

**ENVIRONNEMENT
MACRO-ÉCONOMIQUE
ET SANTÉ**
avec études de cas
dans les pays
les plus démunis



AS

actualité scientifique



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.**



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-ils 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 <i>G. Carrin, M. Jancloes et S. Ibi Ajayi</i>	p. 1

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

Chapitre 1 Santé et croissance économique : théorie, réalité et politique <i>J. R. Behrman</i>	p. 17
Chapitre 2. Ajustement macro-économique et secteur de la santé : revue de la littérature <i>H. Genberg</i>	p. 51
Chapitre 3. Crises économiques et réformes de politique économique durant les années 80 et leur impact sur les pauvres <i>P. Pinstrup-Andersen</i>	p. 69

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 <i>A.C.C. Campino</i>	p. 99
Chapitre 5 L'ajustement macro-économique et son impact sur le secteur de la santé en Bolivie <i>J.A. Morales</i>	p. 115
Chapitre 6 La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad <i>J. Perrot</i>	p. 135

Chapitre 7 Environnement macro-économique et politique de la santé en Guinée	p. 153
<i>U. Camen, G. Carrin</i>	
Chapitre 8 Les changements macro-économiques et le secteur de la santé en Guinée-Bissau	p. 181
<i>K. Evlo</i>	
Chapitre 9 Le développement macro-économique et le secteur de la santé au Malawi	p. 193
<i>E.E. Ngalande Banda</i>	
Chapitre 10 L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé au Mali	p. 219
<i>J. Brunet-Jailly</i>	
Chapitre 11 Macro-économie et financement de la santé au Népal : une perspective à moyen terme	p. 249
<i>S. Acharya, G. Carrin, A. Herrin</i>	
Résumé des interventions	p. 275
<i>T. Lethu</i>	

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 Gaidon 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. Francisco 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

préservé 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'efficacité, 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 Pinstруп-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. Pinstруп-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.

Pinstруп-Andersen montre aussi que, bien que la tendance globale à long terme de la mortalité infantile ait 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. Pinstруп-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 efficacité 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 décliné 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 des 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.