991	27,80	27,80	27,80	27,80	27,80
	1992	28,40	31,20	28,20	27,30	28,40
	1993	29,10	31,90	28,70	27,40	28,90
	1994	29,80	32,70	29,10	27,60	28,80
	1995	30,50	33,50	29,50	27,90	28,50

a : Les années correspondent aux années fiscales (par exemple, 1991 fait référence à l'année fiscale 1990-91).

Hypothèses : tous les scénarios postulent un taux annuel de croissance de la population de 2,3% et un taux d'inflation annuel de 11,4%.

Scénario de référence : après 1991, les dépenses sanitaires réelles augmenteront parallèlement au produit intérieur brut (les taux de référence de la croissance du produit intérieur brut sont de 4,5% pour 1991, 4,6% pour 1992, 4,7% pour 1993, 4,8% pour 1994 et 4,9% pour 1995) ; les dépenses totales de l'État en 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les dépenses publiques réelles totales et les dépenses réelles de développement financées à partir de sources domestiques sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut ; les dépenses de santé financées par des sources extérieures devraient être de 5,6 millions en 1991, 6,2 millions en 1992, 6,8 millions en 1993, 7,6 millions en 1994 et 8,4 millions en 1995, en US$ courants.

Scénario du Discours sur le Budget : les dépenses de santé et les dépenses totales de l'État pour 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les deux types de dépenses réelles sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut.

Scénario de croissance plus lente : les dépenses sanitaires réelles sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut après 1991 ; les dépenses totales en 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, à la fois les dépenses de santé et les dépenses totales sont considérées comme devant augmenter parallèlement avec le produit intérieur brut, mais avec une progression plus lente que dans les autres scénarios : 3,8% en 1991, 1992 et 1993 et 3,9% en 1994 et 1995.

Scénario relatif à la contrainte en matière d'aide étrangère : les dépenses de fonctionnement et les dépenses globales pour 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les deux types de dépenses réelles et les dépenses réelles de développement pour la santé financées par des sources intérieures sont considérés comme augmentant parallèlement au produit intérieur brut (valeurs de référence) ; les dépenses de développement dans la santé financées par des sources extérieures sont fixées à 5 millions de US$ entre 1992 et 1995.

Scénario relatif à la contrainte en matière de déficit budgétaire : les données jusqu'à 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1993, les dépenses totales et les dépenses de santé croissent de 3,8% en 1993, de 2% en 1994 et de 1,5% en 1995 afin de maintenir le déficit budgétaire aux alentours de 8-9% du produit intérieur brut.

Le Discours sur le Budget implique qu'après 1992 les dépenses, à la fois globales et par habitant, seront supérieures de 10% à celles du scénario de référence. Les effets d'une croissance plus lente du produit intérieur brut et des dépenses de santé telle qu'elle est envisagée dans le « scénario de croissance plus lente », à savoir moins de 4% en moyenne durant la période, seraient que les dépenses publiques aussi bien totales que par habitant seraient plus basses de 3% en 1995. La limitation du financement extérieur à 5 millions de US$ par an aurait pour effet de réduire les dépenses de santé de l'État, globales et par habitant de 2% en 1991 et de 9% en 1995 par comparaison avec le scénario de référence. Enfin, le contrôle du déficit budgétaire à environ 8-9% du produit intérieur brut à partir de 1993 permettrait de réduire, en 1995, les dépenses de santé globales et par habitant de 7% au-dessous de celles du scénario de référence.

Les résultats de ces simulations fournissent une indication quantitative de l'effet potentiel des changements macro-économiques sur le secteur public de santé. D'autres scénarios pourraient être simulés en utilisant le modèle simple décrit auparavant, élaborés de sorte qu'ils reflètent mieux la pensée sous-jacente au Huitième Plan. Cet exercice de simulation illustre également le type d'analyse qui pourrait être effectué par le Ministère de la Santé afin d'anticiper la situation probable au niveau national et la manière dont le secteur sanitaire en serait affecté, afin que les plans et les ajustements appropriés puissent être mis en place. Par exemple, si les autorités sanitaires étaient en mesure de prévoir quelle sera, eu égard aux réalités macro-économiques, la disponibilité des ressources dans les années à venir, elles pourraient dès à présent commencer à envisager des modèles de réallocation des ressources tenant compte des contraintes budgétaires, de telle manière que le niveau actuel d'efficacité des services de santé soit au moins maintenu. De plus, les estimations de l'impact des tendances macro-économiques sur les dépenses par habitant pourraient fournir un indicateur plus adapté que l'accroissement des dotations budgétaires pour la santé pour indiquer dans quelle mesure la politique gouvernementale de soulagement de la pauvreté est efficace. Un examen des informations supplémentaires nécessaires afin de développer des simulations plus utiles à la prise de décisions politiques est donné dans la section 5.

Figure 1. Dépenses publiques de santé per capita : Scénarios alternatifs

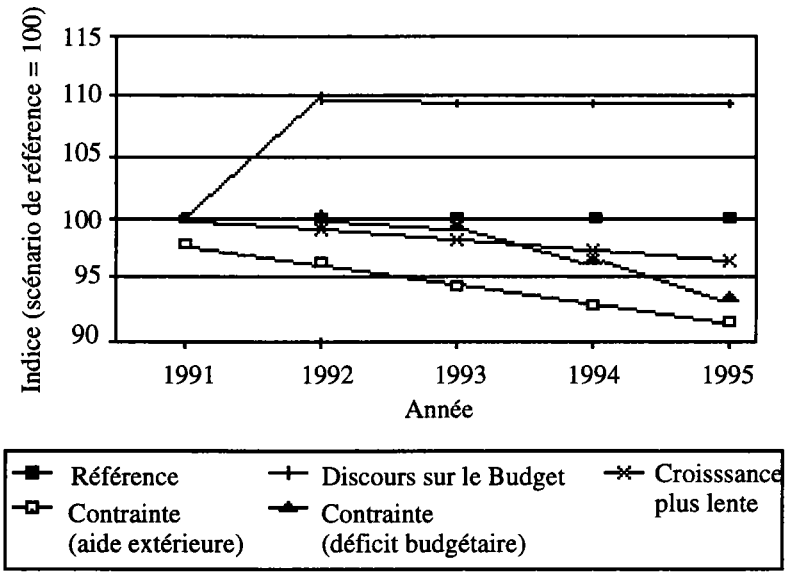


Figure 2. Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales

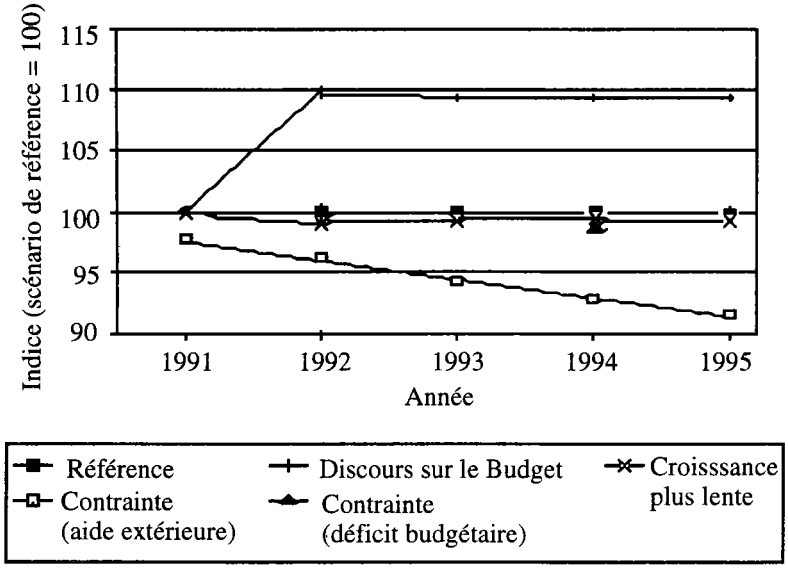
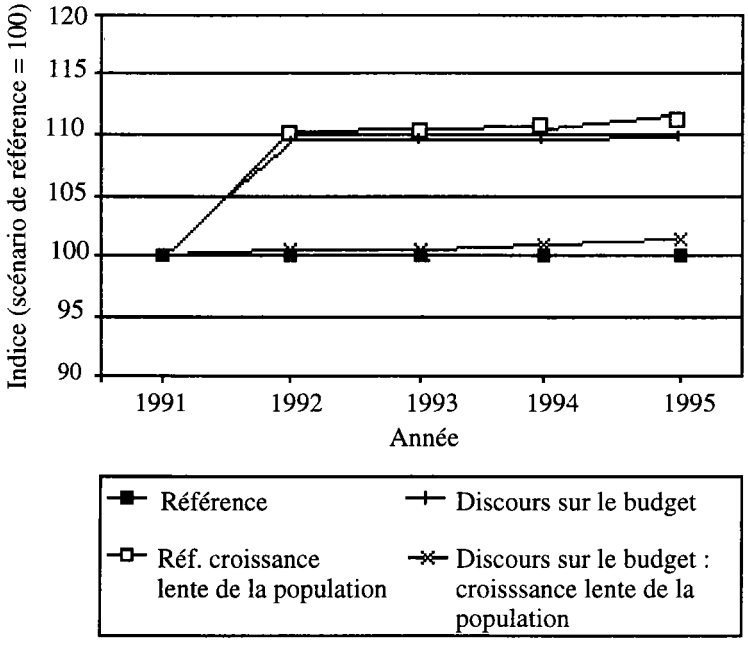


Figure 3. Dépenses publiques de santé per capita : scénarios démographiques



4. Financement de la santé par le secteur privé

4.1. Revenus et dépenses dans les ménages népalais

Comme nous l'avons déjà décrit, une forte proportion des dépenses de l'ensemble du secteur sanitaire provient de paiements directs des ménages. Compte tenu des contraintes qui pèsent sur la dépense publique, les perspectives d'expansion du financement du secteur santé dépendent du niveau de revenu et de la structure de la dépense des ménages. Le tableau 7 résume les données sur les revenus des ménages et les schémas de dépenses dans les zones rurales et urbaines et par zones géographiques ; ils sont tirés d'une étude sur le budget des ménages entreprise par la Nepal Rastra Bank en 1984-85. Ce sont les meilleures données nationales et les plus récentes sur les revenus et les dépenses au Népal.

De fortes variations peuvent être observées dans le revenu par habitant, mais aussi dans les sources de revenus et dans la structure des dépenses, particulièrement pour les soins de santé, selon les catégories de ménages. Les ménages urbains ont généralement des revenus plus importants, dont une plus grande proportion est en numéraire ; ils dépensent davantage par personne pour les soins que les ménages ruraux. Alors qu'en pourcentage des dépenses de consommation, les dépenses de santé sont à peu près les mêmes pour les ménages ruraux et urbains (environ 2,6%) elles représentent une plus grande proportion du revenu monétaire total dans les ménages ruraux que dans les ménages urbains (6,2% contre 3,3%). La mobilisation rapide de ressources financières pour payer les soins liés à la consommation globale est par conséquent relativement plus difficile pour les ménages ruraux que pour les ménages urbains. En bref, les ménages ruraux éprouvent de plus grandes difficultés à obtenir les ressources financières nécessaires aux soins à la fois dans l'absolu, du fait de revenus moindres, et en termes relatifs du fait qu'une plus faible proportion de leur revenu est obtenue sous forme monétaire.

Une analyse des données par décile de revenus révèle les faits suivants : (i) les dépenses médicales par habitant augmentent avec le revenu (Fig. 4) ; (ii) le pourcentage de revenus perçu sous forme monétaire augmente avec le décile de revenus et il est plus important dans les zones urbaines que dans les zones rurales (Fig. 5) ; (iii) la part représentée par des dépenses de santé dans les dépenses totales de consommation ne varie pas en fonction du décile de revenu ou de la résidence urbaine ou rurale, mais la part des dépenses de santé dans le revenu monétaire total est plus grande parmi les classes de revenus inférieurs, spécialement dans les zones rurales (Fig. 6). Ainsi, la capacité à financer les dépenses des santé à partir des ressources des ménages sera vraisemblablement contrainte non seulement par les niveaux des revenus mais aussi par la quantité de ces revenus perçue sous forme monétaire. Cette observation devrait être prise en compte dans le cadre de la conception des schémas de financement des soins de santé.

4.2. Schémas alternatifs pour les médicaments

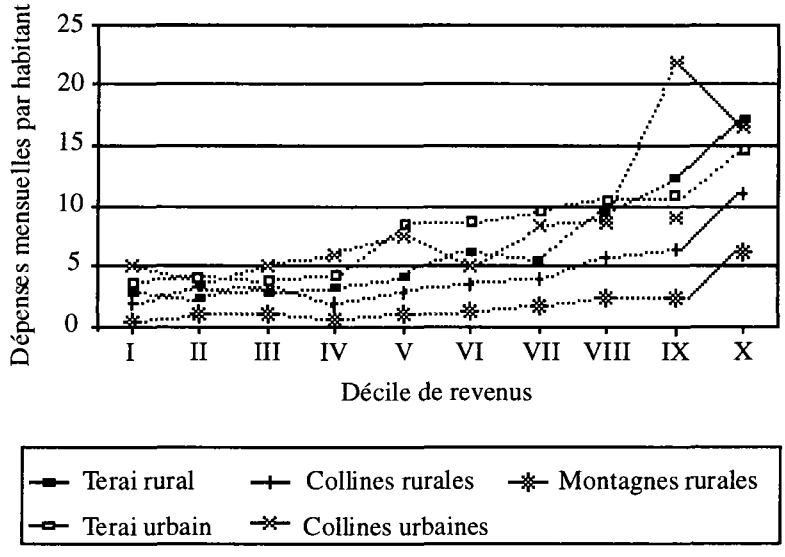
Nous avons observé plus haut qu'une forte proportion de la dépense des ménages pour les soins de santé est imputable aux médicaments. Une enquête sur le budget des ménages a révélé qu'une grande partie des dépenses en médicaments était consacrée aux vitamines, aux analgésiques, aux sirops contre la toux, aux anti-spasmodiques et aux antiseptiques ; en tout, cela représente environ 64% des

dépenses totales en médicaments dans les zones urbaines. La proportion correspondante dans les zones rurales était de 47%, 14% étant en outre dépensés en médicaments contre la tuberculose, les maladies ORL et en pommades dermatologiques.

Cette forte proportion des dépenses des ménages pour les médicaments, en relation avec les dépenses totales du secteur sanitaire, indique que l'efficacité des résultats de ce secteur dans son ensemble pourrait être améliorée par le contrôle de la consommation de médicaments. Les auteurs de la politique sanitaire au Népal ont reconnu ce fait et mettent à la fois l'accent sur une politique des médicaments essentiels, pour rationaliser l'emploi des médicaments, et la mise en œuvre de programmes afin que les médicaments essentiels soient disponibles aux communautés tout au long de l'année en quantités suffisantes et à des prix abordables. De telles actions ont été entreprises car l'approvisionnement en médicaments des structures sanitaires d'État s'était avéré insuffisant pour répondre aux besoins des communautés népalaises.

Plusieurs « programmes de financement des médicaments » ont été expérimentés, et quelques-uns sont actuellement en cours. L'un d'entre eux comprend la vente à bas prix de médicaments dans des magasins de détail privés, réalisée grâce à des achats en gros. Un autre programme comprend le partage des coûts, dans lequel les patients des postes de santé et des hôpitaux paient un prix fixe à la prescription (6 Rs dans les hôpitaux et 5 Rs dans les postes de santé) en échange d'une série complète de soins, y compris l'hospitalisation, si nécessaire. Un troisième programme comprend l'utilisation de fonds provenant d'une tierce partie générant des intérêts qui sont ensuite utilisés pour compléter les revenus de la facturation des prescriptions (2 Rs par patient) finançant ainsi l'approvisionnement en médicaments supplémentaires. Un autre programme inclut le paiement anticipé d'environ 12 à 30 Rs par ménage et par an en échange de soins et de médicaments gratuits dans les postes de santé et certains avantages dans des hôpitaux sélectionnés. Bien que ces activités aient été étudiées (Kafle & Shrestha, 1991 ; S. P. Shrestha, 1991) une évaluation complète de leurs résultats du point de vue de l'efficacité économique et de l'équité reste encore à effectuer.

Figure 4. Dépenses de soins de santé per capita, Népal, 1984-185 (en Rs)

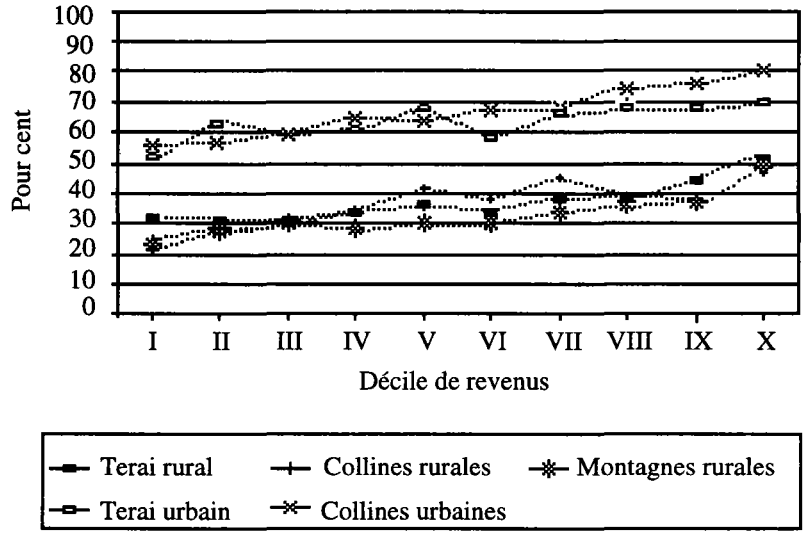


Source : Nepal rastra Bank (1988).

Tableau 7. Revenus et dépenses des ménages népalais, par zones rurales et urbaines et par zones géographiques, 1984-1985

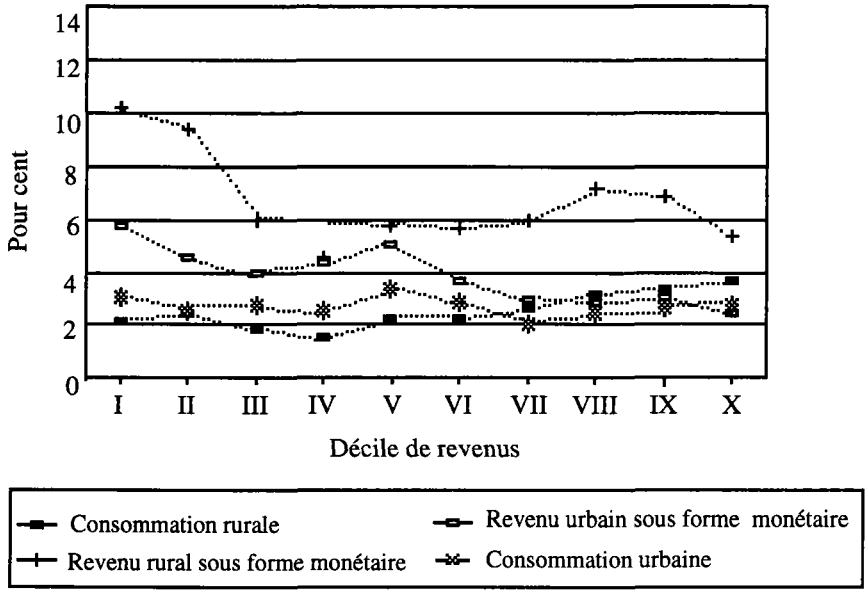
	Zones Importance moyenne du ménage (Rs)	Revenu mensuel par habitant	Revenu monétaire (%)	Dépenses mensuelles par habitant			Dépenses de santé en pourcentage de	
				Total	Consommation	Dépenses de santé	Consommation	Revenus sous forme monétaire
Terai rural	6,87	187	39,1	178	166	3,31	3,8	8,6
Collines rurales	5,74	196	40,6	192	186	4,03	2,2	5,1
Montagnes rurales	5,35	208	34,2	200	195	1,21	0,6	1,7
Népal rural	6,16	194	38,9	186	177	4,70	2,7	6,2
Terai urbain	5,80	243	64,7	214	209	6,84	3,3	4,4
Colines urbaines	5,23	403	69,7	371	361	7,88	2,2	2,8
Népal urbain	5,49	325	67,8	295	287	7,38	2,6	3,3
Népal global	6,11	202	41,8	193	184	4,87	2,6	5,8

Figure 5. Pourcentage des revenus des ménages perçus sous forme monétaire, Népal rural et urbain, 1984-185



Source : Nepal rastra Bank (1988).

Figure 6. Part de la santé dans les dépenses de consommation et dans les revenus sous forme monétaire, Népal, 1984-85



Source : Nepal rastra Bank (1988).

4.3. Aspects macro-économiques de la mise en œuvre de programmes de partage des risques

Étant donnés le faible niveau des revenus des ménages au Népal et l'étendue limitée du système de distribution des soins, de nombreux ménages continueront à avoir un accès réduit aux soins essentiels. De plus, les programmes de recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics ne rassembleront vraisemblablement pas suffisamment de fonds pour soulager la pression sur le budget de l'État afin qu'il puisse financer les opérations courantes et développer ses services. Éventuellement, une sorte de partage des risques devra être développé pour protéger les ménages des graves pertes financières dues à la maladie. Dans certains pays, des systèmes d'assurance sociale ont été développés dans lesquels les soins sont financés par des fonds provenant de la contribution des employés (déduction sur les salaires), et de la contribution de contrepartie versée par l'employeur, que celui-ci soit public ou privé. En 1984-85, des données sur la distribution de la population économiquement active âgée de dix ans et plus a révélé que seulement 26% de cette population étaient répertoriés comme employés, alors que 44% étaient des travailleurs familiaux non rémunérés et que 29% étaient sans emploi ; la proportion des employés dans la population active totale était plus grande dans les zones urbaines que dans les zones rurales : 46% contre 25%. Cette structure de l'emploi ne changera vraisemblablement pas de manière significative à moyen terme, particulièrement si les taux de croissance économique ne sont pas maintenus et si la population continue de croître rapidement (bien que moins rapidement qu'il n'avait été prévu auparavant). Étant donnée la structure de l'économie népalaise, toute assurance sociale basée sur des déductions salariales n'aurait donc qu'une portée limitée. Étendre un tel système au reste de la population serait extrêmement coûteux et, en fin de compte, inefficace financièrement, comme d'autres pays ayant un secteur économique informel important s'en sont rapidement rendu compte.

Face aux contraintes qui pèsent sur les budgets sanitaires publics et des ménages, et à la difficulté de développer des systèmes d'assurance sociale à large couverture à moyen terme, on ne mettra jamais assez l'accent sur l'importance qu'il y a à améliorer l'efficience de l'utilisation des ressources. Les résultats dans le secteur sanitaire sont encore trop mal connus pour permettre aux décideurs d'identifier les zones dans lesquelles on peut parvenir à une plus grande efficacité et à une plus grande équité. Des recherches sont en cours pour obtenir de telles informations.

5. Recherches appliquées complémentaires

5.1 Analyse des dépenses dans le secteur sanitaire et des sources de financement

5.1.1. Secteur public

Une meilleure information est nécessaire sur la manière dont sont réparties les ressources publiques pour la santé - par type de dépenses et d'intrants, par zone géographique et par structure sanitaire - afin d'étudier où des réallocations nouvelles pourraient être effectuées qui amélioreraient l'efficience et l'équité. A cette fin, les données sur le budget de la santé et les dépenses de l'État doivent être répertoriées différemment. Par exemple, les composantes dépenses récurrentes et dépenses d'investissement des budgets dits « réguliers » et « de développement »

devraient être fusionnées de manière à donner une meilleure perception de la dépense totale en capital et de ses répercussions sur les dépenses récurrentes à venir. Les budgets récurrents fusionnés devraient également être ventilés selon les différents types d'intrants sanitaires tels que main-d'oeuvre, médicaments, fournitures médicales, maintenance, carburant, voyages et supervision ; cela permettrait d'entreprendre une étude afin de déterminer si une réallocation de ces composantes améliorerait l'efficacité. Enfin, il serait utile de connaître la répartition des dépenses de santé de l'État, selon les catégories précédentes, par région, par district et par type d'institution sanitaire dans chaque région et dans chaque district, afin d'étudier quelle réallocation résulterait des ressources en fonction de l'importance de la population ou de l'état de santé entre les différentes régions du Royaume.

5.1.2. Secteur privé

Mis à part l'enquête globale sur le budget des ménages conduite en 1984-85 (Nepal Rastra Bank, 1988) presque aucune information récente n'existe à propos des dépenses des ménages pour les soins de santé au niveau national. A moins de conduire une enquête semblable, les données existantes doivent être analysées plus avant pour déterminer la relation entre les dépenses de santé des ménages et les dépenses totales ou le niveau des revenus et des variables comme le pourcentage de revenus perçu sous forme monétaire ; on utilisera de telles relations pour faire une projection des dépenses de santé des ménages à moyen terme.

Il faut également obtenir plus d'informations sur les activités des Organisations non gouvernementales opérant dans le domaine de la santé et sur leur financement, y compris les dépenses pour les soins délivrés gratuitement. Les Organisations non gouvernementales sont généralement financées par des fonds internes, des fonds provenant de donateurs internationaux et des contributions de l'État. Ces ressources devraient être prises en compte dans toute analyse des sources de financement du secteur sanitaire.

5.2. La politique macro-économique et les ressources du secteur public pour la santé

Il faut poursuivre les efforts (Mathema, 1991 ; B.R. Shrestha, 1991) en vue de développer un modèle de simulation simple pour la politique et la planification qui rendra possible l'analyse de l'effet probable de la politique nationale sur le secteur public de santé. Les exercices décrits dans cette communication indiquent l'importance des implications de divers changements de politique sur le secteur de la santé. Par exemple, quel serait l'impact d'une modification des taux de change ou d'une réorientation de la politique nationale en matière de salaires en particulier pour le personnel de l'État ? Une dépréciation de la monnaie affecterait probablement les prix en général et, en conséquence, tous les secteurs gouvernementaux ; le secteur sanitaire souffrirait d'effets additionnels du fait d'une plus grande dépendance à l'égard du commerce extérieur, une large proportion des médicaments et des éléments pharmaceutiques de base étant importés. Une augmentation des salaires du personnel aurait une implication budgétaire différente selon qu'elle concernerait des ministères à forte intensité en main-d'œuvre comme ceux de la santé, de l'éducation ou d'autres ministères. Un prolongement naturel des exercices décrits dans cette communication serait une simulation de l'impact sur le secteur sanitaire des changements macro-économiques envisagés par le Huitième Plan.

5.3. Analyse économique des modèles de financement communautaire existants

Plusieurs systèmes de financement communautaire et d'approvisionnement en médicaments ont été mis à l'épreuve au Népal et quelques études ont été effectuées pour observer leurs effets. Une analyse économique plus complète de leur efficacité serait cependant nécessaire pour déterminer s'ils garantissent l'équité, s'ils sont viables et s'ils peuvent être reproduits. Une telle analyse devrait s'appuyer sur les travaux de Kafle et Shrestha (1991) et de S. P. Shrestha (1991). Les concepts d'efficacité et d'équité pertinents pour une telle appréciation sont décrits par Herrin (1991) et Carrin (1992).

5.4. Analyse des coûts des services de santé

Une des conclusions d'un séminaire sur l'économie de la santé et le financement des soins, qui s'est tenu en août 1991 et auquel assistaient des responsables des Ministères de la Santé et des Finances, de la Commission nationale du Plan et d'autres instances était que la décomposition des coûts des soins dans les hôpitaux, les centres de soins et les dispensaires était inconnue. Une telle information pourrait être obtenue et répertoriée en utilisant des catégories utilisées au niveau des agrégats, soit de coûts récurrents contre l'investissement ; à l'intérieur des dépenses « récurrentes » les coûts seraient décomposés selon les intrants comme le personnel, les médicaments, les fournitures médicales, les voyages et la supervision. Une telle analyse des coûts serait utile pour étudier de nouvelles répartitions susceptibles d'améliorer l'efficacité, en préparant des budgets réalistes et en concevant des mesures de contrôle et de partage des coûts.

6. Conclusion

Les perspectives d'augmentation des ressources pour la santé dépendent non seulement de la croissance des ressources du secteur public mais, de façon plus importante, des ressources du secteur privé, du fait que celui-ci finance une large proportion de la dépense totale de santé, en particulier à travers le paiement direct des ménages. L'accroissement des ressources, tant publiques que privées, dépend fortement des tendances macro-économiques, de par leur impact sur les revenus et les dépenses de l'État d'une part, et sur les revenus et les budgets des ménages, d'autre part. L'analyse des ressources publiques et des ressources privées pour la santé, et l'information les concernant, doivent être mises à jour en tant que point de départ pour l'amélioration de l'efficacité et de l'équité de l'allocation des ressources.

Références bibliographiques

Acharya, M. (1991) *Budget Speech of the Fiscal Year 1991-92*, Katmandou, Ministère des Finances

Banque Mondiale (1991) *Trends in Developing Economies 1991*, Washington DC.

Bureau Central des Statistiques (1991) Annuaire statistique du Népal pour 1991, Katmandou, Secrétariat d'État à la Commission du Plan.

Camen, U. (1992) *Macroeconomic Evolution and the Health Sector : Nepal* (Macroeconomics and Health Series, ICO/MES 1.2), Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Carrin, G. & Evlo, K. (1991) *The Basic Macroeconomics of Government Health Sector Expenditures in Low-Income Developing Countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Carrin, G. (1992) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, New York, Macmillan.

Herrin, A.N. (1991) *Health Economics and Health Care Financing : A Summary of Basic Concepts*

and Issues. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, Népal, 14-16 août 1991.

Kafle, K.K. & Shrestha, S.P. (1991) *Situation Analysis Study of Five Districts for Strengthening Primary Health Care Through Essential Drugs in Nepal*. Katmandou, Ministère de la Santé et UNICEF.

Mathema, P. (1991) *Total Health Expenditures and Sources of Financing in Nepal*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.

Ministry of Finance (1991) *Economic Survey : Fiscal Year 1990-91*, Katmandou.

Ministry of Finance (1992) *Nepal External Assistance Requirements*, Katmandou.

Ministry of Health (1991) *Health Information Bulletin, Volume 7*, Katmandou.

National Planning Commission Secretariat (1992) *Population Policy and Programme*, , Katmandou, Population Division.

Nepal Rastra Bank (1988) *Multipurpose Household Budget Survey*, Katmandou.

Pant, R.D. & Gubhaju, B.B. (1989) Population, basic needs and the environment of Nepal. In : *Framework for population and Development Integration*, Vol. II (Asian Population Studies Series n°93), Bangkok, Commission Économique et Sociale pour l'Asie et le Pacifique.

Shrestha, B.R. (1991) *Health Care Expenditures and Sources of Financing*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.

Shrestha, S.P. (1991) *Review and Assessment of Experiences of Alternative Financing Initiatives in Nepal*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

T. Lethu

Consultant OMS

Le résumé des discussions est une synthèse des commentaires des participants lors de chacune des interventions. Il comprend les deux parties de la conférence : l'environnement macro-économique et la santé — théorie et politique — et les études de cas. Il reproduit également les temps forts des débats suscités à l'issue de chaque session. Dans l'ensemble, ces discussions corroborent les analyses présentées à la fois sur les plans théoriques et pratiques. Elles permettent de préciser ou d'illustrer certains points de vue en les resituant dans leur contexte. Les recommandations, souvent très pertinentes, qui se dégagent de ces débats constituent autant d'éléments de réponses constructives pour l'avenir.

Santé et croissance économique : théorie, réalité et politique

Les études concernant l'impact de la santé sur la productivité et de la macro-économie sur la santé méritent une attention particulière. Jere Behrman insiste ainsi sur la nécessité de combiner la théorie macro-économique et l'observation empirique pour obtenir des interprétations appropriées. Pour Peter Heller, du FMI, ces études minutieuses sont pleinement justifiées. Tout d'abord, il s'agit de motiver l'allocation des ressources à la santé. Pour lui, les Gouvernements affecteront des financements à ce secteur indépendamment de ces études. Mais, si un impact non équivoque de la santé sur la productivité est démontré, ce résultat peut militer en faveur d'une augmentation de cette allocation. Peter Heller s'avoue surpris par le nombre limité d'indices dégagés pour mesurer l'impact de la santé sur la productivité. De plus, ces études peuvent indiquer comment les Gouvernements doivent allouer ces ressources. Les Gouvernements ont la possibilité d'intervenir dans différents domaines de la promotion de la santé, du contrôle des épidémies, de la prévention. En réalité, les dépenses curatives absorbent généralement la majeure partie des fonds destinés à la santé.

Cette orientation des politiques de santé doit être évaluée actuellement, compte tenu de l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes sanitaires dans les pays les plus démunis. Les contraintes macro-économiques se sont accentuées par rapport aux années 70. Les ressources disponibles pour beaucoup de Ministères de la Santé, en termes réels, ont baissé par habitant. Dans ces pays, les infrastructures et les institutions publiques se sont détériorées. Dans quelques pays, l'environnement politique s'est dégradé. L'environnement épidémiologique a aussi changé avec l'apparition du Sida et des nouvelles formes de résistance au paludisme.

Il convient de poursuivre les études sur l'allocation des ressources au secteur de la santé à l'intention notamment des planificateurs du secteur public. L'objectif est

de leur montrer comment ces ressources doivent être allouées dans ce domaine. Dans le même temps, il s'agit de leur indiquer comment organiser la fourniture des services afin de maximiser leur impact. Ces études peuvent contribuer également à définir des incitations pour encourager le secteur privé à pallier le manque d'efficience des activités préventives et curatives du secteur public. Les incitations peuvent permettre aussi de motiver les fonctionnaires des Ministères de la Santé, dont les salaires sont généralement très bas.

Finalement, ces études destinées à confirmer que l'amélioration de la santé a bien un impact sur la croissance économique et sur la productivité, doivent apporter des réponses aux problèmes clés auxquels sont confrontés les secteurs de la santé. Ainsi, Peter Heller suggère-t-il à Jere Behrman de tenir compte du Sida dans ses recherches. L'impact économique de cette épidémie sur l'économie est très important à travers les effets indirects sur les économies nationales, la productivité de la main-d'œuvre et la prise en charge des orphelins. Une part substantielle des ressources est consacrée au traitement des patients du Sida. Tout en approuvant la pertinence de cette suggestion, Jere Behrman précise qu'en l'occurrence, il n'a pas jugé opportun d'aborder ce sujet dans la présentation de ses recherches théoriques. Il assure que des études sont en cours dans ce domaine parmi lesquelles les travaux de Mead Over à la Banque Mondiale.

Peter Heller tient aussi à préciser la façon dont la santé affecte la croissance économique. Pour lui, l'argument de Jere Behrman qui assure qu'une meilleure santé signifie moins de ressources à allouer aux soins curatifs, et donc des ressources économisées, n'est pas fondé. Il en veut pour preuve le fait que les pays industrialisés ne réussissent pas à maîtriser la croissance des coûts dans le secteur de la santé. Les mêmes tendances pèseront lourdement sur le monde en développement.

En réponse, Jere Behrman précise à nouveau, au cours des discussions, l'intérêt de ses recherches. Il s'agit de comprendre notamment comment se prennent les décisions d'allocations des ressources publiques. Les éléments ainsi dégagés ne sont pas les seuls déterminants de ces mécanismes de décision. Ils jouent cependant un rôle essentiel dans leur compréhension. Par exemple, dans l'éducation, un renforcement des investissements a été induit par le résultat de certaines études démontrant le niveau élevé des taux de rentabilité des allocations dans ce secteur.

H.B. Junz, directrice du bureau du FMI de Genève, pense également que certaines considérations motivent les dépenses publiques et privées dans ce secteur. Il s'agit notamment de la productivité et de l'amélioration du capital humain. Les initiatives prises dans les pays industrialisés pour prévenir le stress et ses conséquences sur les lieux de travail en témoignent. Elle estime par ailleurs que toute politique de base doit veiller à utiliser la partie la plus productive de l'économie incluant le capital humain et la sous-utilisation des femmes dans le marché du travail constatée dans beaucoup de pays en développement.

De son côté, David Nabarro, de l'Agence de Coopération britannique, souligne aussi l'intérêt de ces études destinées à valoriser l'impact de la santé sur la productivité et sur la croissance économique. Il s'agit de fournir des arguments aux responsables de la santé au sein des agences bilatérales pour les aider à convaincre les financiers de poursuivre leurs allocations dans ce domaine. Ces études doivent également indiquer les modalités d'application de ces allocations. Pour David Nabarro, il est essentiel d'identifier les services de santé à promouvoir dans le but d'obtenir un meilleur impact sur la santé des populations. La réflexion doit porter, à son avis, sur l'organisation et la mise en œuvre des services, leur distribution et l'étude de l'impact ainsi obtenu.

Enfin, pour illustrer les liens entre la croissance économique et le niveau de santé, Nguyen Van Dan, Premier Vice-Ministre de la Santé du Viêt-nam, cite son pays en exemple. S'appuyant sur cette expérience, où la santé des populations et les conditions de vie en général s'améliorent avec l'assainissement économique, il se déclare tout à fait confiant en l'avenir. Toutefois, Nguyen Van Dan rappelle que la croissance économique est bien une condition nécessaire, mais non suffisante, pour résoudre les problèmes. Cette reconnaissance a constitué pour lui un pas important dans l'évolution des études sur le développement. Il insiste donc sur les différentes activités de promotion de la santé en cours dans son pays. Aleya Hammad, de l'OMS, souligne aussi l'impact de la croissance économique sur la détérioration de la qualité de la vie en général et de la santé des populations, non seulement dans les pays en développement mais aussi dans le monde industrialisé.

Ajustement macro-économique et secteur de la santé

Pour Hans Genberg, il est difficile de mettre en évidence les conséquences défavorables des programmes d'ajustement macro-économique sur les résultats de la santé. Il convient, à son avis, de distinguer les politiques qui affectent les agrégats des dépenses d'une part et du revenu d'autre part. Parmi les composantes importantes des programmes de stabilisation, il note la réduction des dépenses du Gouvernement, les politiques de restriction monétaire, la dévaluation et, dans le cadre des ajustements, la réforme des prix.

Il convient d'étudier comment les canaux de transmission par lesquels ces politiques affectent la santé, impliquent une amélioration ou une détérioration de ce secteur. Parmi ces canaux, il cite les caractéristiques des ménages, en particulier le niveau des revenus, la fourniture et le coût des services de santé et l'environnement. Un grand intérêt doit être accordé au type de programme entrepris et à la structure de l'économie. Reste que l'impact des politiques macro-économiques sur le secteur de la santé n'est pas aisé à appréhender. Les indicateurs parmi lesquels les taux de mortalité des enfants et des nourrissons changent lentement dans le temps. Un lien est cependant établi entre le niveau de revenu d'un pays ou d'un ménage et les indicateurs de santé à long terme. A court terme, cette relation semble plus difficile à cerner.

H.B. Junz partage l'analyse de Hans Genberg. Elle souhaite nuancer certaines prises de position. A son avis, le recul de l'expérience fait ressortir l'importance qui doit être donnée aux distorsions des systèmes économiques. Souvent, ces distorsions entravent le libre écoulement des ressources. Elles expliquent parfois des excès de dépenses. Les politiques de stabilisation et les ajustements macro-économiques doivent donc être liés. Les mesures établies dans ce cadre ne doivent pas être considérées isolément. A l'instar du FMI, les mesures susceptibles de rendre efficaces les politiques macro-économiques doivent être prises en compte. Par exemple, les initiatives visant à rétablir l'équilibre budgétaire ou à rétablir la vérité des prix doivent s'efforcer parallèlement d'éliminer les causes de ces dysfonctionnements. H.B. Junz considère que le FMI peut renforcer la conditionnalité de réajustement structurel afin de maintenir, si possible, un équilibre soutenu à l'intérieur de l'économie. Cette stratégie est, pour elle, plus appropriée que la poursuite de la politique de stabilisation susceptible de ne fournir qu'un soulagement temporaire.

Elle note que les pays démocratiques ne créent pas toujours les conditions favorables à la mise en œuvre de cette stratégie. Parfois, ils ne sont pas en mesure de maintenir l'adhésion des populations à ces réformes pendant toute la durée nécessaire. En outre, les intérêts ancrés dans le domaine des dépenses sociales au

bénéfice parfois de certains groupes privilégiés doivent être remis en cause. Ils constituent autant de facteurs socioculturels sur lesquels les intervenants extérieurs peuvent difficilement agir. Les réticences des principaux bénéficiaires à la suppression des subventions non justifiées illustrent ces réactions.

Hans Genberg, de son côté, reconnaît également la nécessité de changer les structures fondamentales de l'économie qui sont à la base des déséquilibres parallèlement à la mise en œuvre des politiques de stabilisation. De même, Per Pinstrup-Andersen appuie avec conviction cette analyse. Parmi ses arguments il rappelle les conditions de la mise en place des programmes de stabilisation dans les années 80 en Amérique latine. Leur sévérité était fondée sur la présomption selon laquelle les déséquilibres pouvaient être corrigés rapidement. Leur application était censée être transitoire. Les programmes étaient pénibles pour les pauvres car ils reposaient presque exclusivement sur la fixation des salaires nominaux, sur la libéralisation des prix et sur la réduction de la demande. Ils devaient conduire à des ajustements structurels eux-mêmes censés favoriser à terme des situations moins dures pour les plus démunis. En fait, beaucoup de pays, note Pinstrup-Andersen, n'ont pas atteint cet objectif. Peut-être les Gouvernements ont-ils perdu confiance et n'ont-ils pas appliqué les programmes d'ajustement jusqu'au bout ? Peut-être la forme de ces programmes n'était-elle pas appropriée ?

Toujours est-il que, pour lui, toute politique des prix adoptée indépendamment des mesures visant à maîtriser les autres contraintes à la production et à la commercialisation, n'est pas suffisante. Dans le domaine agricole par exemple, les résultats de cette politique ont été décevants par rapport aux effets attendus. C'est le cas, en particulier, des pays où les paysans n'ont pas accès au crédit, aux nouvelles technologies, aux engrais, et où l'infrastructure est faible ou inexistante. Confrontés à ces contraintes qui entravent leur capacité de réaction aux augmentations de prix, les paysans ont privilégié la production des produits concernés par cette politique. Finalement, la production agricole globale ne s'est pas accrue. Les consommateurs ont souffert de cette situation. Ils n'ont pas consommé davantage de biens dont les prix ont été augmentés, précisément en raison de leur coût. Ils ont également été affectés par la réduction de la disponibilité des produits non touchés par les augmentations de prix.

La politique des prix n'est donc pas selon Pinstrup-Andersen, dans beaucoup de pays, l'instrument majeur. Elle est bien une composante très importante d'ajustements structurels mais elle n'est pas la composante déterminante dans les pays où les paysans sont confrontés à de nombreuses contraintes en plus de l'infrastructure généralement faible ou inexistante. Une politique des prix pratiquée dans ces conditions sans attention à ces entraves non monétaires peut même créer une situation presque aussi insoutenable qu'avant. Le Malawi qui, entre 1980 et 1982, a augmenté les prix du maïs de 67% est, pour Pinstrup-Andersen, un bon exemple. Les paysans ont augmenté leur production de maïs au détriment des autres produits. Les consommateurs n'ayant pas acheté plus de maïs, le Gouvernement, en conséquence de son monopole sur la commercialisation de ce produit, a dû racheter les surplus à des prix élevés. Des entrepôts ont dû être financés avec le budget de l'État, ce qui a provoqué une augmentation du déficit budgétaire.

Antonio Morales insiste également sur les liens entre les programmes macro-économiques et les ajustements structurels. Il confirme qu'une trop grande attention a été accordée à la fixation des prix au détriment d'autres domaines tels que la qualité des investissements publics.

En réponse à ces interventions, H.B. Junz rappelle qu'il est nécessaire de s'assurer que les canaux de transmission ne soient pas entravés. Pour ce faire, les changements structurels doivent donc être entrepris parallèlement à l'adoption des

politiques des prix. Elle précise que cette stratégie est désormais inscrite dans la formulation des recommandations. Le type de mesures engagées, la structure de l'économie sont ainsi des éléments essentiels pour l'évaluation des programmes. Par ailleurs, l'étude des alternatives éventuelles doit être aussi prise en compte dans cette estimation.

Pour sa part, Peter Heller assure que cette démarche est à vrai dire celle du FMI. Il tient à préciser que dans certains cas, la sévérité de certaines mesures peut paraître justifiée au regard des retombées sur l'ensemble de l'économie. Par exemple, des Gouvernements sont souvent tentés de privilégier la masse salariale du secteur public par le biais de subventions budgétaires, au détriment de la productivité. Face à cette option politique qui risque de peser sur le budget de la santé, des mesures de compressions des effectifs peuvent être justifiées. De même, dans des situations économiques caractérisées par une pénurie de devises et une inflation galopante, le rétablissement des domaines fiscal et monétaire s'impose. Peter Heller indique que les programmes du FMI sont dirigés en ce sens, tout en visant à éliminer les causes de ces distorsions. Si ces stratégies ont parfois des conséquences défavorables sur les groupes les plus vulnérables, Peter Heller souligne que le FMI s'efforce de prévoir avec les autorités politiques de tels effets. Des mesures pour protéger les groupes vulnérables sont alors mises en œuvre.

Conditionnalité

En fait, l'adoption de ces filets de sécurité à l'intention des plus vulnérables est saluée par Hans Genberg. A son avis, dans le même temps, il peut être opportun de réaliser des transferts de revenus en direction des détracteurs de ces réformes. Ces groupes influents sur le plan politique constituent souvent des freins majeurs aux changements. Face à cette situation, Hans Genberg suggère que les intervenants extérieurs, en premier lieu le FMI, renforcent la conditionnalité du financement du processus de réajustement à l'appui de telles mesures.

Cette proposition suscite la réaction des représentants des pays. Pour leur part, Kodjo Evlo, de l'Université de Bénin au Togo, et Véronique Lawson, Ministre de la Santé du Bénin, partagent les vues exprimées sur la conditionnalité appliquée à la réduction des dépenses du secteur de la Défense. Véronique Lawson souhaite toutefois qu'une assistance accrue soit apportée par les agences extérieures à la mise en pratique de cette conditionnalité.

Parmi les sceptiques, Katele Kalumba, du Ministère de la Santé de Zambie, rappelle que la fragilité de la transition démocratique actuelle peut inciter les Gouvernements souvent confrontés aux risques d'agitation sociale à rassurer les groupes influents tels que les Forces Armées. Cette démarche qui se traduit par quelques privilèges en faveur de tels groupes, exprime la volonté des Gouvernements de protéger le processus démocratique en cours. Elle explique parfois le niveau élevé des dépenses de la Défense. Pour Antonio Morales, les pays ont atteint la limite du supportable en matière de conditionnalité. Certaines orientations préconisées par les donateurs ne sont pas, à son avis, toujours en accord avec les priorités nationales ou avec les spécificités socioculturelles des populations. Ces expériences sont loin de le convaincre de l'efficacité de cette approche.

Hans Genberg s'explique sur le bien-fondé de la conditionnalité dans certaines situations. Des Gouvernements, confrontés à des groupes de pression motivés par leurs intérêts propres, peuvent souhaiter qu'un soutien leur soit apporté par une agence extérieure. De même, des Gouvernements conduits à maintenir des dépenses élevées dans la défense, en réaction à une tendance générale des pays voisins, peuvent solliciter une agence extérieure à l'appui d'une réduction de ces

dépenses au niveau de la sous-région. Hans Genberg note également qu'une conditionnalité peut être appliquée au profit de la santé dans les pays où ce besoin est ressenti. Ainsi, pour Hans Genberg, une conditionnalité peut être préférable à une autre pour améliorer l'efficacité de certaines prises de décisions.

Politique de lutte contre la pauvreté

L'impact des politiques de stabilisation et des ajustements sur les plus vulnérables n'apparaît pas à l'évidence. Pinstrup-Andersen relève nombre d'éléments qui témoignent du caractère erroné des généralisations. La notion même de vulnérabilité ou de pauvreté varie en milieu urbain ou rural mais également selon les spécificités socioprofessionnelles. Les structures politiques et économiques diffèrent d'un pays à l'autre. De plus, divers facteurs extérieurs, tels les conflits internes, la sécheresse, la famine ou les déplacements de populations affectent les résultats. Par exemple, la consommation de la nourriture peut être considérablement déterminée par l'un ou l'autre de ces éléments. Sur un plan global, Peter Heller note l'impact de la chute des cours mondiaux de certains produits sur l'économie de nombre de pays. En outre, les effets de la crise qui ont rendu l'ajustement nécessaire et les effets de l'ajustement lui-même, influencent les variables intermédiaires de façon pratiquement identique. Par exemple, l'impact de l'augmentation des prix sera le même, qu'il découle de la crise économique ou de l'élévation des prix à l'importation suite à une dévaluation imposée par le programme de stabilisation. L'étude des retombées sur les plus vulnérables ne s'en trouve pas facilitée.

Quant aux méthodes d'analyse pour la compréhension des phénomènes, elles sont insuffisantes. Pinstrup-Andersen rappelle ainsi qu'il n'existe pas d'études longitudinales de l'impact du revenu sur la consommation calorique chez les plus vulnérables. L'analyse comparative « avant et après » la mise en œuvre de l'ajustement dans différents pays est une source d'erreurs. Les données considérées peuvent ne pas être comparables. Les études empiriques fournies par les matrices des comptes sociaux utilisées pour élaborer des modèles de simulation sont également, à son avis, insatisfaisantes. Basées sur des informations croisées, dans la mesure où ces données sont disponibles, la fiabilité de cette méthode est limitée en raison des fortes corrélations des facteurs. Cette approche appliquée dans certains pays avec le support de l'Université Cornell de New York permet, selon Pinstrup-Andersen, d'obtenir des indications sur l'impact des changements de prix de certains biens sur leur production.

Dans ces conditions, les données obtenues doivent être interprétées avec la plus grande vigilance. Pinstrup-Andersen, en présentant ses résultats, insiste ainsi sur cette précaution préalable. Les discussions confirment la nécessité de poursuivre les recherches en vue d'affiner les méthodes employées. Par exemple, Andrew Creese, de l'OMS, propose que l'étude des dépenses publiques de santé des pays soit réalisée en fonction de leur population. Appliquée à une quinzaine de pays africains, cette méthode montre une tendance à la baisse par tête d'habitant alors que l'utilisation des pays comme unités de comparaison fait ressortir une hausse relative de ces dépenses. Cet exemple confirme l'interprétation trompeuse des généralisations. Aussi, cette suggestion, qui apporte un progrès notable dans l'analyse, est-elle saluée par Pinstrup-Andersen. De son côté, il rappelle que l'étude de ce type de dépenses en fonction du niveau de revenu par tête d'habitant des pays met en évidence les changements intervenus dans ce domaine. Par exemple, en Afrique subsaharienne, une telle analyse montre que les pays pauvres ont réduit leurs dépenses de santé alors que les plus riches les ont augmentées.

Pour Hans Genberg, la façon dont les Gouvernements distribuent les allocations aux différents secteurs est intéressante. C'est dans cette optique que, pour beaucoup de pays, la santé aurait été quelque peu protégée par rapport aux réductions intervenues dans les autres secteurs. Certains proposent d'entreprendre des analyses avec une stratification plus élaborée, basée sur des enquêtes et non sur des enregistrements. Cette méthode permettrait d'affiner les informations reçues. Elle montrerait comment les taux de mortalité ont été touchés en milieu rural et en milieu urbain. Cette analyse statistique sophistiquée aurait le mérite de faire ressortir le degré d'efficacité des changements introduits lors de la récession et au cours de la politique d'ajustement.

La collecte d'indicateurs sociaux sur une courte période permettrait de révéler les évolutions à court terme. Ces indicateurs contribueraient à sensibiliser les médias tout comme l'indice d'inflation qui, régulièrement présenté à l'opinion publique, témoigne des résultats de l'action gouvernementale.

Les informations recueillies doivent aussi faciliter une analyse non seulement des effets de la récession et des ajustements sur les conditions de vie matérielles des populations mais aussi sur leur mode de vie. Parmi les éléments susceptibles de faire l'objet de ces études, on peut citer les conséquences sur la famille de l'implication des mères dans le monde du travail, en l'absence de support d'assistance, tel que les crèches. De même, les effets de la criminalité sur les taux de mortalité et de morbidité des jeunes peuvent être étudiés dans ce cadre.

L'analyse, par ailleurs, doit pouvoir donner une estimation plus réaliste et non sous-estimée du secteur privé. Hétérogène, ce secteur inclut tant la médecine traditionnelle que des formations hospitalières de troisième niveau. Ces informations sont nécessaires hors d'une étude sur l'impact de l'évolution de ce secteur sur les plus vulnérables. Certains suggèrent d'incorporer le rôle du secteur privé et parapublic dans le financement et dans la fourniture des services de santé.

Plus généralement, des intervenants proposent la promotion des évaluations économiques des services de santé. Affectés par une augmentation de la demande causée par une détérioration de la qualité et des conditions de vie de la population, et par une réduction des dépenses, les services de santé ont doublement souffert. Parmi les variables à étudier dans ce contexte, on peut citer la composition de la demande des utilisateurs, la productivité et la qualité des services et les coûts.

Accès aux ressources productives

Sur le plan opérationnel, la lutte contre la pauvreté implique, selon Pinstrup-Andersen, la mise en œuvre d'une série de changements structurels susceptibles d'attirer dans le système productif les plus vulnérables. Il s'agit de leur permettre d'accéder aux ressources productives, à l'éducation, aux changements technologiques, à l'infrastructure rurale, aux engrais... Simultanément, il convient de repousser l'ensemble des distorsions y compris celles engendrées par l'État qui constituent autant de discriminations à leur encontre. A terme, ces mesures seront efficaces pour éliminer la pauvreté. Leurs effets bénéfiques sur ces groupes de populations sont bien connus. Pinstrup-Andersen cite les retombées de l'éducation primaire et des soins primaires bien ciblés sur l'amélioration de leur situation. Le recours aux progrès technologiques, dans le domaine agricole par exemple, est également hautement bénéfique. Reste cependant à appliquer les allocations de façon spécifique.

Les besoins essentiels des plus vulnérables dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation sont des plus contraignants. Face à l'urgence de cette situation, Pinstrup-Andersen plaide pour l'application des programmes de transferts

de revenus en leur faveur. Tout en rappelant les imperfections de ces systèmes de compensation liées à l'identification pertinentes des groupes à compenser, il précise que cette stratégie est nécessaire à court terme dans le cadre des ajustements actuels. Si les populations vulnérables en milieu urbain ont été affectées par les réformes économiques, la plus grande pauvreté reste, pour lui, en zone rurale. Cette situation crée un dilemme pour l'orientation de ces transferts de revenus. Pinstrup-Andersen justifie donc toute l'importance qu'il accorde à l'adoption de changements structurels fondamentaux dans le cadre des stratégies de développement à long terme.

Des initiatives, destinées à faciliter l'accès des plus vulnérables aux ressources productives, peuvent être promues par les pays. Pour ce faire, Véronique Lawson suggère que les femmes et les jeunes soient intégrés dans des activités diverses. Elle assure que, sous réserve d'une gestion saine, une petite quantité de ressources bien ciblées devrait suffire. Ces groupes doivent donc être sensibilisés à l'organisation du travail, à la gestion, à l'apprentissage éventuel des langues telles que le français et l'anglais. Le succès de ces opérations est aussi, à son avis, lié au contrôle et à la supervision. Elle invite ainsi les partenaires internationaux à accroître leur assistance en ce sens. Au niveau des communautés, elle attend beaucoup des micro-projets à finalité économique. Elle souhaite que des expériences pilotes à petite échelle soient réalisées afin d'étudier leur impact sur le bien-être des populations concernées et en particulier sur leur santé.

Son message réaliste sensibilise la communauté internationale aux efforts entrepris localement. Mais l'étendue des progrès qui restent à accomplir l'incite à solliciter plus que jamais une assistance accrue des partenaires internationaux. La protection des plus vulnérables contre les effets des réformes économiques est absolument légitime. La question, pour elle, est bien de savoir si les mesures courantes préconisées dans le cadre de ces ajustements sont réellement appropriées aux objectifs fixés par le pays. A ce sujet, elle plaide une fois de plus pour une meilleure prise en compte des spécificités socioculturelles de son pays.

L'information au service de la décision

Quelle que soit la méthodologie employée, l'analyse de l'impact des ajustements sur les groupes vulnérables se heurte à la faiblesse des systèmes d'information. Quasi générale, mais tout particulièrement en Afrique subsaharienne, cette situation constitue un handicap majeur. Elle ne relève pas seulement d'un défaut de méthodologies appropriées mais également d'une lacune institutionnelle. Des procédés de collecte de données fiables, permettant une saisie régulière et une mise à disposition dans les meilleurs délais, doivent donc être mis en œuvre. Ces systèmes d'information efficaces vont contribuer à éviter le recueil des « indicateurs politiques » fournis parfois par les Ministères de la Santé. Ces données tendent souvent à présenter une situation sous un meilleur jour qu'elle ne l'est réellement. C'est peut-être le cas de certains pays latino-américains pour lesquels les informations disponibles ne font pas apparaître un impact des ajustements structurels sur les indicateurs de santé. Dans beaucoup de pays, les ressources effectivement allouées aux budgets ministériels diffèrent sensiblement des montants annoncés, notamment en Afrique subsaharienne.

De plus en plus, la mise en place de systèmes fiables de collecte d'informations s'impose avec acuité. La diversification des acteurs impliqués, la remise en question du rôle traditionnel de l'État au profit d'un système de partage des coûts, l'extension du secteur privé font ressortir ce besoin absolu de disposer de données fiables. La nécessité de mettre au point des instruments analytiques performants

pour l'étude de l'impact de ces changements sur les plus vulnérables se fait clairement sentir dans de nombreux pays. La recherche de l'équité et de l'efficacité motive ces études. Ainsi en est-il du financement communautaire et de ses conséquences sur l'utilisation des services de santé. Appliquées aux revenus des familles, des études démontrent une implication réelle des systèmes de recouvrement des coûts sur le recours aux services de santé. Des données obtenues en Amérique latine et en Afrique subsaharienne, au Ghana notamment, en témoignent.

Les résultats de l'impact des systèmes de recouvrement des coûts sur l'équité et l'efficacité ne font pourtant pas l'unanimité. La poursuite des études dans ce domaine est souhaitée, tout particulièrement à l'intention des plus vulnérables.

De même, pour l'Initiative de Bamako, des analyses doivent être entreprises dans cette perspective. Sur ce sujet, les opinions divergent également. Pour certains, si les résultats de cette expérience sont encourageants, en Guinée notamment, elle n'a pas prouvé qu'elle est reproductible et durable à terme. Antonio Morales note que les coûts sociaux pourraient bien être plus élevés à l'avenir si les populations qui ne peuvent pas payer ne font plus appel aux services médicaux. Pour lui, en terme d'équité et d'efficacité, les motivations en faveur de ce système ne sont pas claires. Parmi les arguments à l'appui de cette formule, l'inexistence d'alternative pour les plus vulnérables face à la détérioration des systèmes de santé actuels est mentionnée. Abdelmajid Tibouti, de l'UNICEF, fait ainsi remarquer qu'en l'absence de données de comparaison, il est difficile de mesurer l'impact réel de cette expérience sur l'équité et sur l'efficacité. Des intervenants africains insistent pour leur part sur les aspects socioculturels liés à cette approche, en faisant prévaloir le rôle de la solidarité des groupes et de la famille élargie par rapport à la notion d'équité dans le monde occidental.

Parallèlement, l'utilisation optimale des ressources disponibles en vue de restaurer les systèmes de santé existants s'impose dans de nombreux pays. Dans cette perspective, les études coût-efficacité sont appelées à jouer un rôle essentiel pour l'obtention de soins de qualité accessibles au plus grand nombre. Il convient d'identifier les activités et les services de soins susceptibles de toucher les plus vulnérables. Certains proposent de privilégier les politiques ciblées, à l'exemple de la surveillance des femmes enceintes, de la nutrition des enfants en bas âge et de l'éducation des mères.

Dans de nombreux cas, l'allocation des ressources allouées à la santé doivent être revues pour répondre aux besoins de ces catégories de population. Confrontés aux réductions des dépenses budgétaires globales, les décideurs politiques doivent être mieux armés pour répondre à ces contraintes, tout en préservant les plus vulnérables. Il s'agit, notamment, de les aider à réaliser une réduction adéquate des dépenses courantes et des dépenses en capital. Les études au cas par cas sont, toujours dans ce contexte, tout à fait justifiées.

Pour nombre de représentants de pays aussi divers que la Mongolie, le Brésil, la Guinée Bissau ou le Bénin, cet impératif est reconnu comme une priorité. L'assistance accrue de l'OMS à la réalisation concrète de ces études au niveau des pays est sollicitée. En réponse, le docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, en clôturant cette conférence, réaffirme le soutien de l'Organisation. Des initiatives spécifiques sont adoptées en direction des pays qui en ont le plus besoin. Destinées notamment à améliorer les capacités gestionnaires et analytiques, ces activités sont désormais une préoccupation majeure pour l'OMS. Progressivement, les pays doivent ainsi acquérir les moyens propices à l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources allouées à la santé, y compris les aides multilatérales, bilatérales et les Organisations non gouvernementales.

Études de cas

Les études de cas font ressortir le caractère erroné des généralisations et la faible pertinence des prises de positions systématiques. Elles confirment que des oppositions de principe aux réformes d'assainissement économique ne sont pas justifiées. Les représentants des pays eux-mêmes ne remettent pas en cause le bien-fondé de ces mesures. Ils souhaitent cependant qu'une plus grande attention soit accordée à leur forme et à leur mise en œuvre. Ces études de cas précisent les analyses théoriques. Elles traduisent la complexité et la très grande diversité des expériences. Elles illustrent aussi les transformations internes liées à l'émergence de nouveaux dynamismes.

Fonds d'urgence sociale en Amérique latine et aux Caraïbes

L'expérience de la création des fonds d'urgence sociale en Amérique latine et aux Caraïbes au cours des politiques de stabilisation et des programmes d'ajustement est intéressante. Destinés à mobiliser des ressources supplémentaires pour les programmes sociaux et sanitaires, ces fonds ont contribué à conforter les financements dévolus au secteur de la santé. Antonio Campino montre que ces fonds ont été profitables, en raison de leur flexibilité et de leur utilisation en tant que source unique de financement des investissements. En pourcentage du volume global des ressources des Ministères de la Santé, leur rôle n'est pas aussi significatif, à l'exception de la Bolivie. Des recommandations destinées à améliorer leur impact se dégagent de cette expérience. Des critères sélectifs pour les investissements et l'évaluation des programmes doivent être établis.

A l'exemple du Venezuela, Rafael Mac Quhae, de l'Institut du Commerce Extérieur de Caracas, décrit le contexte de la création du programme spécial pour les secteurs sociaux dans son pays. Les politiques macro-économiques ont conduit à la crise enregistrée en 1989. Les effets de ces politiques sur la baisse du revenu par habitant et la détérioration des conditions de vie en général, ont été durement ressentis. La qualité des services publics a également été affectée. Les importations de produits pharmaceutiques et de matériels médicaux ont été réduites. En revanche, les ajustements structurels lancés en 1990 ont eu un impact positif sur les indicateurs économiques. Ainsi, ce programme spécial a été lancé afin de prévenir les conséquences de ces ajustements — caractérisés par la libéralisation des prix, la réduction des dépenses budgétaires et la remise en cause des subventions — sur les couches les plus pauvres. Grâce à l'assistance internationale et à des ressources internes, ces fonds ont été alloués aux différents secteurs sociaux, tels que la santé, l'éducation, la fourniture de l'eau potable et le soutien aux petites entreprises. Parmi les faiblesses de ce programme, Rafael Mac Quhae insiste sur le peu d'attention accordée au renforcement des capacités gestionnaires des personnels du secteur public. La détérioration de la qualité de ces services, à l'instar de la santé, met en évidence la nécessité de développer la formation dans ce domaine. Il s'agit ainsi de s'assurer que les ressources affectées à ce secteur sont effectivement et correctement administrées. Cette approche est essentielle à l'amélioration de la qualité des services fournis. Elle est également bénéfique à la maîtrise des mécanismes bureaucratiques pour une gestion efficace des financements extérieurs. L'expérience vénézuélienne atteste aussi que les politiques sociales doivent être perçues, non comme un recours destiné à corriger les effets des politiques économiques, mais comme une stratégie spécifique. Des relations existent à terme entre ces deux politiques.

Pour Rafael Mac Quhae, ces considérations déterminent le succès de ces fonds sociaux d'urgence ainsi que leur promotion, sur une base permanente et intégrée aux activités traditionnelles du Ministère de la Santé par le biais du fonds d'investissement social. En définitive, cette expérience prouve que dans le cadre de la mise en œuvre de ces programmes, les mesures destinées uniquement aux groupes les plus vulnérables ne sont pas suffisantes. L'évaluation de cette stratégie est d'autant plus importante actuellement que divers pays latino-américains tentent de l'appliquer. La Banque Mondiale, de son côté, souhaite encourager la mise en place de ces Fonds dans d'autres régions, particulièrement en Afrique.

Bolivie

Dans le cas de la Bolivie, Antonio Morales confirme que des progrès ont bien été obtenus dans le secteur de la santé malgré la crise. Et pour cause, les dépenses de santé publique ont été ciblées notamment vers la prévention des maladies et la nutrition à l'intention des plus vulnérables. Il souligne toutefois les problèmes d'équité et d'efficacité auxquels son pays est confronté. Les compressions d'effectifs dans la fonction publique ont accentué les transferts des personnels du secteur formel vers le secteur informel avec, pour conséquence, une forte chute de la population réellement couverte par la sécurité sociale. De plus, le système d'imposition doit être revu en raison du niveau relativement bas de la base actuelle de taxation. Cette initiative pourrait contribuer à fournir des ressources additionnelles pour la santé. L'augmentation de l'assistance internationale a contribué à compenser le niveau particulièrement bas des salaires. Antonio Morales souhaite que l'aide soit stable et régulière mais elle ne doit pas se substituer aux ressources nationales.

Eduardo Mac Lean, sous-directeur exécutif du fonds d'investissement social de La Paz, note la détérioration des ressources humaines. De plus, à la chute de la couverture sociale mentionnée par Antonio Morales estimée à 20% au cours du réajustement, il ajoute, parmi les préoccupations majeures, le pourcentage de la population qui n'a pas accès aux services de santé. Sur les 60% de la population qui bénéficient de la couverture sociale offerte théoriquement par le Ministère de la Santé, 20% n'ont pas accès à ces services parce qu'ils n'existent pas là où ils se trouvent. Compte tenu des capacités des services du secteur public ou du type de soins qu'ils fournissent, sur les 40% restants, 20% n'ont aucune couverture. Les facteurs expliquant cette situation sont l'inaccessibilité géographique, l'étendue du pays et la forte dispersion des populations rurales. Le niveau d'inflation et le système de recouvrement des coûts ont constitué une barrière à l'accessibilité économique des plus vulnérables. Les faiblesses de l'éducation sanitaire, le manque de pertinence des actions concernant ces problèmes, le discrédit des services de santé publics sont responsables du bas niveau de la couverture du ministère de la santé.

Eduardo Mac Lean constate en outre le défaut de coordination des Organisations non gouvernementales dans le cadre des activités du ministère. Fortement concentrées en milieu urbain, elles n'atteignent pas les zones rurales où vit 50% de la population. Dépendantes de fonds renouvelés d'année en année, ces Organisations non gouvernementales ne sont pas en mesure d'assurer un suivi des activités dans les meilleures conditions. Les coûts administratifs sont généralement élevés. Divers intervenants relèvent également le manque de coordination des Organisations non gouvernementales, dans leur propre pays.

Enfin, comme pour nombre de pays, il souligne également une inadéquation de l'allocation des ressources budgétaires du Ministère de la Santé. Environ 70% de

ces ressources sont allouées au secteur hospitalier. Les programmes doivent donc être davantage axés sur les soins de santé primaires. Cette stratégie appliquée dans 90 districts dispersés dans le pays s'est révélée encourageante. La couverture est passée de 20 à 60%. La part du recouvrement des coûts a augmenté dans les dépenses de santé. Dans ce modèle, non seulement la composante santé mais également les services de base et l'éducation doivent être privilégiés. Des actions telle que la participation doivent garantir le maintien du système. Pour Eduardo Mac Lean, il reste à établir un taux de recouvrement des coûts adapté aux revenus des populations et à orienter l'allocation des ressources de façon appropriée. Il confirme le niveau élevé de la coopération internationale. Pratiquement équivalente au budget du Ministère de la Santé, l'aide extérieure doit être progressivement orientée vers les investissements.

Tchad

Le rôle de l'assistance extérieure dans le financement des dépenses de santé est ainsi particulièrement souligné par divers intervenants. Ce thème fait l'objet d'une étude approfondie dans le cas du Tchad. Face à la très forte dépendance de ce pays à l'égard de cette source de financement, une solution originale est proposée. Il s'agit, pour Jean Perrot, de créer les conditions favorables à l'utilisation optimale des ressources globales destinées à la santé. Dans cette perspective, il propose que soit reconnu le processus de concession réalisé de fait, l'aide extérieure étant bien souvent amenée, dans ce pays, à se substituer à l'État. L'aide extérieure représente 80% des dépenses de santé dont 15% seulement sont réellement alloués aux investissements. Une augmentation de 10% par an de cette forme de financement est escomptée par l'État au cours de cette décennie. L'aide extérieure n'est donc pas considérée comme une substitution transitoire mais comme une complémentarité nécessaire.

La reconnaissance officielle du processus de concession clarifierait la situation et lui donnerait un cadre légal. L'État déterminerait son propre rôle et celui du concessionnaire dans le cahier des charges. Cette formule susciterait ainsi l'engagement des partenaires à moyen et long terme. L'évaluation des actions s'en trouverait facilitée. Parallèlement, le système de recouvrement des coûts pourrait permettre de soulager les structures de premier niveau. Dès lors, l'État serait en mesure de concentrer son effort sur les personnels et l'administration du système sanitaire ; quant à l'aide, elle pourrait s'orienter vers les investissements.

Pour certains, cette opération risque de créer des disparités entre les zones fortement appuyées par l'aide extérieure et les autres. En fait, il est nécessaire d'aider les pays à être plus efficaces et à utiliser leurs ressources humaines dans le développement d'un système de santé performant.

Mariam Mahamet Nour, du Ministère des Finances du Tchad, reconnaît le bien-fondé de cette proposition. Elle souhaite toutefois que des études approfondies soient réalisées à ce sujet étant donné l'enjeu délicat de cette opération liée à la santé des populations.

Elle tient à souligner les raisons de la forte dépendance de son pays à l'égard de l'aide extérieure. L'intérêt récent des bailleurs de fonds, apparu en 1982, explique, à son avis, les caractéristiques de cette aide. Dirigée à cette époque vers la réhabilitation de l'administration, la reconstruction des infrastructures et les activités d'urgence, l'aide s'est véritablement orientée vers les secteurs de développement tels que la santé et l'éducation, en 1985. En conséquence de cette dépendance extérieure, Mariam Mahamet Nour signale que les projets souvent promus par les bailleurs de fonds ne sont pas toujours tournés vers les besoins

locaux. Elle rappelle la situation spécifique de son pays où la guerre crée des conditions particulières. C'est ainsi qu'entre 1979 à 1980, l'État n'a pas été en mesure de remplir sa mission. Son engagement est désormais lié en grande partie à la qualité des ressources humaines. Le manque de formation des personnels à la gestion est notifié comme un handicap majeur. Cette opinion confirme l'analyse de nombreux intervenants à propos de leur propre pays.

Elle remarque, par ailleurs, le caractère irréaliste de l'objectif de rétablissement de l'équilibre macro-économique tel qu'il est prévu dans le Plan pour la prochaine décennie. La compression des effectifs de la Fonction Publique et de l'Armée lui semblent difficilement applicable, à cause de la fragilité de la situation militaire et du processus démocratique en cours. De même, les prévisions des dépenses de santé — 10% au cours de cette période — ne sont pas, à son avis, réalistes. Le recouvrement des coûts peut être étendu. La population est disposée à payer si elle est assurée d'obtenir, en retour, des soins de qualité. Mais, là encore, une extrapolation de ce système à l'ensemble du pays lui semble difficile à évaluer. Il convient de tenir compte de la capacité des structures de santé à faire face à ce système. Pour Mariam Mahamet Nour, cette préoccupation doit être davantage considérée. Elle suggère également que plusieurs scénarios sur les politiques possibles du pays soient prévus afin de déterminer la part du budget de l'État allouée à la santé en diverses circonstances.

Guinée

Quant au bien-fondé du système de partage des coûts évoqué par de nombreux intervenants, il est particulièrement valorisé dans l'étude du cas de la Guinée. Ulrich Camen et Guy Carrin insistent ainsi sur les contraintes auxquelles les dépenses publiques de santé sont actuellement confrontées. Parmi les caractéristiques propres à de nombreux pays, l'étroitesse de la marge de manœuvre de l'État pour augmenter ses revenus est démontrée. La simulation appliquée aux politiques macro-économiques fait apparaître les potentialités d'intervention des partenaires. Il s'agit en l'occurrence d'assurer le financement de la réforme des hôpitaux de districts dans les meilleures conditions.

Ousmane Bangoura, Secrétaire général du Ministère de la Santé, justifie l'application du système de partage des coûts au niveau hospitalier. Cette stratégie a déjà permis de soutenir la généralisation des soins de santé primaires. Désormais, 70% de la population est couverte. Ces résultats ont été obtenus grâce au financement communautaire. L'expérience guinéenne dans ce domaine atteste la nécessité d'impliquer les populations dans la gestion et de veiller à la transparence des comptes.

D'une façon générale, le secteur de la santé a souffert des réajustements. Lancées en 1985, les réformes économiques ont pesé sur les importations de médicaments. L'augmentation des prix et la réduction des dépenses ont affecté la réforme des hôpitaux entamée à cette époque. Ousmane Bangoura reconnaît aussi parmi les facteurs de détérioration du système sanitaire la mauvaise gestion et les stratégies de santé inappropriées. Cette étude de cas est ainsi très révélatrice de la situation qui prévaut dans la plupart des pays africains. Elle traduit également l'importance accordée par nombre de Gouvernements au maintien de la masse salariale au détriment des autres dépenses. Les pressions auxquelles sont soumis les Gouvernements sur ce plan sont significatives. Il s'agit de la réduction des dépenses sociales dans le cadre des ajustements, face à la demande pour un personnel de santé plus important.

Pour contourner cette difficulté, un plan de redéploiement du personnel est mis en place. Parallèlement, la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, doit être renforcée. Pour le Secrétaire général du Ministère de la Santé, cette formule est parfaitement appropriée. Toutefois, afin de préserver l'équité, l'évolution des coûts doit faire l'objet d'une vigilance sans faille. Dans ce but, des solutions destinées à régulariser les prix des médicaments à long terme peuvent être mises en place. De même, des études complémentaires sur les conditions du maintien du fonds d'investissement pour l'achat des médicaments, doivent être entreprises. Parmi les voies à explorer en vue de dégager des ressources supplémentaires pour la santé, la création d'un fonds pour la santé pourrait constituer, à son avis, une source stable soutenue par l'allocation de certains impôts.

Comme pour beaucoup d'autres pays, Ousmane Bangoura reconnaît la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé et le contrôle des coûts. Il insiste sur le caractère fondamental de ce défi dans le cadre du partage des coûts. Dans cet objectif, il recommande que les études de mise au point d'un système de sécurité sociale soient approfondies.

Enfin, l'expérience de son pays l'incite à confirmer le rôle de l'OMS en tant que promoteur de la santé auprès des Gouvernements et des bailleurs de fonds. Son implication dans la mobilisation et la coordination des ressources allouées à ce secteur est ainsi pleinement justifiée. Il en veut pour exemple le soutien apporté par l'Organisation à la négociation entre la Coopération française et les autorités sanitaires de son pays. Sa participation aux discussions sur le projet de nutrition financé par la Banque Mondiale s'est révélée très efficace. A l'échelon des pays, son appui à l'amélioration des capacités analytiques de gestion des services de santé doit être, à son avis, développé.

Guinée Bissau

Le cas de la Guinée Bissau illustre également le rôle de l'aide extérieure dans le financement de la santé. Là encore, cette forme de financement assure 80% des dépenses de santé. Kodjo Evlo souligne à son tour l'intérêt du système de partage des coûts. La participation de la population au financement et à l'organisation du secteur sanitaire est encouragée.

Francisco Da Costa, Directeur général de l'Institut National des Statistiques de Bissau, fournit des arguments en ce sens. La mise en pratique de ce système correspond à un besoin. Elle n'est cependant pas aisée en raison, notamment, des répercussions de la dévaluation de la monnaie sur les modes de financement. Des données récentes montrent qu'une famille dépense 1 US$ par semaine contre 2 à 3 US$ avant la dévaluation. Ce chiffre pourrait tomber encore plus bas. Parmi les autres conséquences, il note que le salaire des médecins est passé de 320 US$ en 1981 à 50 US$ après cette dépréciation monétaire. La non convertibilité de la monnaie est une préoccupation fondamentale pour les autorités sanitaires de ce pays. En outre, le système *abota* de financement communautaire pourrait, à son avis, se trouver confronté à quelques difficultés liées à l'évolution politique de son pays et à l'avènement du multipartisme. Cette crainte le renforce dans sa conviction en faveur d'un partage organisé des coûts.

Francisco Da Costa approuve la suggestion d'un intervenant pour la réalisation d'études d'évaluation des programmes d'ajustement à l'issue de chaque phase. Il rappelle que la dépréciation de la monnaie a des conséquences sociales dont il faut tenir compte dans cette estimation. Plus généralement, il en est de même des effets sociaux apparus avec la mise en œuvre de ces programmes. Certains intervenants souhaitent une assistance accrue à la réalisation de ces études.

Malawi

Le cas du Malawi montre l'impact des réformes économiques sur le secteur de la santé, comme pour nombre de pays présentés. En l'occurrence, il s'agit de redynamiser le secteur agricole ; parmi ces mesures, la libéralisation des prix et la remise en cause des subventions. Si cette politique a bénéficié aux paysans disposant de terres et de divers moyens de production, elle s'est traduite, pour beaucoup de familles, par une réelle baisse de revenu. Cette étude illustre les liens directs entre les politiques agricoles et le secteur de la santé par le biais de la nutrition et leurs liens indirects par le biais des revenus.

Le cas du Malawi révèle aussi de fortes disparités dans l'allocation des financements à la santé. Alors que plus de 89% de la population vit en zone rurale, seulement 14% des ressources publiques sont allouées aux unités périphériques de santé. Pour Ellias Ngalande Banda, il n'est cependant pas facile de réaliser un transfert de ces ressources des hôpitaux principaux aux régions périphériques.

Frank Mwambaghi, du Ministère de la Santé du Malawi, précise que de tels transferts sont prévus dans le Plan National de Santé pour la décennie 1986-1995. Une croissance du budget global du ministère de 10% en valeur nominale est escomptée à l'issue de cette période. Parmi les priorités, il cite le contrôle des naissances qui a déjà donné des résultats encourageants. Cette stratégie est importante en raison du doublement de la population attendu pour 2015.

Mali

Le cas du Mali illustre les caractéristiques de l'allocation de l'aide extérieure dans ce pays. Essentiellement orientée vers les investissements importants tels les barrages hydroélectriques et les infrastructures, cette forme de financement a peu profité au secteur agricole. Environ 80% de la population vit pourtant de l'agriculture. Alors même que ce secteur était confronté à la sécheresse, l'Administration augmentait ses effectifs de 50% entre 1974 et 1982. Parmi les exemples d'orientation de l'aide qui suscitent une réflexion particulière, Joseph Brunet-Jailly cite le projet de renforcement du système sanitaire promu par la Banque Mondiale. A son avis, l'autofinancement des cent centres de santé périphériques, dont la création est prévue dans ce programme, n'est pas réaliste. De même, la remise en cause du monopole de la centrale nationale d'approvisionnement n'est pas justifiée, particulièrement en ce qui concerne la distribution des médicaments essentiels en milieu périphérique. Cette présentation très détaillée illustre les difficultés auxquelles se heurtent les bailleurs de fonds pour définir des projets adaptés aux besoins réels des populations.

Amadou Koita, du Ministère de la Santé, reconnaît le caractère irréaliste de certains objectifs de ce programme. Il note aussi que l'État n'était pas en mesure de consacrer 6% de son budget en 1990 au secteur sanitaire comme attendu dans la Déclaration Nationale de Santé, le pourcentage réel étant de 3,25% cette même année. La promotion de nombre d'activités prévues dans ce programme nécessite bien souvent une meilleure prise en compte des aspects socioculturels des différents groupes ethniques. La première phase du programme n'a pu être correctement évaluée. Cette analyse aurait permis de dégager des conclusions pour l'avenir.

Il précise par ailleurs les éléments qui ont affecté le développement économique parmi lesquels la chute brutale des prix à l'exportation des produits agricoles. Cette situation s'est concrétisée par le niveau d'endettement élevé en 1970. Le laxisme de la gestion a contribué à accentuer les conséquences négatives

de ce phénomène d'endettement sur l'ensemble de l'économie. Le secteur de la santé n'a pas été épargné dans ce contexte. Entre 1986 et 1992, huit ministres se sont succédé dont quatre pendant la période de transition en 1991. Amadou Koita espère que le nouveau Gouvernement démocratique élu en juin dernier créera les conditions favorables au redressement du pays. La mise en place d'un système sanitaire efficace devrait ainsi bénéficier d'une nouvelle impulsion, dans la mesure où, jusqu'à présent, peu d'efforts semblent avoir été véritablement orientés en ce sens. Parmi les priorités de cette politique de santé, il suggère la création d'un cadre légal et régulateur tel un code de la santé et un code de distribution des ressources susceptibles de définir les règles de la gestion du système en général, notamment des ressources humaines.

Népal

Cette étude de cas analyse le financement public et privé de la santé à moyen terme. L'utilisation d'un modèle de simulation montre comment ces ressources pourraient être affectées par les changements macro-économiques. Cette technique permet de faire ressortir les composantes les plus sensibles, de simuler ces changements et leur implication à terme.

Les interprétations de cette simulation sont facilitées par les résultats d'une étude sur les dépenses globales de santé réalisées en 1984. Les données collectées dégagent les caractéristiques de ces dépenses. Elles illustrent aussi leurs effets sur l'équité en fonction de leur origine. La part prépondérante des impôts indirects dans les dépenses publiques traduit ainsi l'impact de ce mode de financement sur l'équité. Ces impôts sont généralement supportés par les plus pauvres. Quant aux dépenses privées, elles attestent la nécessité de promouvoir les politiques destinées à réduire les prix des médicaments. La place importante de ces produits dans ce type de dépenses est significative. Les dépenses privées sont deux fois plus élevées que les dépenses publiques dans le total des ressources de la santé. Dans ce pays, également, la part de l'aide extérieure confirme la dépendance de cette forme de financement. Ces informations ont contribué à dresser un tableau du financement de la santé.

Bal Gopal Baidya, de la Commission de la Planification du Népal et responsable des services sociaux, estime que le modèle de simulation reflète la réalité. Il note toutefois que les sources de financements ne doivent pas être exactes en raison de quelques erreurs d'estimation. Il convient, à son avis, de tenir compte dans les dépenses publiques des dépenses allouées à la santé par les autres ministères. Elles représenteraient environ 50% des dépenses présentées dans cette étude. En outre, les dépenses des Organisations non gouvernementales ne sont pas prises en compte. Elles sont évaluées à près de 25% des dépenses courantes du Ministère de la Santé. Quant aux ressources extérieures, certaines d'entre elles n'apparaissent pas directement dans le budget gouvernemental. Il en est ainsi de l'assistance technique qui peut représenter une grande part des ressources extérieures. Les dépenses privées ne sont pas non plus annoncées de façon adéquate. En fin de compte, les dépenses affichées dans cette étude n'atteignent pas les deux tiers du total réel.

Bal Gopal Baidya estime que les simulations devraient également comprendre les caractéristiques de la planification. En tant que membre de la Commission qui a participé à la préparation du 8ème Plan, il assure que les implications de ce scénario à terme seraient, pour lui, d'un grand intérêt. Il souhaite aussi que cette technique lui permette de connaître la tendance optimale de l'allocation des ressources au secteur de la santé. Les fluctuations macro-économiques et leurs implications pourraient également être étudiées d'un point de vue historique.

Conclusion

Ces discussions confirment le rôle de la macro-économie dans les politiques de santé. Elles attestent la volonté de l'ensemble des partenaires au développement d'accorder plus d'attention, dans l'élaboration des programmes sanitaires, aux mécanismes de fonctionnement des économies nationales et aux spécificités socioculturelles des pays concernés. Les décideurs politiques de ces pays doivent ainsi être en mesure d'évaluer l'impact de certaines options macro-économiques sur le secteur de la santé. La nécessité de promouvoir ce secteur comme une composante essentielle de l'investissement économique est largement reconnue. Dans cette perspective, les études au cas par cas s'imposent. L'OMS renforce ses capacités à répondre aux besoins des pays dans ces domaines économiques. La démarche qui vise à sensibiliser la communauté internationale et les décideurs politiques aux retombées de leurs options macro-économiques sur le secteur de la santé, s'inscrit dans cette approche. Cette conférence internationale, tenue à son initiative, confirme la volonté de l'Organisation de venir en aide aux populations les plus vulnérables.

Créée à l'initiative de l'**Université des Réseaux d'Expression Française**, la collection *Universités francophones* s'insère, depuis 1988, dans le paysage éditorial international. L'**UREF** met ainsi à la disposition des étudiants et des chercheurs des ouvrages de haute qualité scientifique.
Rédigés par des équipes à caractère multilatéral, manuels, monographies et actes de colloques abordent des problématiques intéressant l'ensemble du monde francophone. En outre, ils s'adaptent, grâce à une politique de prix particulière, à ses différentes réalités économiques : autant de conditions contribuant à la reconnaissance et au succès de la collection.

140,00 FF
30,00 FF – UREF / Prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti

59.4575.1
9 782909 455273
AUPELF UREF
ESTEM
Organisation mondiale de la Santé
Genève