

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 Région¹. 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		Paielements des facteurs		Comptes	
Variables macro-économiques		Impact sur la santé		Variables macro-économiques		Impact sur la santé	
C	↓	Cp pour la santé	↓	W	↓	Contributions de sécurité sociale	↓
		Impôts indirects				Impôts directs	↓
I	↓	Ip sur la santé	↓	Intérêt		?	
G	↓	Ig dans la santé	↓	Bénéfices	↓	Impôts directs	↓
		Cg dans la santé	↓				
↑							
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 interdite 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.

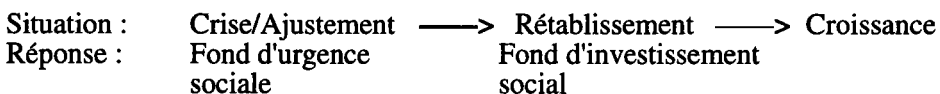
3. Les fonds d'urgence sociale comme sources possibles de ressources additionnelles pour le secteur de la santé

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 :



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'allègement 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 allouées 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	Santé Santé et alimentation
Costa Rica	3,19	24,02	13,2	
	6,37	24,02	26,5	
Guatemala	ND	95,3		Jusqu'en décembre 1990 Santé et alimentation
Honduras	6,8	19,65	34,7	
Jamaïque	25,7	67,0	38,3	Fonds social d'investissement d'urgence : infrastructure sociale et nutrition Programme social d'urgence : soins de santé primaires et nutrition
Nicaragua	1,15	14,8	7,8	
	44,8	80,8	55,4	
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'efficacité et l'efficacé 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 desarrollo social. In : *Seminario Internacional sobre Fondos de Desarrollo 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 population¹. 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 eut 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

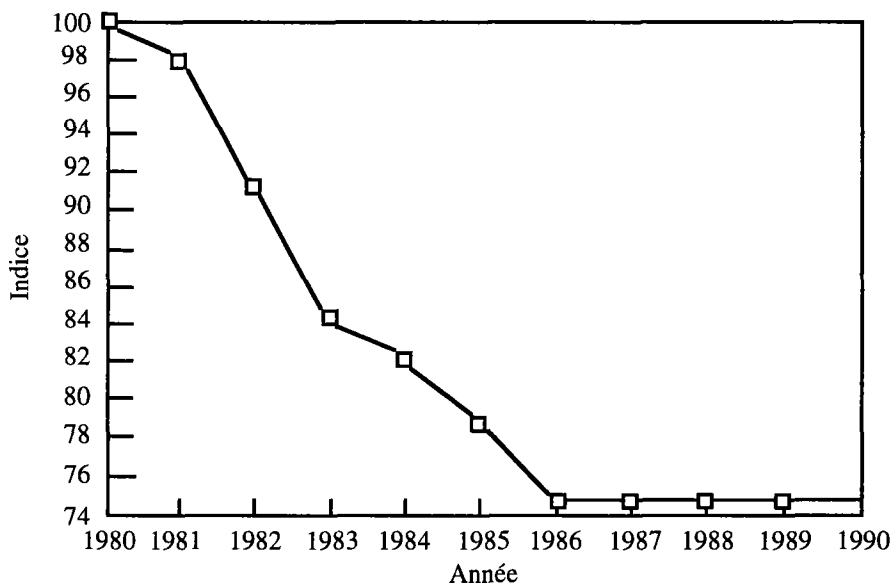
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
<i>Taux de croissance annuels (%)</i>										
Produit intérieur Brut	0,9	-4,4	-4,5	-0,6	-1,0	-2,5	2,6	3,0	2,7	2,6
Agriculture	-0,9	6,9	-17,2	19,0	7,7	-3,5	3,5	2,4	-1,5	-1,5
Mines	3,1	-7,8	-9,2	-18,7	-18,6	-26,5	1,5	41,0	25,3	13,4
Hydrocarbures	5,1	5,7	-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
<i>Indices (1980=100)</i>										
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
<i>Ratios (%)</i>										
Investiss. 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
Dettes ext. : PIB	65,2	78,9	102,4	117,6	116,2	112,0	116,8	103,9	84,9	90,0
<i>Autres indicateurs (en millions de US\$)</i>										
Exportation de biens et services	1000	904	852	807	722	705	653	673	868	956
Dettes extérieures	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 surprenants¹. 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 inexistant 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 brut¹. 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 1991². 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
Revenu 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 déclinèrent 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 globale¹. 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 santé¹. 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

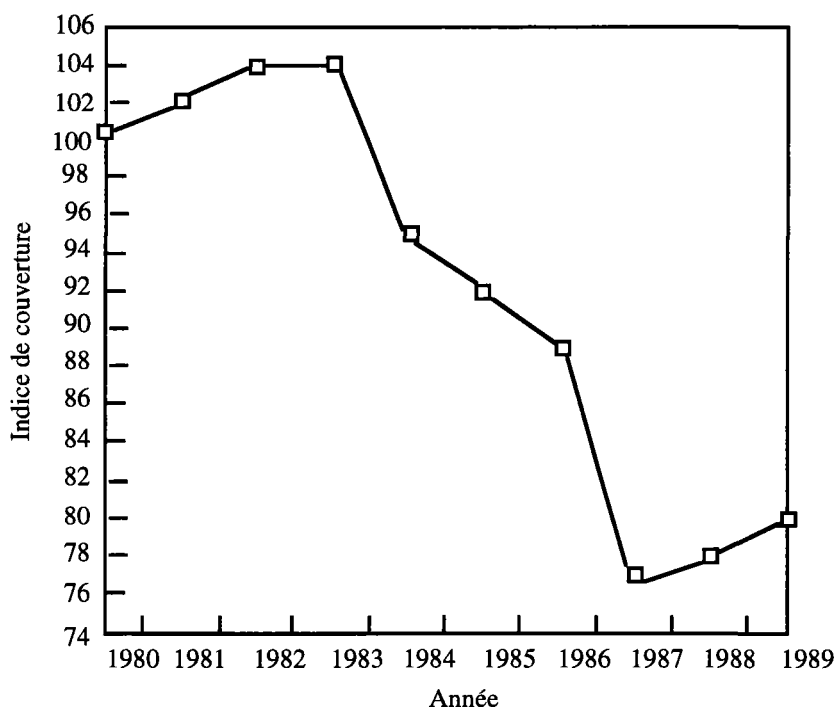
pouvoirs des différents syndicats du secteur public : des fonds supplémentaires alloués aux institutions de santé constituaient souvent des bonus obtenus par les syndicats auprès des employeurs des entreprises publiques.

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 bolívianos (la monnaie bolivienne) les sommes payées étant affectées aux dépenses sociales¹.

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 bolívianos 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., éd., *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.
- Bolivia, Banque Centrale (1991) *Boletín Estadístico* [Bulletin Statistique], No. 269, La Paz.
- Bolivia, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (1989) *Bolivia : Situación de la Salud y sus Tendencias* [Bolivia : Situation de la Santé et ses Tendances].
- Bolivia, Ministère du Plan (1989) *Estrategia de Desarrollo Económico y Social 1989-2000* [Stratégie de développement économique et social 1989-2000], La Paz.
- Bolivia, 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., éd., *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) *Desarrollo y Pobreza en Bolivia* [Développement et pauvreté en Bolivie], La Paz, UNICEF.
- Morales, R. & Rocabado, F. (1988) *Los Grupos Vulnerables en las Economías en Desarrollo : 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 santé¹. 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 extérieure² 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 km² 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'à 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 demande¹. 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 supposons 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 supposons :

- 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 supposons 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