

Chapitre 10

L'AJUSTEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU MALI

J. Brunet-Jailly

*Directeur de recherches à l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le
Développement en Coopération et Institut National de Recherches en Santé
Publique, Bamako, Mali*

Introduction

Il y a bien longtemps qu'on ne parle plus de développement : on utilise encore le sigle PVD, mais certains pays en voie de développement sont devenus des « tigres », ou des NPI (« nouveaux pays industrialisés »), d'autres sont appelés PMA (« pays les moins avancés »), et l'on nous propose aujourd'hui « pays dans le plus grand besoin » ou « pays les plus démunis ». De fait, dans les années 50 et 60, on pensait en termes de croissance et de développement, mais sans regarder les chiffres ; à la fin des années 60 et dans les années 70, on s'est mis à parler de « besoins essentiels » (Stein & Nafziger, 1991), mais sans aller jusqu'à reconsidérer les priorités effectives des politiques choisies, financées et suivies ; aujourd'hui, chacun parle « d'ajustement structurel », et ceux qui conçoivent ou financent des politiques de ce type, proclament qu'ils n'ont — parole d'honneur ! — que des objectifs sociaux, tels que l'allègement de la pauvreté, l'équité, la santé, l'éducation... L'idée d'ajustement ne soulève plus autant d'inquiétudes pathétiques qu'il y a dix ans, lorsqu'on prétendait en étudier les effets à peine apparus dans des pays en général bien mieux lotis que ceux de l'Afrique au Sud du Sahara ; on s'est contenté d'en appeler à un « ajustement à visage humain », sans en définir les modalités (Cornia *et al.*, 1987). Mais s'est-on vraiment préoccupé, cette fois-ci, de l'origine des maux dont souffrent ces pays pauvres ?

La question que nous voulons examiner ici est donc la suivante : l'évolution de l'état de santé et celle du système de santé, au Mali, ont-elle quelque chose à voir avec l'évolution macro-économique à moyen terme et avec l'ajustement structurel ? Certains ont déjà répondu sans hésitation. Noyant quelques rares faits dans une fresque tragique qui situe l'exploitation du Sud par le Nord dans le prolongement de la domination coloniale, ils citent ce pays et sa population comme victimes de la politique imposée par les experts du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale (Kanji *et al.*, 1991). On aura compris que nous n'avons pas été convaincu. Mais pourquoi ? C'est ce qu'il faut expliquer maintenant.

L'analyse détaillée du cas particulier qui nous intéresse sera menée selon le plan suivant : dans une première section, l'évolution économique générale sur deux décennies sera décrite à grands traits ; dans une seconde section, on rassemblera les éléments caractéristiques de l'évolution de l'état de santé, du système de santé et du financement de la santé ; dans une troisième section, on s'interrogera sur le contenu

de l'ajustement structurel et sur ses effets dans le secteur de la santé. Les conclusions seront établies à chaque étape, mais on en tirera à la fin du texte quelques conséquences générales.

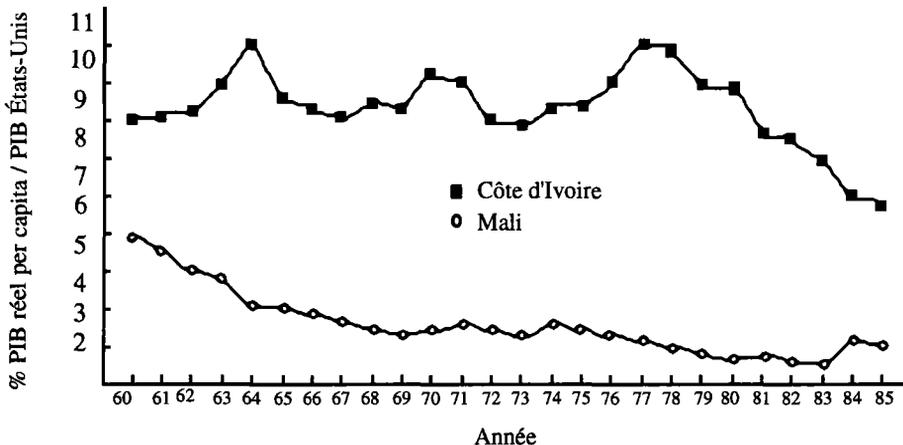
1. Évolution économique générale

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde : d'après les comptes nationaux tenus par les organisations internationales, son PNB per capita, estimé à 180 US\$ en 1986, est le centième de celui de la Suisse ou des États-Unis, le dixième de celui du Brésil ou du Mexique (Banque Mondiale, 1988a) ; d'après les travaux fondés sur la notion de parité des pouvoirs d'achat — dont on sait qu'ils réduisent, en corrigeant l'erreur provenant de l'emploi des taux de change, les écarts de niveau de vie entre pays par rapport aux mesures courantes (Kravis, 1984) — le produit intérieur brut (PIB) per capita du Mali atteint 3% de celui des États-Unis en 1985 (Summers & Heston, 1988, Tableau 23).

1.1. Évolution du produit per capita

C'est aussi un pays qui, relativement à l'évolution que connaissent les pays riches, s'appauvrit au fil des ans : d'après les évaluations en parité de pouvoir d'achat, son produit intérieur brut (PIB) per capita est continûment plus faible, depuis 1964, que ce qu'il était dans les années 1960 à 1963, et la proportion qu'il représente du PIB per capita des États-Unis a diminué de moitié (elle était de 5,77% en 1960, elle n'est plus que de 2,81% en 1983 ; c'est, on le verra plus loin, l'aide extérieure qui lui a permis d'atteindre 3,21% en 1984, (Summers & Heston, 1988, Tableau 23). Le graphique ci-dessous illustre cette évolution et la compare à celle qu'a connue la Côte-d'Ivoire.

Figure 1. PIB réel par tête en % de celui des États-Unis



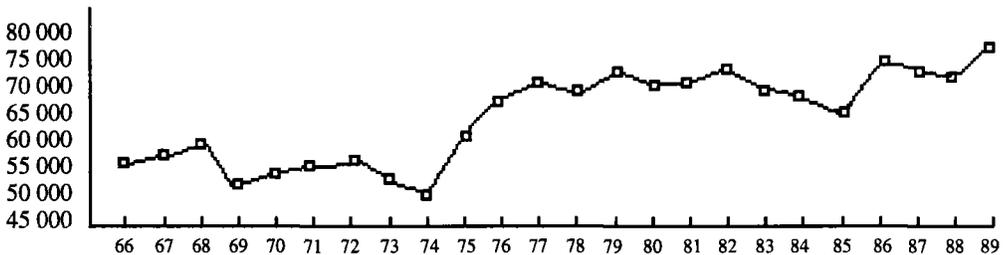
Source : Summers et Heston (1988), Tableaux 17 et 23.

PIB : produit intérieur brut.

Cela ne signifie pas qu'aucune croissance ne se soit produite dans ce pays. Au contraire, pour autant que nous puissions en juger à travers les séries qui tiennent lieu de comptes nationaux (et qui n'en sont que d'assez grossières approximations, étant donné l'état de l'information statistique dans le pays même), le produit

national brut per capita (en FCFA 1987) a augmenté de près de 50% entre les années 1966-1968 et les années 1986-1988, passant d'environ 55 000 à 75 000 FCFA, comme on le voit sur le graphique ci-dessous. Ce graphique montre bien la stagnation de la fin des années 60 et du début des années 70, jusqu'à la crise provoquée par la première grande sécheresse en 1973-74 ; puis une reprise extrêmement rapide dans les années 1975-1977, bientôt suivie d'une croissance très modeste jusqu'à la nouvelle crise des années 1983-1985 ; pour les années récentes, 1986 a été très bonne, les deux suivantes n'ont pas été meilleures, mais 1989 ont marqué l'une et l'autre un nouveau progrès.

Figure 2. Produit national brut per capita en FCFA 1987



Source : Banque Mondiale (1987a), pp. 284-285 ; Banque Mondiale (1991a), pp. 388-389.

Cette lecture du graphique met en avant l'évolution de la production agricole : en effet, il ne faut pas oublier que l'agriculture, qui représentait exactement les deux tiers du produit intérieur brut au coût des facteurs à la fin des années 1960, atteint encore 64% en 1982 (Banque Mondiale, 1987a, p. 285), dernière bonne année avant la nouvelle crise agricole et première année des plans d'ajustement structurel. Rappelons au passage que le Mali n'a guère d'autres ressources (Ba, 1990) et qu'il n'utilise que la moitié de ses terres irrigables (Harrison, 1990).

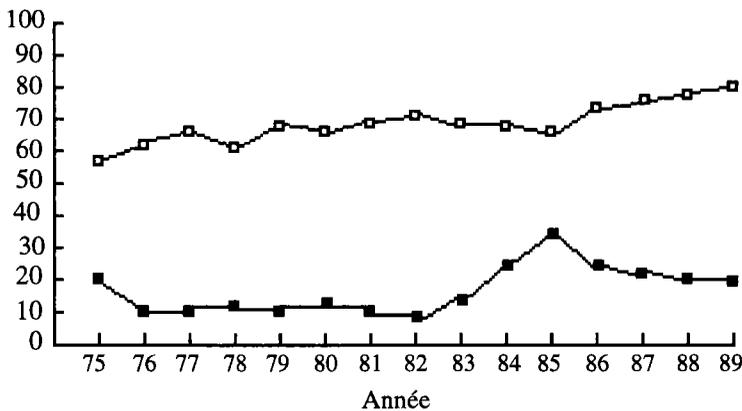
1.2. Évolution de l'aide

Le Mali est un pays qui bénéficie depuis longtemps d'une aide extérieure très importante. Dès les toutes premières années de l'indépendance, l'U.R.S.S. et la Chine se sont empressées : entre 1960 et 1967, la première a prêté environ 36 milliards de FCFA et la seconde pas moins de 16 milliards (Touré, 1989) ; en comparaison, à cette époque, les prêts du Trésor français (3 milliards) ou de l'USAID (1,4 milliard) paraissent purement symboliques. Dès 1968, ces premières sources se tarissent, et le relais est pris par l'Association de Développement International (IDA) : ce sont les projets chemins de fer I, II et III, les projets routiers I et II, le projet éducation I, des projets concernant divers offices de développement régional, l'élevage à Mopti, la zone cotonnière et la Compagnie Malienne de Développement Textile (CMDT). Cette période dure jusqu'en 1976, année au cours de laquelle les aides se diversifient : la France réapparaît (par l'intermédiaire de la Caisse Centrale de Coopération Économique), divers États arabes (Koweït, Qatar, Abu Dhabi) financent le barrage de Sélingué, puis à partir de 1980, la route Sévaré-Gao (environ 30 milliards de FCFA) ; puis, à partir de 1982, la participation malienne à l'Office pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (au total les deux barrages de Sélingué et Manantali ont dû coûter environ 70 milliards de FCFA (Banque Mondiale, 1986a, § 32, p. 39). Le FMI intervient

pour la première fois en 1978 mais, substantiellement, à hauteur de 10 milliards de FCFA.

Comme on le voit sur le graphique ci-après, l'aide publique au développement représente une part très importante du produit national brut : jamais inférieure à 10% au cours de la période considérée, elle atteint 32% en 1984 (Banque Mondiale, 1986b, p. 238), 34,9% en 1985 (Banque Mondiale, 1987b, p. 274), ce qui est le record mondial absolu pour chacune de ces deux années, et 22,7% en 1986 (Banque Mondiale, 1988a, p. 298). D'une certaine façon, l'aide a atténué les effets des deux grandes crises agricoles en ce sens que la terrible sécheresse de 1974 a permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur les immenses difficultés de ce pays.

Figure 3. PNB per capita et aide en % du PNB



Source : Banque Mondiale (1991a).

Carrés blancs : PNB par habitant en milliers de FCFA.

Carrés noirs : aide en % du PNB.

1.3. Utilisation de l'aide

Manifestement, ces aides ont créé plus de problèmes qu'elles n'en ont résolus. Comme le reconnaissent depuis quelques années les documents rédigés à l'occasion du réajustement structurel, la gabegie dans la gestion des ressources publiques, qui n'était évidemment ignorée d'aucun responsable national ni d'aucun expert international, a été masquée à partir de la sécheresse de 1972-73, par l'accroissement rapide des flux d'aide extérieure. En outre, la bonne entente des généreux donateurs et des autorités nationales en ce qui concerne l'utilisation de l'aide a eu pour conséquence, par exemple, que la part des dépenses de développement allouée aux secteurs directement productifs est tombée de 46% en 1981 à 29% en 1985 (pour l'agriculture seule, de 33% à 23%, mais les opérations de développement rural étaient particulièrement mal gérées [Ba, 1990, p. 33]). Au cours de cette période, les trois quarts de l'accroissement des dépenses de développement financées de l'étranger ont été consacrés à trois grands projets d'infrastructure (le barrage de Sélingué, la route Sévaré-Gao et le barrage de Manantali) dont on savait d'avance qu'ils auraient tous trois un taux de rentabilité très faible (Banque Mondiale, 1986a, § 32).

Au total, la répartition sectorielle de l'encours de la dette fin 1987 (Ministère des Finances et du Commerce — Ministère du Plan, 1991, pp. 6-7) montre que

l'agriculture n'est concernée que pour moins de 10%, l'éducation et la santé confondus pour 5,5%, l'industrie pour 17%, les transports et télécommunications pour 17% également, les autres secteurs pour 13% ; tout le reste, soit 37%, a servi à équilibrer la balance des paiements et à restructurer, c'est-à-dire en gros à payer la note d'une mauvaise gestion endémique mais bien tolérée.

1.4. Croissance de la fonction publique

1.4.1. Essor de la bureaucratie

Dans ce pays dont l'économie dépend d'une agriculture extrêmement fragile ou de l'aide extérieure, les trois premières décennies de l'indépendance ont essentiellement été consacrées à la création d'une bureaucratie publique qui, bénéficiant de la confusion héritée de l'Est, entre parti et Gouvernement, s'est employée de plus en plus ouvertement à gérer à son profit l'aide extérieure à laquelle elle a, à la différence des paysans, un accès direct.

Considérons d'abord les effectifs des agents de l'État. Voici leur évolution depuis 1961 :

Tableau 1. Évolution du secteur des fonctionnaires, Mali, 1961-87

Année	Fonctionnaires	Conventionnaires	Total
1961	4 982	5 552	10 354
1964	9 110	8 432	17 542
1970	13 425	13 212	26 637
1975	18 078	13 705	31 783
1979	28 385	14 338	42 723
1983	35 193	13 923	49 116
1987	35 388	17 165	52 553

Source : Dao (1987), p. 9, pour les années 1961 à 1983, et Fonds Monétaire International (1988), p. 66 pour 1987.

Ces chiffres, provenant de sources que l'on pouvait croire bien informées, ne sont cependant pas les seuls que l'on cite. Ainsi, le fichier du Bureau central de la Solde ne comptait, au 1er mai 1990, comme agents émargeant au budget de l'État, que 42 387 personnes (Ministère des Finances et du Commerce, 1990). Cela peut éventuellement s'expliquer par les détachements de fonctionnaires dans les entreprises du secteur public qui accordaient de meilleurs salaires et beaucoup d'avantages accessoires ; mais, à l'issue du détachement, ces agents viendront faire valoir leurs droits dans leur administration d'origine ; il existe aussi, par exemple dans l'enseignement, un nombre appréciable de fonctionnaires (environ 5%) régulièrement inscrits sur les états de salaires mais totalement inconnus des services où ils sont censés travailler. Comme d'autres, ils participent à la répartition, mais pas à la production.

Le nombre des employés de l'État (fonctionnaires et conventionnaires) a donc été multiplié par trois entre l'indépendance et l'année de la première grande crise agricole. Entre les deux crises agricoles, le nombre des fonctionnaires stricto sensu a doublé, et le nombre total des employés de l'État a augmenté de plus de la moitié. Et depuis lors, si la croissance du nombre de fonctionnaires est arrêtée, celle des conventionnaires a repris. C'est dans ce contexte qu'il faut situer la politique de réduction de la taille de l'administration : pour les années 1990-1992, le nombre des agents de l'État figurant au fichier du Bureau central de la Solde devait passer de 40 000 au 31 mars 1991 à 36 000 au 31 mars 1992 et à 34 000 au 31 décembre

1992 (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 6), ce qui correspond à une réduction d'effectif de 8 500 environ (soit 20% de l'effectif initial). Il n'est cependant pas sûr que ces objectifs soient atteints : une première vague de départs volontaires a eu lieu en juillet 1991, concernant 699 fonctionnaires et 325 conventionnaires, et une seconde vague était prévue pour la fin 91 (environ 1 600 conventionnaires ayant échoué aux examens professionnels et 300 fonctionnaires (Association Internationale pour le Développement, 1991, pp. 2-3) ; mais il semblerait qu'il n'y ait plus beaucoup de volontaires depuis que les petits salaires ont été réévalués par l'indemnité spéciale de solidarité instituée au 1er juillet 1991, et depuis que les salaires sont payés régulièrement en fin de mois.

1.4.2. Entretien de la bureaucratie

Comment sont nourris ces agents de l'État ? Plaçons-nous dans le contexte : il est notoire que le coût du travail est exceptionnellement élevé en Afrique francophone, peut-être d'abord parce que les salaires des fonctionnaires sont trop élevés par rapport au produit per capita. Au tout début des années 80, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale dans les pays d'Asie à faible revenu (Bangladesh, Pakistan, Laos, Sri Lanka, etc., tous pays dont le produit per capita est compris, en 1988, entre 130 et 480 US\$) était environ 2 fois le revenu per capita ; à la même période, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale était, en Afrique au Sud du Sahara, 5,5 fois le revenu per capita (Banque Mondiale, 1989, p. 32).

Qu'en est-il exactement au Mali, crédité d'un produit per capita de 230 US\$, en 1988 : en divisant la masse des salaires inscrite au budget de l'État (environ 38 milliards de FCFA dans les années 1985 et 1986) par l'effectif des agents des administrations (environ 50 000 personnes), on obtient 760 000 FCFA par agent et par an (rémunération officielle, que chacun complète de multiples façons), soit plus de dix fois le produit moyen per capita. Pendant ce temps le salaire minimum mensuel en dehors de l'agriculture est de moins de 13 000 FCFA, soit environ deux fois le revenu per capita, dans les années 1985 à 1991 (Fonds Monétaire International, 1988, pp. 64-65). Relevons encore que, si l'effectif des agents de l'État a fortement augmenté, mais pas doublé entre 1974 et 1987, le coût budgétaire de ce personnel serait cette année trois fois ce qu'il était alors (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 65).

Il était prévu au début de 1991 que l'on entreprendrait une étude relative à la réforme de la politique de rémunération des agents de l'État, en portant une attention particulière aux problèmes liés aux avancements, primes et indemnités. On envisageait même « l'éventualité d'instaurer des primes de performance » (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 9). La décision est venue quelques mois plus tard : « les lois 91-40 et 91-41 ont institué un système d'avancement automatique » (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 67) ! Est-ce suffisamment clair ?

2. Évolution du système de santé et de l'état de santé

Le contexte est celui d'un pays agricole pauvre et enclavé, sans grandes ressources naturelles, et qui n'a choisi ni la voie japonaise de l'industrialisation de pointe, ni la voie, plus immédiatement accessible, de l'autosuffisance alimentaire, mais la voie de la gestion bureaucratique. La combinaison des circonstances extérieures et des choix nationaux, au cours des trente dernières années, a donné une certaine croissance du produit par tête, mais l'écart avec les pays les plus riches

s'est accru. La gestion bureaucratique a été appliquée à la santé et l'exercice privé des professions de santé était officiellement interdit jusqu'en 1985. Avec les ressources qu'elle a drainées, cette administration plus pléthorique et mieux nourrie a-t-elle fait fonctionner les services de santé, et a-t-elle su éviter les conséquences sur l'état de santé des deux grandes crises agricoles et de la crise des finances publiques ?

2.1. Le système de santé

L'évolution du système de santé est caractérisée par la chute des taux de fréquentation, l'abandon des activités de surveillance, l'abandon de toute préoccupation de qualité et la prédominance des intérêts privés du personnel.

2.1.1. Chute de la fréquentation à long terme

Les services de santé sont en crise, au vu et au su de chacun. Alors même que de récentes enquêtes directes dans les formations sanitaires ont permis de réévaluer d'au moins 50% les estimations antérieures provenant des statistiques recueillies par le Ministère de la Santé, elles aboutissent à des taux de fréquentation encore extrêmement faibles. En 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, on a dénombré un peu plus de 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation des consultations de 15% : moins d'un Malien sur six, dans ces cercles, a un contact annuel avec les services publics de santé. Pour les 2,8 millions d'habitants des cercles plus importants disposant d'un hôpital, on a relevé un peu plus de 1,5 millions de consultations, ce qui donne 0,5 consultation par habitant et par an : si chaque consultant reçoit en moyenne 1,5 à 2 consultations, le taux de fréquentation est de l'ordre de 25 à 35%, supérieur donc à ce qu'il est dans les zones moins bien desservies, mais encore faible. Quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4%. Au total, environ un Malien sur quatre a aujourd'hui, dans l'année, un contact avec les services de santé (Brunet-Jailly *et al.*, 1989) ; cette proportion était supérieure à un sur deux, dix ans plus tôt (Brunet-Jailly *et al.*, 1985, p. 284 ; voir aussi, pour 1974, (Ministère du Plan et des Transports, 1981, p. 43).

2.1.2. Abandon des activités de surveillance

Fait-on mieux en matière de surveillance épidémiologique ? Sans doute pas. Prenons l'exemple de la tuberculose, grand problème qui redevient d'une dangereuse actualité. En 1987, 6 118 échantillons provenant de malades et de personnes suspectes ont été examinés dans les différents centres du réseau de dépistage bactériologique de la tuberculose pulmonaire. Parmi ces échantillons, 1 043 se sont révélés positifs à la bacilloscopie soit 17%. En 1988, le nombre d'échantillons examinés a atteint 8 121, et le pourcentage de positivité 15,5% (Institut national de Recherche en Santé publique, 1987a). Le service responsable de la surveillance ne connaît pas les chiffres correspondants pour d'autres années, ce qui lui interdit toute appréciation sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire au Mali. En revanche, on a une idée du risque annuel de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive dans un tel pays : entre 50 et 200 nouveaux cas pour 100 000 habitants selon les experts (Robinson, 1985), environ 100 d'après les enquêtes menées au Mali même (École nationale de Médecine et de Pharmacie-PNUD-Autorité pour l'Aménagement du Barrage de Sélingué, sans date ; École nationale de Médecine et de Pharmacie, sans date). Pour 8 millions d'habitants dans ce pays en 1989, on devrait rencontrer environ 8 000 nouveaux cas annuellement : les 1 000 à 1 200 nouveaux cas dépistés par an reflètent l'intensité de l'effort de

dépistage, qui n'atteint que 15% de ce qu'il devrait être. Ne parlons pas de la surveillance des malades en traitement ni de la surveillance des résistances aux antibiotiques (Coulibaly, 1991).

Ne parlons pas non plus de la surveillance de la lèpre : si dans le cercle de Kita — bénéficiaire du projet de développement sanitaire financé par la Banque Mondiale — la Fondation Follereau retire le financement qu'elle accordait auparavant au dépistage et au traitement des lépreux, on interrompt les tournées pendant plusieurs années ! La tournée n'est peut-être pas l'activité la plus pertinente, mais il est difficile d'admettre qu'on ne fasse plus rien simplement parce qu'il n'y a plus de financement extérieur spécifique. Dans ce contexte, ne parlons pas de la trypanosomiase, de la vaccination contre la fièvre jaune, ou des autres grandes endémies ou de ce que signifie la dévolution du programme de lutte contre l'onchocercose !

2.1.3. Abandon de toute préoccupation de la qualité des soins

Les niveaux de fréquentation auxquels on est parvenu aujourd'hui signalent que seule une faible, voire très faible, partie de la pathologie est prise en charge par le système de santé. Mais il faut ajouter que le niveau technique des soins dispensés est inacceptable au regard des exigences élémentaires de la médecine moderne : on en juge par le fait que, dans la plupart des établissements hospitaliers, les dossiers médicaux n'existent pas, que les examens paracliniques, même les plus élémentaires, sont très peu utilisés (moins d'un examen par malade hospitalisé dans un hôpital secondaire, environ 4 dans un hôpital national [Brunet-Jailly, 1989, pp. 123-138]), et par le fait que les diagnostics traités dans les hôpitaux nationaux sont très peu différents de ceux que soignent les centres de santé d'arrondissement ou de cercle (Brunet-Jailly, 1989, pp. 79-89) ; par le fait que les sages-femmes prescrivent systématiquement des ocytociques à toute parturiente sans même vérifier qu'il n'existe pas de contre-indication évidente (Kassambara, 1990) et qu'elles ne sont pas sanctionnées.

Il faut ajouter aussi que le secteur de l'approvisionnement pharmaceutique, monopolisé jusqu'en 1991 par une société d'État, a été géré d'une façon inqualifiable, connue de tous, pendant vingt ans. Alors même qu'elle commercialisait des spécialités pharmaceutiques achetées au plus cher, la société d'État a réussi à accumuler des déficits qui mettaient périodiquement son existence en péril et exigeaient que l'aide extérieure soit employée à son renflouement. Au début des années 80, le diagnostic était clairement établi (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982, pp. 2-4) : le système d'approvisionnement ne fait pas appel à la concurrence et supporte de ce fait des prix d'achat exagérément élevés ; les prix de vente des médicaments ne sont contrôlés d'aucune façon, car la société est incapable de faire respecter ses directives par ses gérants, tous non pharmaciens, d'ailleurs ; ces gérants sont incapables d'éviter d'incessantes ruptures de stocks ; pratiquement, ils laissent les visiteurs médicaux surveiller les stocks et passer les commandes ; la gamme des produits commercialisés, beaucoup trop étendue, entraîne de nombreux vols, pertes et périmés (20% du prix de revient). En outre, l'approvisionnement pharmaceutique du pays laisse cohabiter le médicament gratuit (dans les formations sanitaires publiques et, évidemment, dans la limite des disponibilités) et le médicament payant (pour tout le reste de la consommation) ce qui « constitue certainement une source de trafic ».

Plus généralement, et suivant le même diagnostic (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982, pp. 2-4), que personne n'a même cherché à réfuter, les praticiens ont « des habitudes de prescription inconsidérées liées à la faiblesse des capacités de diagnostic », à la pratique du traitement symptomatique, à l'extension incontrôlée de la capacité de prescrire à des personnels non qualifiés

(en particulier à tous les paramédicaux), ainsi qu'à une formation et une information déficientes ; l'automédication est extrêmement développée et comme les médicaments sont vendus par un personnel sans aucune compétence pharmaceutique, elle est dangereuse.

Dix ans se sont écoulés, mais le corps médical n'a pas eu la force, peut-être même pas la volonté, de mettre un peu de raison dans ce système, qui, méprisant ouvertement les malades, n'a bénéficié qu'au personnel de la société, à l'État et à la haute administration. On a parlé de « réforme pharmaceutique », puis d' « Initiative de Bamako », mais strictement rien n'a été fait pour mettre un terme à un commerce éhonté (nous y reviendrons).

2.1.4. Prédominance des intérêts du personnel

Ces observations générales masquent en outre un phénomène important, qui est l'iniquité dans l'accès aux soins, iniquité provenant d'un système conçu pour faire prévaloir en toutes circonstances les intérêts du personnel sur les intérêts du malade. L'affectation du personnel en fonction des intérêts de chacun crée un déséquilibre considérable en faveur des villes en général et de la capitale en particulier. On compte, par exemple, une sage-femme pour un peu plus de 3 000 habitants à Bamako contre une pour près de 80 000 habitants dans les régions de Mopti ou de Sikasso, qui ne sont d'ailleurs pas les plus déshéritées (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1986, p. 83) ; mais deux sages-femmes sur trois de la région de Mopti sont en poste à Mopti même (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1988, p. 32).

Le déséquilibre en matière de personnel entraîne un déséquilibre en matière de financement : la dépense annuelle de l'État pour la santé, per capita et par cercle, va de moins de 70 à plus de 1 300 FCFA ; la dépense totale de santé, per capita, de moins de 200 à plus de 9 500 FCFA (Diarro & Coulibaly, 1988, p.7).

Une inégalité fondée sur le jeu des relations sociales servant à créer des privilèges renforce l'inégalité géographique ; elle s'appuie au Mali sur diverses pratiques parmi lesquelles la pratique privée de la médecine à laquelle ne peuvent s'adresser que ceux qui en ont les moyens ; la gratuité des soins accordée à leurs parents et relations par les agents du service public ; les privilèges dont bénéficient les agents des services de santé (ou de l'Institut National de Prévoyance Sociale) et leurs familles. Ces phénomènes ne sont pas complètement décrits mais on sait, par exemple, que 77% des examens biologiques effectués par l'Institut National de Recherche en Santé Publique, pendant les six premiers mois de 1987, ont été pratiqués pour des malades se présentant comme agents des services de santé (et, en grande majorité, de cet Institut même) ou membres de leurs familles (Institut national de Recherche en Santé publique, 1987b). On sait également qu'entre 60 et 75% des sommes que l'Institut National de Prévoyance Sociale consacre à des achats de produits pharmaceutiques sont consommés par le personnel de cette institution (communication personnelle) ; on sait que la consommation de médicaments des agents de la Pharmacie Populaire du Mali a pu atteindre une valeur de plus de 300 000 FCFA par agent en 1986 et près de 200 000 FCFA en 1984 (on aura compris, bien sûr, que l'agent achète à moitié prix pour revendre avec bénéfice, ce qui constitue un avantage accessoire au salaire) (Brunet-Jailly, 1990, p. 60) ; on sait enfin que, malgré un contrôle qui se voulait strict, 17,4% des examens biologiques réalisés par le laboratoire de l'hôpital du Point G en 1988 ont été effectués au profit du personnel (Sow, 1988, p. 27).

2.2. L'état de santé

Les données permettant de décrire l'évolution de l'état de santé sont extrêmement peu nombreuses ; le corps médical n'attache aucun intérêt aux activités d'enregistrement qui pourraient fournir les données utiles. Il est toutefois possible d'avoir accès et d'utiliser les informations concernant la mortalité infantile et juvénile d'une part, la malnutrition d'autre part.

2.2.1. Réduction de la mortalité infantile et juvénile

Le secteur de la santé ne peut pas, dans le contexte qu'on vient de décrire, enregistrer des résultats exceptionnels. La mortalité infanto-juvénile reste à Bamako très supérieure à ce qu'elle est dans plusieurs autres capitales africaines (Fargues & Nassour, 1988, p. 39), malgré sa diminution, à propos de laquelle il ne suffit évidemment pas d'invoquer « l'extension et l'amélioration des équipements de santé publique, et notamment ceux qui sont destinés à la mère et à l'enfant » (Fargues & Nassour, 1988, p. 91) : il faudrait d'abord documenter l'extension et l'amélioration non pas des équipements, mais des activités pour lesquelles ils sont conçus, ce qui pourrait s'avérer difficile ; il faudrait ensuite démontrer la relation entre ces activités et leur résultat supposé, ce qui est clairement impossible, compte tenu des données actuellement disponibles.

Pour l'ensemble du pays, les données concernant la mortalité infantile sont très rares. Le tableau ci-dessous reprend les chiffres figurant dans des publications récentes de la Banque Mondiale et dans lesquels on distingue au moins quelques tendances, ainsi que les incertitudes et les enjeux politiques de toute information.

Tableau 2. Taux de mortalité infantile au Mali pour quelques années entre 1960 et 1989

1960	1965	1980	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Référence
1979			134								Banque Mondiale (1984)
	184			148							Banque Mondiale (1988b)
210					176						Banque Mondiale (1980)
	207					174					Banque Mondiale (1986b)
	200						144				Banque Mondiale (1987b)
	207										Banque Mondiale (1988a)
	207	184						171			Banque Mondiale (1989)
	207								168		Banque Mondiale (1990)
	207									167	Banque Mondiale (1991b)

Les variations qui apparaissent sur ce tableau ne montreraient que la fragilité de l'information si l'on ne remarquait pas que les estimations les plus faibles sont données dans deux publications traitant spécifiquement de démographie et de politique de population (on comprend que plus la mortalité infantile est faible, plus le taux de croissance de la population pourra être élevé). Quant à certains documents rédigés sous l'égide de l'OMS ou de l'UNICEF, organisations spécialisées du système des Nations-Unies, ils se contentent de citer, sans le moindre commentaire et sans craindre le ridicule, des taux (manifestement fournis par des enquêtes de qualité inégale) allant de 118 à 255 pour 1 000 (OMS, sans date, pp. 28-29 ; UNICEF, 1989, p. 155). Ils se réfèrent aux évaluations des organisations internationales, comme s'il s'agissait de sources originales, ou utilisent sans méfiance des travaux d'étudiants (Diani, 1985, par exemple).

Alors que les données citées ci-dessus résultent en principe d'extrapolations à partir des recensements, l'enquête démographique et de santé réalisée au Mali en 1987 a utilisé le recueil de l'historique complet des naissances des femmes de l'échantillon pour déterminer par la méthode directe (durée vécue par les enfants dans la période considérée), les quotients de mortalité infantile et juvénile par période quinquennale. Pour l'ensemble du Mali, les résultats sont les suivants (Traore *et al.*, 1989, p. 74) :

Tableau 3. Mortalité infantile et juvénile (pour 1000) par période quinquennale

	1972-76	1977-81	1982-86
Quotient infantile	170	156	198
Quotient juvénile	229	285	259
Quotient avant l'âge de 5 ans	360	311	249

Dans le commentaire de ces résultats, les auteurs signalent prudemment la très forte sous-estimation de la mortalité aux jeunes âges dans le recensement de 1976 (Traore *et al.*, 1989, p. 79). Néanmoins, les documents officiels traitant de politique de population continuent d'utiliser les chiffres tirés des recensements, très différents de ceux qui proviennent des meilleures enquêtes, et beaucoup plus favorables à leur thèse : le taux de mortalité infantile aurait connu un effondrement entre 1960 et 1976, passant de 250 à 120 pour 1000 « grâce au progrès des techniques médicales et à la pédiatrie », et une nouvelle baisse très sensible entre 1976 et 1987, puisque le recensement de cette dernière année aurait donné une estimation de 76 pour 1000 (Ministère du Plan, 1990, pp. 14 et 23). On continue également à utiliser les taux de croissance tirés de ces recensements (2,5% d'après le recensement de 1976, et 3,7% d'après celui de 1987), tout en sachant que le taux de croissance constaté entre ces deux dates a été de 1,8% (Ministère du Plan, 1990, p. 52) et que l'émigration ne peut pas avoir été aussi massive. Or, les résultats révisés du recensement de 1987 donnent un taux de mortalité infantile de 102 pour 1000 (les résultats publiés par le Ministère du Plan et de la Coopération internationale, 1991a, p. 46, ont été corrigés sans explications par un communiqué de presse (sans date) relatif à la publication des résultats de l'analyse des données du second recensement, et un taux de croissance de la population de 1,8% (Ministère du Plan et de la Coopération internationale, 1991b, pp. 32-35) : tout se passe comme si, pour justifier l'effort demandé par l'extérieur en matière de planification familiale, on ne devait pas hésiter à faire croire que la croissance de la population serait le double de l'estimation la plus plausible et, l'un expliquant en partie l'autre, la mortalité infantile bien moindre.

Rien cependant, dans tout cela, pour prouver une dégradation des conditions de santé de la population malienne. Il reste donc seulement à savoir comment les chiffres cités récemment ont été adaptés et selon lesquels le taux de mortalité infantile au Mali serait passé de 200 en 1965 à 154 en 1980 pour remonter à 174 en 1985, et les taux de mortalité juvénile de 47 pour 100 en 1965 à 34 en 1980 et 43 en 1985 (Kanji *et al.*, 1991, pp. 990-991).

2.2.2. Stabilité à long terme des taux de malnutrition

On pourra cependant objecter que la mortalité, fût-elle celle de la première année, ne peut pas réagir immédiatement à une dégradation des conditions de vie. Pour cette raison, il convient de considérer les informations disponibles concernant la malnutrition protéino-calorique grave, évaluée par les spécialistes à l'aide du

rapport poids/taille, que l'on compare à celui d'une population de référence. Malheureusement, il s'avère que beaucoup des travaux réalisés au Mali dans les années 70 et au début des années 80 sont inutilisables, par défaut d'une méthodologie commune (ou absence de toute précision sur la méthode) : il a fallu attendre la seconde grande crise pour qu'un certain nombre d'organisations se coordonnent à ce sujet (mais l'École de médecine n'a pas fait le nécessaire, de sorte que ses travaux, par exemple ceux de l'École nationale de Médecine et de Pharmacie-PNUD-Autorité pour l'Aménagement du Barrage de Sélingué, sont inutilisables). Une compilation des résultats d'une cinquantaine d'enquêtes nutritionnelles utilisant toutes la même norme (NCHS/OMS/CDC) et la même méthode, réalisées pour l'essentiel dans les régions de Gao et Tombouctou entre avril 1984 et décembre 1987 (Sundberg, 1988, pp. 21-31), fonde les remarques suivantes :

- les taux de prévalence de la malnutrition grave, déjà élevés en 1984, sont restés inchangés jusque vers la fin de 1985, mais ont diminué rapidement en 1986 et 1987 (à quelques exceptions près) ; déjà, après la sécheresse de 1973-1974 on avait constaté un redressement rapide de l'état nutritionnel dans les provinces du Nord du Mali entre 1974 et 1975 (Hogan *et al.*, 1977) ;
- les rares études réalisées à la fin des années 70 et comparables à celles qui ont été faites après la sécheresse de 1983, indiquent généralement des taux de prévalence de la malnutrition grave du même ordre de grandeur : 7 à 20% des enfants présenteraient un rapport poids/taille inférieur à 80% de la norme (Mondot-Bernard, 1980 ; Mondot-Bernard *et al.*, 1980 ; Benefice & Chevassus-Agnes, 1981) ; autrement dit, nous n'avons pas de preuve d'une variation (amélioration ou détérioration) à long terme de l'état nutritionnel des enfants au Mali ;
- la malnutrition est présente même dans la zone cotonnière, qui est la principale zone malienne disposant d'un surplus céréalier ; bien que l'enquête qui le montre, réalisée entre novembre 1984 et février 1985, ait simplement suivi la plus mauvaise récolte depuis trois décennies, ce résultat laisse penser que les facteurs qui déterminent la malnutrition chez les enfants ne sont pas seulement d'ordre économique (cet argument n'étonnera pas les spécialistes, et une de ses explications, la qualité de la relation mère-enfant, en a été illustrée récemment à propos d'un échantillon d'enfants d'un quartier pauvre de Bamako (Keita, 1988).

Il faut donc bien admettre que, malgré la très faible croissance économique des vingt dernières années, malgré les deux crises agricoles dramatiques, malgré l'effondrement matériel et moral du système de santé public, aucun indicateur ne traduit la terrible détérioration de l'état de santé que l'on pouvait redouter. Le Mali présente des indicateurs qui le classent parmi les pays les plus démunis, mais autant qu'on puisse en juger par les informations dont on dispose, sa situation n'a pas notablement empiré au cours des dix à quinze dernières années. Nous le savons bien, l'état de santé ne dépend pas uniquement des activités du système de santé ; sans doute, également, la crise du système de santé public n'affecte que marginalement les activités sanitaires, en ce sens que l'activité du secteur public telle qu'elle est décrite par les informations que collecte le Ministère de la Santé ne représente plus qu'une faible part de l'activité sanitaire totale.

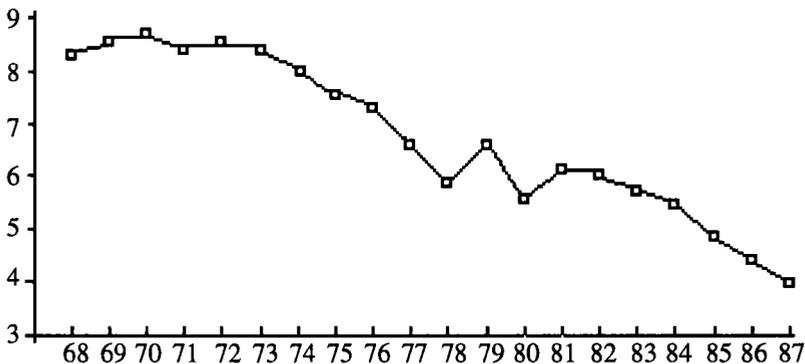
3. Le financement de la santé

L'analyse des données collectées ces dernières années tant auprès des administrations maliennes que par quelques enquêtes directes auprès de la population, montrent qu'il existe, dans ce pays très pauvre, une capacité de financement suffisante pour des soins de santé de qualité, malgré la défaillance de l'État.

3.1. Défaillance de l'État

Il n'est pas possible de savoir quelle était exactement la situation du financement de la santé il y a trente ans. Ce qui est sûr, c'est que l'effort de l'État n'a cessé de s'affaiblir depuis 1970 : un examen détaillé des données disponibles concernant le budget du Ministère de la Santé publique conduit à conclure (Brunet-Jailly, 1989, pp. 181-186, mis à jour) que la santé représentait presque 9% du budget de l'État (qui comprend à la fois le budget des ministères et administrations nationales et celui des régions) au début des années 70, et que cette part relative a diminué de moitié depuis lors. (Fig. 4)

Figure 4. Part de la santé dans le budget de l'État



Source : Brunet-Jaillet (1989), pp. 181-186, mis à jour.

3.2. Importance de la dépense privée

Mais la défaillance de l'État n'a pas forcément des conséquences dramatiques si, comme depuis longtemps déjà, les malades comptent sur d'autres filières de soins que celles du secteur public. Or, sans que nous sachions depuis quand, les dépenses de santé sont actuellement financées pour l'essentiel par les familles. Pour l'année 1986, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé serait le suivant (on comparera à Rasesa (1986) pour apprécier l'importance des révisions auxquelles il a été récemment procédé par rapport à la première tentative de ce genre et on trouvera dans Brunet-Jailly *et al.* (1989) des précisions supplémentaires sur les évaluations que nous utilisons) :

Tableau 4. Dépenses de fonctionnement du secteur de santé, Mali, 1986

Source	Millions de FCFA
<i>Financement public</i>	
État (budget national + budgets régionaux)	4 200
Autres sources publiques	90
Opérations de développement	8
Institut national de Sécurité sociale	380
Total	4 678
<i>Budgets familiaux</i>	
Tarification	236
Médicaments modernes	12 000
Médecine traditionnelle	2 000
Honoraires privés clandestins	500
Transport pour raison de santé	300
Total	15 036
<i>Aide extérieure</i>	542
Total général	20 256

Ce sont donc les familles qui, d'ores et déjà, supportent les trois quarts des dépenses de santé. Et ces dépenses atteignent probablement 2 700 FCFA par tête en moyenne annuelle, ce qui est évidemment peu, tant en proportion du produit par tête (moins de 5%, ce que confirment les enquêtes auprès des ménages (Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988 ; Diarro *et al.*, 1990), qu'en valeur absolue par rapport à ce que l'on constate dans certains pays voisins : en 1980, le montant comparable était déjà de l'ordre de 4 000 FCFA au Sénégal (Brunet-Jailly *et al.*, 1984, p. 162), mais seulement de 2 200 FCFA au Burkina Faso en 1981 (Ministère de la Santé, 1983, p. 17, plutôt que Banque Mondiale, 1982, p. 18, puisque ce dernier document a manifestement été rapidement dépassé, au moins sur ce point).

3.3. Destination de la dépense privée

Le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques, qui pèsent sur les budgets privés beaucoup plus qu'on ne l'imagine : alors que la valeur des ventes de médicaments par la Pharmacie populaire du Mali¹ (PPM) est officiellement de l'ordre de 6 milliards de FCFA (en 1986 et en 1987), ce qui correspond à environ 800 FCFA per capita, les enquêtes directes auprès de la population donnent une dépense pharmaceutique par tête bien supérieure — plus du double. Les enquêtes anciennes (Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982 ; Meyer, 1985) aboutissent à une dépense de médicaments 4 à 8 fois supérieure au chiffre officiel des ventes pharmaceutiques ; les plus récentes (Brunet-Jailly *et al.*, 1988), à une dépense de médicaments 2 à 3 fois supérieure.

Ces écarts s'expliquent par plusieurs phénomènes parfaitement identifiés, parmi lesquels la vente des produits de la PPM par les gérants de ses officines, à des prix supérieurs aux prix arrêtés par l'administration, la vente de produits importés

1. Organisme public disposant jusqu'en 1991 du monopole d'importation et en pratique jusqu'en 1990, du monopole de la commercialisation.

clandestinement de plusieurs pays voisins ou européens, la vente aux malades par les professionnels de santé de produits appartenant à la dotation en nature des formations sanitaires publiques ou des projets, la vente au public de médicaments donnés par les Organisations non gouvernementales. Il est certain que les enquêtes directes donnent une meilleure idée de la situation que les chiffres partiels utilisés d'ordinaire, et il faut donc conclure que les familles paient au moins 12 milliards de FCFA pour les médicaments modernes (prescription et autoconsommation).

On a considéré plus haut un aspect de cette situation : les malades ont été exploités de façon éhontée par cette société d'État. Mais un autre aspect apparaît ici : pourvu qu'ils croient en l'efficacité de ce qu'on leur propose (ce qui est le cas pour les médicaments), les malades paient, pour se soigner, des sommes conséquentes et peut-être suffisantes (on y reviendra).

Le second poste important est celui de la médecine traditionnelle. Certains chiffres avancés à ce sujet traduisent plus la faveur dont elle bénéficie auprès des politiciens et de certains experts - au moins tant qu'elle ne demande à l'État que de bonnes paroles — que le souci d'une évaluation réaliste. En utilisant les rares enquêtes directes auprès de la population (Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1982 ; Meyer, 1985 ; Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988), nous estimons que les dépenses liées à la médecine traditionnelle ne dépassent pas 2 milliards de FCFA annuellement. Là encore, il est indubitable que ces sommes sont réunies et dépensées sans hésitation car les malades croient à l'efficacité des soins qui leur sont prodigués par les tradithérapeutes.

Les autres postes sont de taille plus modeste : environ 500 millions de FCFA pour la pratique privée alors clandestine de la médecine (estimation à partir de Brunet-Jailly, 1988 ; Brunet-Jailly *et al.*, 1988) ; environ 250 millions au titre de la tarification pratiquée par l'ensemble des formations sanitaires (estimation d'après une enquête auprès de toutes les formations sanitaires [Brunet-Jailly *et al.*, 1989, et tableaux annexes]), environ 300 millions pour les dépenses de transport liées à la santé. L'estimation des honoraires privés est évaluée par défaut : elle suppose (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, p. 26) qu'une consultation sur quatre dans le secteur public, en dehors de la capitale, fait l'objet d'un honoraire privé illicite de 500 FCFA en moyenne, et qu'à Bamako la proportion est de 1 sur 3 — les prix moyens étant compris entre 1 500 et 1 700 FCFA ; elle néglige, certainement à tort, mais faute d'information, la pratique privée en dehors des formations publiques ; elle est néanmoins significative, puisqu'elle représente 20% environ de la masse des rémunérations versées par l'État aux agents de la santé.

3.4. Possibilités de réaffectation de la dépense nationale de santé

Plusieurs expériences en vraie grandeur, menées au Mali même, pendant plusieurs années, ont réalisé une relance de l'activité des services de santé par la création d'un réseau de magasins vendant à prix coûtant des médicaments essentiels (achetés en DCI sur le marché international) prescrits par les professionnels agréés des formations sanitaires publiques. Ces expériences ont été analysées en détail (voir notamment Brunet-Jailly, 1989, 1991a ; Brunet-Jailly *et al.*, 1989) et il a été possible d'en tirer quelques enseignements, dont les suivants (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, pp. 115-116) :

- les taux de fréquentation des centres de santé d'arrondissement doivent pouvoir être triplés, ceux des centres de santé de cercle augmentés de

moitié, ceux des hôpitaux étant multipliés par deux pour la population hors de Bamako, en ordre de grandeur, à partir du moment où les malades seraient assurés de trouver partout, et à prix abordable, les médicaments prescrits ;

- le coût de l'approvisionnement en médicaments, aux prix des magasins santé installés au Mali (sixième et septième région, ou cinquième région) correspondant à cette activité sensiblement augmentée, ne dépasserait pas 40% du coût actuel des médicaments pour la population ;
- dans les conditions d'un approvisionnement aux prix des magasins santé, le coût total des services de santé ne dépasserait pas, pour une activité sensiblement plus forte et assurant une prise en charge meilleure des besoins réels de la population, l'ordre de grandeur de 10 milliards de FCFA, alors que le pays consacre aujourd'hui plus de 17 milliards à la santé moderne ;
- on peut, par conséquent, envisager de modifier très sensiblement le niveau quantitatif et qualitatif de l'activité sanitaire, en réaffectant les moyens financiers que la population du Mali y consacre : réduction du coût des médicaments par l'adoption effective de la politique des médicaments essentiels comme seule politique nationale d'approvisionnement, et affectation des sommes ainsi économisées à des dépenses telles que l'entretien et le fonctionnement courant des formations sanitaires, ainsi que la rémunération du personnel sanitaire.

Ces perspectives ont été examinées en détail à la demande du Gouvernement malien, qui a sollicité et obtenu les financements permettant de les réaliser ; elles ont été présentées à plusieurs reprises aux responsables nationaux et régionaux de la politique de santé. Mais la politique de santé est désormais incluse dans l'ajustement structurel : la santé est l'un des domaines dans lesquels la Banque Mondiale et le FMI demandent un effort pour rendre supportable leurs programmes d'ajustement structurel. Qu'en est-il ?

4. La politique de santé et l'ajustement structurel

L'ajustement structurel comporte au Mali cinq programmes de réformes (Gouvernement du Mali, 1991a, pp. 40-43), étroitement coordonnés entre eux :

- les programmes des interventions du FMI qui, en contre-partie d'engagements généraux en matière de politique économique à moyen terme, autorise des tirages hors quote-part (c'est-à-dire des prêts pour financer les déficits des finances publiques) ; les engagements concernent notamment la libéralisation de la politique agricole, la libéralisation des prix et du commerce, la réduction de la taille du secteur public, l'amélioration de la gestion des finances publiques ;
- le programme de réformes économiques de l'USAID : cette agence s'est chargée de l'aide à la mise en oeuvre des engagements contenus dans le programme FMI en ce qui concerne la réforme fiscale (nouveau code du commerce, simplification de la réglementation du commerce extérieur, libéralisation des prix, allègements des contrôles administratifs) d'une part, et la restructuration budgétaire d'autre part (adoption d'une nouvelle nomenclature budgétaire, automatisation des salaires des agents de l'État, fixation des plafonds de recrutement par la fonction publique, et

programmes de départ volontaire) ; le financement de certaines de ces activités est d'ailleurs éventuellement trouvé auprès d'autres partenaires, par exemple la Banque Africaine de Développement (BAD) pour la seconde vague de départs volontaires (Association Internationale pour le Développement, 1991, p. 3) ;

- le programme de restructuration du marché céréalière, qui a eu pour principaux objectifs de supprimer les monopoles de commercialisation dont bénéficiaient des organismes tels que l'Office des produits agricoles du Mali et l'Office du Niger, de supprimer progressivement les prix garantis, pour permettre le rétablissement du jeu des mécanismes du marché ;
- les programmes de la Banque Mondiale, qui a financé un programme d'ajustement structurel dans le domaine agricole (suppression de certains offices dits de développement rural, consolidation et réhabilitation de l'Office du Niger), un programme d'ajustement structurel des entreprises publiques (liquidation des entreprises non rentables, renforcement des autres par cogestion ou restructuration) et un programme dans le domaine de la santé (voir plus bas) ;
- enfin, un « programme de réformes socio-sanitaires », qui est présenté en dix lignes évoquant la décentralisation, le recouvrement des coûts et des objectifs de la plus grande généralité (Gouvernement du Mali, 1991a, p. 43).

L'insertion de la politique de santé dans le cadre de l'ajustement structurel ne fait donc aucun doute. Voyons de plus près quelles dispositions ont été prises, en pratique, pour libéraliser le système de santé, en application des orientations générales de l'ajustement structurel, et quel est le contenu du programme de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé.

4.1. Les mesures de libéralisation

Les engagements généraux du Gouvernement concernent, d'une part, l'ouverture de certaines activités aux intérêts privés et à la gestion privée, d'autre part, la réduction de la taille du secteur public et des tâches de l'administration.

4.1.1. L'exercice privé des professions de santé

Dès février 1981, le parti unique alors au pouvoir au Mali avait adopté le principe de l'autorisation de l'exercice de la médecine privée. Une loi de 1985 a appliqué ce principe à toutes les professions sanitaires, à la suite de quoi divers textes en ont fixé les modalités pratiques. Des codes de déontologie ont été édictés pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Mais l'exercice privé était conçu dans le contexte de fixation des prix par l'administration ; ainsi, après une étude réalisée par l'administration et après consultation des représentants de la profession, le prix de la consultation a été fixé à 4 230 FCFA pour le généraliste et à 5 945 FCFA pour le spécialiste (N.B. : le salaire mensuel minimum était à l'époque de l'ordre de 13 000 FCFA). Mais l'esprit de la privatisation est bien décrit dans la mise au point publiée en mars 1988 dans la presse par l'Ordre des Médecins du Mali : « La question finale qui se pose est de savoir si les Maliens veulent une médecine privée de qualité ou une médecine au rabais. Si effectivement nous voulons avoir le choix entre aller à l'hôpital ou dans

une clinique privée pour une meilleure prestation, qui doit payer la différence de coût ? Ce ne sera certainement pas le praticien privé, qui a avant tout le souci de rentabiliser son entreprise pour faire face aux multiples dépenses incompressibles et rembourser éventuellement les prêts qui lui ont permis de s'installer » (anonyme, 1988). Évidemment, et l'on n'aurait su mieux dire !

Notons, pour fixer les idées, que ce tarif de la consultation de généraliste représente 6% du produit national brut per capita (qui est d'environ 74 000 FCFA), alors que le tarif en vigueur en France, où plus de 90% de la population est couverte par un régime d'assurance maladie, est de l'ordre de 2 pour 1000 du PNB par tête (environ 120 FF sur 65 000).

Il est très rapidement apparu que ces tarifs seraient inapplicables. D'un côté, ils étaient faibles par rapport aux tarifs pratiqués par les professeurs de médecine et chefs des services hospitaliers, exerçant illégalement, mais impunément, au vu et au su de chacun, à leur domicile, et d'un autre côté, ils étaient beaucoup trop élevés pour l'éventuelle clientèle des médecins nouvellement installés dans le secteur privé, et qui seraient concurrencés par la pratique libérale illégale des infirmiers du secteur public dans leurs quartiers. Aussi, au début de l'année 1988, guère plus d'une quinzaine de professionnels de la santé avaient demandé (et obtenu) l'autorisation de s'installer dans le secteur privé, dont six seulement avaient effectivement ouvert un cabinet : deux gynécologues, deux généralistes, un urologue et un chirurgien-dentiste, tous à Bamako.

Depuis lors, les jeunes diplômés de l'école de médecine, soit plus de 60 par an, que l'État ne recrute plus (moins de 10 postes sont mis au concours de la fonction publique chaque année depuis 1985) tentent d'inventer des formules nouvelles, qui leur apporteraient pour s'installer le soutien, au moins temporaire, de collectivités locales ou de « communautés ». Certaines de ces réalisations conserveront peut-être un but non lucratif, d'autres ne seront que l'amorce d'un secteur privé ordinaire que, d'ici peu, ni l'État ni aucune institution d'assurance ne seront en mesure de contrôler.

4.1.2. La privatisation du commerce des médicaments

Plus importante encore est la libéralisation du secteur de l'approvisionnement et de la distribution pharmaceutique. Dès 1987, les Ordres professionnels, dont les membres étaient alors tous agents de l'État, se montraient ouvertement partisans d'un démantèlement de la Pharmacie populaire du Mali, société d'État. Une loi promulguée le 27 février 1988 a autorisé l'ouverture aux capitaux privés de 12 sociétés, parmi lesquelles la PPM ; dès avril 1988, des stratégies détaillées concernant chacune de ces sociétés ont été présentées à la Banque Mondiale (Association Internationale pour le Développement, 1988, p. 16).

En 1988-1989, l'idée que l'Initiative de Bamako pourrait (devrait ?) s'appliquer au Mali, a accordé un sursis à cette société. Certains imaginaient qu'elle pourrait jouer le rôle de l'indispensable organisme de compensation dans un système visant à rendre le médicament essentiel disponible sur toute l'étendue du territoire. Ce système qui ne peut qu'être déficitaire dans les zones les plus difficiles d'accès, peut équilibrer ces pertes par des bénéfices réalisés sur les marchés importants (Brunet-Jailly, 1990). La Banque Mondiale s'est montrée insensible à ces perspectives et ses experts ont obtenu, fin 90, une libéralisation complète du commerce des médicaments au Mali : suppression du monopole d'importation, vente par la Pharmacie populaire du Mali de la quasi-totalité de ses officines, autorisation d'ouverture accordée à une centaine d'officines privées, liberté des prix des produits pharmaceutiques. On est visiblement passé d'un extrême à l'autre et, semble-t-il, sans s'en rendre compte.

4.1.3. L'oubli du secteur public

Si le secteur privé a donc reçu carte blanche, le secteur public n'a pas été particulièrement affecté. On le constate à examiner les effectifs des agents de la santé publique. Il est pratiquement impossible de reconstituer des séries remontant à vingt ans pour certaines catégories, notamment pour ces personnels sans qualification sur lesquels on a fait reposer l'extension vers la périphérie de services dits de santé. Néanmoins, le tableau reproduit ci-après livre quelques enseignements frappants (Tableau 5).

Le corps médical malien a doublé entre 1981 et 1987, et il compte désormais plus de spécialistes que de généralistes ; il évolue donc, formellement, comme le corps médical des pays les plus développés ; ce que l'on sait du niveau technique des soins, par exemple dans le domaine de la chirurgie (Brunet-Jailly, 1989, pp.77-94), conduit cependant à considérer qu'il n'y a rien derrière l'apparence formelle ; le corps médical se montre incapable de maîtriser sa croissance et sa spécialisation mais chaque médecin trouve son intérêt personnel à « partir en formation » (il est nettement plus avantageux d'être boursier à l'étranger que d'être à son poste au pays) puis à être promu spécialiste ; et les bailleurs, concurrents dans l'utilisation d'une aide surabondante, n'ont pas, eux non plus, une politique à long terme de qualification du personnel médical ; est-ce d'ailleurs leur rôle ?

Les qualifications intermédiaires qui eussent été si nécessaires pour la mise en oeuvre effective d'une extension vers la périphérie de soins simples, mais exécutés par des professionnels, ces qualifications d'infirmier diplômé d'État, par exemple, se développent beaucoup moins vite que les effectifs de médecins, et beaucoup moins vite que les effectifs d'agents sans qualification (Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, 1990, p. 33) qui, de ce fait, participent à la répartition mais pas à la production.

Tableau 5. Nombre d'actifs du secteur de la santé, Mali, 1975, 1981 et 1987

Catégorie	1975	1981	1987
Généralistes	ND	220	180
Spécialistes	144	25	214
Pharmaciens	ND	2	57
Chirurgiens-dentistes	12	16	ND
Ingénieurs sanitaires	1	1	11
Sages-femmes	157	276	321
Infirmières diplômées d'État	399	732	660
Infirmières	965	1 409	735
Agents sanitaires	33	54	92
Laborantins	50	79	132
Agents locaux de développement	0	64	125
Aides soignants	559	ND	204
Sages-femmes traditionnelles	216	ND	471
Autre catégorie (A)	ND	ND	101
Autre catégorie (B)	ND	ND	211
Autre catégorie (C)	ND	ND	492
Agents occasionnels	ND	ND	1 601

Sources : Ministère de la Santé publique (1975) pour 1975 ; Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (sans date) pour 1981 ; Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1990) pour 1987.

ND : non disponible.

Une analyse plus détaillée de ces évolutions dépasse le cadre de cet article. Mais les données disponibles ne laissent aucun doute quant à la réalité de l'ajustement structurel en ce qui concerne le personnel de la santé publique : il n'est pas concerné.

Ajoutons qu'il se trouve visiblement très bien dans son emploi qui lui permet de cumuler une rémunération publique stable (et qui garantit le contact avec la clientèle) et la perception quotidienne d'honoraires ou de bénéfices illicites. Voilà pourquoi, sur les 700 départs volontaires de fonctionnaires de la première vague (Association Internationale pour le Développement, 1991), 403 affectent l'éducation nationale (soit 7,6% environ des 5 300 agents), et 70 seulement la santé et les affaires sociales (soit 1,2% des 5 600 agents du ministère concerné).

L'ajustement structurel a donc, en pratique, été l'occasion de réaliser la politique appelée de leurs vœux par les professionnels de la santé au Mali. Ils disposent maintenant du cadre juridique qui leur permettra d'exercer dans les conditions des pays dont ils s'inspirent, sans avoir à faire un effort original pour définir des modalités adaptées aux moyens dont dispose leur pays ou à ses ambitions (telles, par exemple, furent l'Initiative de Bamako). Quant au secteur public de la santé, il n'est pas menacé, il est simplement oublié. Mais ce n'est pas tout ! Il faut encore examiner le projet de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé.

4.2. Le programme de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé

Avant d'en venir à une critique précise de cet élément de l'ajustement structurel qui concerne spécifiquement la santé, il est nécessaire de mesurer combien les enjeux et les modalités de la politique de santé sont mal perçus par les responsables politiques. Le document remis à la Conférence nationale (Gouvernement du Mali, 1991a) est, sur ce sujet, tristement exemplaire. Le projet santé-population - hydraulique rurale y est présenté comme l'une des composantes des programmes de la Banque Mondiale concourant à l'ajustement structurel, ce que l'on ne saurait nier, mais le lien n'est pas établi entre cet énorme programme et quelques autres aspects de la politique de santé, évoqués ultérieurement en termes vagues (les réformes socio-sanitaires, p. 43, les problèmes de la santé des femmes, p. 57, la politique des médicaments essentiels et la politique de recouvrement des coûts, pp. 59-60, la santé rurale, p. 61-62).

Le corps médical, si avide de reconnaissance sociale, n'a visiblement pas réussi à concevoir et à faire partager par le personnel politique un dessein quelconque concernant la santé. Il n'a pas réussi, non plus, à jouer le rôle qui devrait être le sien dans l'élaboration d'un programme que nous jugeons, pour notre part, plein de données incomplètes et/ou fausses. Il est donc mal conçu, irréalisable en certains de ses aspects et dangereux en certains autres et enfin, illusoire en ce qui concerne la politique pharmaceutique. Résumons ci-dessous nos arguments en nous limitant strictement à ceux qui concernent l'aspect économique de l'analyse de la situation et de la stratégie proposée.

4.2.1. Un programme mal informé

Nous nous limitons ici à quelques points très importants pour ménager, autant que faire se peut, certaines susceptibilités. Par exemple, la présentation des résultats obtenus en matière de recouvrement des coûts est mal informée ou tendancieuse (Banque Mondiale, 1991c, § 2.15) ; on ne peut prétendre que, « en 1987, le recouvrement des coûts portait sur 50% environ des dépenses de fonctionnement afférentes aux services organisés » puisque, dans l'expérience

financée par la Banque Mondiale, on est à peine parvenu à recouvrer le coût des médicaments, et que nulle part au Mali (sauf dans un centre de santé urbain de Bamako) on n'a cherché à couvrir le coût du personnel ; et, pour l'ensemble des services publics de santé en 1986, on n'a enregistré que 236 millions de recettes de tarification alors que ces services ont dépensé environ 4,5 milliards (Brunet-Jailly *et al.*, 1989). Il eut donc fallu dire, bien plus modestement, que le recouvrement des coûts paraît éventuellement capable d'apporter, là où il est organisé et correctement géré (ce qui constitue une première restriction sérieuse), la moitié des dépenses courantes hors salaires (et c'est ici la seconde restriction décisive).

Il est faux de prétendre (Banque Mondiale, 1991c, § 2.30) que « des protocoles de traitement ont été mis au point et que les médicaments essentiels ont été introduits dans les régions de Kita-Bafoulabé-Kéniéba, Gao et Tombouctou » : rien de cela n'a réussi dans la région de KBK où intervenait la Banque Mondiale et l'introduction des médicaments essentiels en DCI dans les 6ème et 7ème régions est le fait de Médecins sans Frontières-Belgique et du Fonds européen de développement (la Banque Mondiale n'y est pour rien), puis d'un ensemble de partenaires étrangers dans la région de Mopti.

Il est faux de prétendre que le Mali est engagé dans la voie d'une décentralisation de l'administration des services de santé (Banque Mondiale, 1991c, § 2.31a) : la taxe de développement régional et local est une recette du budget national et elle est gérée par le processus le plus centralisé que l'on puisse imaginer (toute proposition du moindre arrondissement doit remonter toute la pyramide administrative et se traduire par une inscription au budget de l'État ; voir la loi 88-65, ou un résumé de ses dispositions dans (Brunet-Jailly *et al.*, 1989, p. 74).

Il est tout à fait regrettable et fort inquiétant de constater que ce programme n'ait pas été fondé sur une appréciation plus exacte de la situation dans laquelle il envisage d'intervenir en apportant une « assistance massive » (Banque Mondiale, 1991c, § 2.32). Précisément, ses rédacteurs doivent bien se douter que cette dernière constitue l'origine du mal, puisqu'ils reconnaissent explicitement que « la gamme des services de santé est de plus en plus déterminée par diverses initiatives internationales au lieu de l'être par la demande locale » (Banque Mondiale, 1991c, § 2.19).

4.2.2. *Un programme mal conçu et sur certains points dangereux*

Là encore, acceptons de taire un grand nombre de critiques sérieuses, portant par exemple sur l'emploi injustifié d'une notion purement idéologique de « communauté », sur le vide conceptuel de la notion d'« approche populationnelle », sur la présentation démagogique d'une utopie de gestion villageoise, etc. Concentrons-nous sur l'erreur impardonnable et persistante qui affecte la prétendue démonstration de la viabilité économique des centres de santé communautaires, et sur la menace que représentent, pour la santé de la population, certaines propositions contenues dans le programme.

En premier lieu, l'idée qu'un centre de santé implanté à l'échelon villageois (il est prévu d'en créer entre 120, [§ 3.07] et 197, soit 11 par cercle [cf. annexe 3.6, p. 7] dans 17 cercles [§ 3.06]) et desservant 10 000 personnes puisse enregistrer 4 à 5 000 consultations dans l'année, et percevoir en moyenne 500 FCFA par consultation, est totalement irréaliste (Banque Mondiale, 1991c, § 3.09). Le taux de fréquentation qui est supposé (environ 50% : 5 000 consultations pour 10 000 habitants) n'a jamais été obtenu au Mali depuis dix ans, même lorsque le médicament était rendu disponible, même lorsque les moyens de fonctionner étaient à nouveau donnés au personnel, et même lorsque ce personnel était à nouveau supervisé (voir sur ce point une récapitulation de toutes les données

disponibles dans Brunet-Jailly *et al.*, 1989, pp. 47-50 et 64). Quant à l'effet dissuasif d'un tarif de consultation à 500 FCFA, il mériterait une très sérieuse discussion qui n'a jamais eu lieu.

En second lieu, l'idée selon laquelle certaines collectivités locales consacraient 7% du produit de la taxe locale de développement à la santé (Banque Mondiale, 1991c, § 3.06) est fautive, voire mal intentionnée, pour plusieurs raisons :

- il n'existe pas de collectivité locale disposant de quelque autonomie que ce soit, même pas les 17 communes que compte le pays en 1991 ; les arrondissements sont des circonscriptions administratives placées sous l'autorité d'un chef d'arrondissement ; les cercles sont administrés par un « commandant » ; les comités locaux de développement ne sont que des comités de fonctionnaires aux ordres et précisément les conseils de développement, qui devait comprendre des élus, n'ont jamais fonctionné ;
- plus grave, l'expérience montre que ces niveaux périphériques de l'administration ont d'autres priorités que la santé : à Kita même, la cotisation fiscale de 50 FCFA par personne imposable introduite en 1983 et destinée au paiement de matrones et d'aides soignants sert plus volontiers, en 1987, à organiser la réception de la délégation de Marly-le-Roi (ville jumelée) qu'à rattraper les retards de rémunération des agents de santé ; à Djenné, si les services de santé demandent en 1989 au comité local de développement d'embaucher une dizaine d'aides soignants pour organiser la phase d'entretien du Programme élargi de vaccination, le comité, qui n'a jamais rien donné pour la santé, fait la sourde oreille pendant plus d'un an, puis refuse ; à Niore du Sahel, en 1987, la situation est encore plus claire puisque c'est le centre de santé qui finance le comité de développement (ce dernier reçoit 20% des recettes que le centre de santé prélève sur les malades).

Venons-en aux propositions dangereuses. Prenons par exemple l'idée que les centres de santé tenus par des infirmiers pourraient encourager l'automédication en gérant des pharmacies qui offriraient au village des médicaments essentiels, depuis la chloroquine jusqu'aux contraceptifs (Banque Mondiale, 1991c, § 3.12). Il ne faut pas oublier que les infirmiers sont depuis des années formés dans des conditions qui font frémir — et à partir d'un niveau général qui n'a jamais été aussi bas, dans un des rares pays où le taux de scolarisation a baissé depuis vingt ans — et qu'ils ont perdu toute exigence professionnelle ou déontologique : l'examen attentif de leurs prescriptions mettrait en évidence leur niveau. Si l'on place dans les mêmes mains la prescription et la vente, ils sauront de toute évidence en profiter, sans pour autant favoriser l'automédication ni les médicaments essentiels. Il n'y a d'ailleurs pas de solution à ce problème car toutes les expériences (y compris et en premier lieu, celle du premier projet sanitaire de la Banque Mondiale au Mali, qui n'a d'ailleurs jamais été évalué) dans lesquelles on a voulu favoriser la commercialisation des médicaments dans les villages en fournissant à des commerçants un stock de départ, se sont soldées par des échecs : le stock est vendu, personne n'envisage de le renouveler et l'argent disparaît. Quant à imaginer quel système est capable de réapprovisionner de petits dépôts périphériques, à commencer par ceux de certains cercles ou arrondissements, nous y reviendrons.

En outre, si l'automédication est déjà dangereuse en ce qui concerne la chloroquine, elle l'est beaucoup plus encore lorsqu'elle porte sur les contraceptifs hormonaux et les dispositifs intra-utérins. Qui peut bâtir une politique de population sans prendre un minimum de garanties à cet égard ?

4.2.3. Un programme illusoire en matière de politique pharmaceutique

La gestion de la « réforme pharmaceutique » pendant le premier Projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale, comme la gestion de la Pharmacie populaire du Mali pendant la même période ont montré la modicité de la volonté politique et la modestie des compétences professionnelles de l'administration malienne dans ce secteur particulier. Cela ne justifie en rien, cependant, que l'actuel second projet affiche des objectifs qui ne pourront pas être atteints, et cela du fait même de décisions qui auront été en grande partie imposées au Mali par la Banque Mondiale.

Quels seraient les objectifs ? « La réforme pharmaceutique vise à assurer la disponibilité en médicaments de qualité dans tout le pays en un an, et à réduire le coût de l'ordonnance moyenne des 2/3 aux 3/4 grâce à la mise en oeuvre d'une politique des médicaments essentiels » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.24). Quelles décisions ont été imposées au Mali comme conditions du nouveau « Projet population-santé-hydraulique rurale » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.25) ?

Considérons d'abord celles qui nous paraissent justifiées parce qu'elles devraient favoriser la réalisation des objectifs affichés :

- 1) édicter un texte stipulant que seuls 199 médicaments essentiels d'une liste approuvée seront exonérés des droits et taxes à l'importation : il s'agit là de supprimer la notion malienne, ingénue mais juteuse, de « spécialité essentielle » ;
- 2) interdire à la PPM l'importation des 350 spécialités de même composition que les 199 médicaments essentiels de la liste évoquée ci-dessus : cette disposition était nécessaire pour éviter la réédition de l'expérience dite de la « réforme pharmaceutique » durant laquelle, au milieu des années 80, les médicaments essentiels rendus disponibles par un financement de la Banque Mondiale ont été vendus dans des « pharmacies pilotes », mais au prix des spécialités, le bénéfice revenant aux gérants et la PPM se montrant incapable de réagir ;
- 3) imposer à la PPM de n'acheter les médicaments essentiels qu'en générique et par appel d'offres ;
- 4) limiter la marge préférentielle de l'Usine malienne de produits pharmaceutiques à 15% : le Mali a toléré que sa société publique, dont l'activité a commencé en 1983, fabrique une vingtaine de produits à des prix de revient atteignant environ deux fois celui du marché mondial (Brunet-Jailly, 1990).

D'autres mesures imposées par la Banque Mondiale créent, au contraire, des conditions qui rendent inaccessibles les objectifs affichés. Ces mesures sont les suivantes :

- 1) poursuite du programme, effectivement lancé en avril 1990, de privatisation des officines de la PPM : la Banque Mondiale était parfaitement informée des conclusions d'une étude réalisée grâce à l'UNICEF (Brunet-Jailly, 1990) et montrant que le réseau d'officines de la PPM était indispensable à l'approvisionnement de tous les cercles en médicaments essentiels au prix le plus bas et que l'approvisionnement des arrondissements et des villages était encore plus difficile ;
- 2) levée du monopole d'importation de la PPM : l'étude précitée (Brunet-Jailly, 1990) avait montré que le monopole d'importation était la seule façon de donner un contenu effectif à la suppression des 350 spécialités

qui devaient être remplacées par les 199 médicaments essentiels ; la Banque Mondiale impose donc au Mali un système dans lequel la PPM ne peut pas importer les 350 spécialités en question, alors que d'autres opérateurs le feront ; ces 350 spécialités seront ainsi présentes sur le marché à côté des médicaments essentiels qu'elles étaient censé remplacer ; comme la vente des spécialités est, pour un pharmacien privé, incontestablement plus lucrative que la vente des médicaments essentiels, la Banque Mondiale a imposé au Mali une disposition qui condamne la commercialisation des médicaments essentiels.

La situation est donc claire pour toute personne capable de comprendre l'organisation d'un approvisionnement national en médicaments et de sa distribution, ainsi que les intérêts en cause. Aussi le Projet de la Banque Mondiale est-il purement et simplement illusoire lorsqu'il écrit :

- « les médicaments seront disponibles au Mali et les clients seront protégés par des contrôles de qualité » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.27) : la première proposition est fautive car l'étude UNICEF a montré — confirmant sur ce point l'expérience de la PPM — que même la distribution de spécialités n'est pas rentable dans beaucoup de cercles du Mali, compte tenu du très faible montant des dépenses familiales consacrées aux achats pharmaceutiques et parce que la distribution de médicaments essentiels laisse nécessairement des marges plus faibles que la distribution des spécialités ; la seconde proposition restera fautive tant qu'un effort politique et professionnel considérable ne sera pas consacré à la réalisation d'un vrai contrôle, non négociable et inscrit dans la durée, ce qui est une activité tombée en complète désuétude dans le milieu considéré ;
- « en dessous du niveau du cercle, les médicaments seront d'abord offerts aux points de vente de la PPM dans les arrondissements et progressivement par les centres de santé communautaires au fur et à mesure de leur création ; la PPM gèrera les entrepôts jusqu'au niveau du cercle seulement (et ultérieurement dans les capitales régionales uniquement) et la distribution sera organisée de façon souple par le médecin de cercle » (Banque Mondiale, 1991c, § 3.27) : cette présentation est mensongère, puisque, conformément à une condition des prêts d'ajustement structurel, que les rédacteurs du projet ne pouvaient ignorer au moment où ils écrivaient cette phrase, la PPM était en train de liquider son réseau, et ne dispose plus aujourd'hui d'aucun dépôt ni dans les arrondissements ni dans les cercles.

Nous mesurons parfaitement la gravité de ces critiques : elles signifient que les experts, s'ils sont honnêtes, ne comprennent pas le rôle qu'on leur fait jouer, puisque dans le domaine de la santé, qui est le leur, l'ajustement structurel prend des formes absurdes qu'ils défendent de surcroît. Cette observation, tout de même inattendue, suggère une interprétation générale de l'ajustement structurel et de ses liens avec l'amélioration de l'état de santé dans les pays les plus démunis.

5. Conclusion

Les experts de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International qui ont collaboré avec le Gouvernement du Mali pour établir le document qui définit la politique économique et financière du Mali pour les années 1992 à 1994 ont inclus dans ce document le passage suivant, dont la citation intégrale nous paraît s'imposer :

« Les indicateurs de santé du Mali sont parmi les plus bas du monde. Un enfant sur quatre meurt avant l'âge de 5 ans et l'espérance de vie à la naissance n'est que de 45 ans du fait de l'insuffisance de soins de santé primaires et de la pénurie de services de santé préventifs. L'État accordera donc une priorité accrue aux soins de santé primaires afin de réaliser l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 ». Par ailleurs, le Gouvernement collabore étroitement avec le secteur privé pour améliorer la gestion, la prestation et le financement des services de santé et concentre ses efforts sur l'orientation de la politique du secteur et sur les services d'appui, plutôt que sur la fourniture directe de prestations. Il poursuit en outre une stratégie de décentralisation de la gestion des services de santé qui donnera aux communautés le pouvoir d'ouvrir et de gérer leurs propres centres de soins. La législation a déjà été rendue plus incitative pour la création de cabinets médicaux et de pharmacies privées. Elle a également libéralisé l'importation de médicaments afin de réduire les coûts et d'optimiser ainsi l'utilisation des ressources. Par ailleurs, les autorités ont adopté une politique de médicaments essentiels et encouragent l'importation de ces médicaments sous forme générique. Enfin, le gouvernement a décidé d'allouer une part croissante de ses dépenses courantes à la santé et d'encourager une participation accrue des bénéficiaires au recouvrement des coûts » (Gouvernement du Mali, 1992, p. 29-30).

Telle serait la réalité malienne de leur point de vue. Comment se fait-il qu'elle paraisse si différente, lorsqu'on l'observe de Bamako même ?

Il est exact que les indicateurs de santé du Mali sont parmi les plus bas. Mais, malgré l'effondrement des services publics de santé, et malgré deux terribles périodes de sécheresse en quinze ans, ils ont plutôt tendance à s'améliorer au fil des ans. C'est que les conditions de vie, extrêmement frustes assurément, évoluent lentement, bien trop lentement sans doute, mais indubitablement, comme le produit national par tête, même si l'écart avec les pays développés se creuse encore. C'est, en outre, que les soins sont largement distribués en marge et en dehors du système de santé public. Bref, il est très probable que les crises ont été plus fortes pour la bureaucratie publique, qui vit en exploitant la population rurale et en se réservant une part de l'aide, que pour les paysans qui forment encore l'essentiel de la population malienne.

La réalité de la priorité accordée par l'État à la santé n'apparaît pas lorsqu'on se trouve sur place. Il suffit d'ailleurs, pour s'en convaincre, de lire les documents les plus officiels. Il est prévu, dans un premier temps, que les dépenses de santé passeraient de 6,6% des dépenses récurrentes hors fonds spéciaux et budgets annexes (4,5 milliards de FCFA en 1990) à au moins 7,3% en 1991 et au moins 8% en 1992 (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 7) ; cela aurait en effet entraîné un effort significatif, que nous chiffrons, sur la base des tableaux les plus récents (Gouvernement du Mali, 1992), à 6,1 milliards pour la santé en 1991 et 6,96 en 1992. Dans un second temps, nous trouvons une estimation plus modeste (Ministère des Finances et du Commerce, 1990, p. 7 ; Association Internationale

pour le Développement, 1991, annexe 4) : les dépenses de santé du budget de l'État passeront de 4,5 milliards de FCFA en 1990 à 4,8 en 1991 (5,3% des charges récurrentes de l'État, y compris désormais les fonds spéciaux et budgets annexes) et 5,5 milliards en 1992 (5,8%). Enfin, dans le document le plus récent, tout chiffre trop précis a disparu (Gouvernement du Mali, 1992, pp. 21, 29-30). Est-ce suffisamment clair ?

La réalité de la politique sanitaire apparaît, elle aussi, bien différente. Vue de Bamako, elle s'est résumée, en 1990 et 1991, en deux mots : « privatiser d'abord ». Les conséquences de cette politique ne peuvent pas être atténuées par le développement de formations sanitaires périphériques pour chaque groupement de 10 000 habitants ; au contraire, tant que les formations existantes, qui doivent servir de référence, ne fonctionnent pas dans des conditions admissibles pour un professionnel, l'extension périphérique est un choix non seulement contestable mais absurde pour qui se préoccupe de santé publique (Brunet-Jailly, 1991b). Quant à la politique pharmaceutique, ce qui en est dit est purement et simplement illusoire, nous l'avons montré plus haut.

Il n'est qu'un point sur lequel le programme de la Banque Mondiale a de fortes chances de rencontrer un plein succès. Ce qu'il prévoit de distribuer en suppléments de salaires, sous des dénominations variées, c'est-à-dire les rubriques formation (pour l'essentiel) et planning familial, soit environ 500 millions annuellement, peut être comparé à la masse des salaires versés par le ministère de la Santé (environ 3 milliards annuellement) : les activités organisées par le projet de la Banque Mondiale permettront donc de distribuer des suppléments de salaires de plus de 15 % de la masse des salaires ; compte tenu du fait que le projet ne concerne qu'un tiers des cercles pour les activités de santé (en principe tous les cercles pour les activités de planning familial et quelques cercles seulement en ce qui concerne la composante hydraulique), ces suppléments seront concentrés sur une proportion comprise entre le tiers et la moitié des agents de la santé, pour qui ils seront alors extrêmement appréciables (30 à 45% de la rémunération des bénéficiaires). Le projet de la Banque Mondiale prendra donc la suite, pour les agents de la santé publique, du programme élargi de vaccination, puis du programme de santé maternelle et infantile qui, ces dernières années, ont fourni aux professionnels de santé les suppléments de salaires qu'ils attendent de l'aide extérieure, sous peine de se sentir désormais « frustrés » (Tinta, 1972, p. 21).

Et qui peut dire que l'essentiel n'est pas là ? Les gouvernants fréquemment rassemblés pour s'entraider, ont pour principal souci d'échapper aux troubles sociaux et à l'instabilité politique. Si la situation économique devient trop difficile, on accordera au pays ce qu'il faut d'aide extérieure (et il suffit de peu, ne l'oublions pas : l'aide publique au développement n'a jamais atteint 1% du PNB des pays donateurs) pour calmer le jeu en redistribuant, d'une façon ou d'une autre. Dans cette perspective, les programmes sectoriels ne sont que des prétextes, ils alimentent une grande machine à discourir, mais les stratèges le reconnaissent ouvertement : pendant la période 1991-1993, le Mali aura besoin d'environ 373 milliards de FCFA en dons et prêts (Gouvernement du Mali, 1991b, § 41) et les projets et programmes ne sont qu'un moyen de justifier les prêts et dons qui boucheront ce trou (Gouvernement du Mali, 1992, § 27).

Là réside le vice de l'ajustement structurel, là est son danger pour les victimes qui ne joueront son jeu que pour fuir en avant, sans bâtir quelque politique sectorielle que ce soit.

Références Bibliographiques

- Anonyme (1988) L'Essor, 8 février, p.3.
- Ba, I.B. (1990) Sustainable growth in African agriculture. In : *The Long-term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, Vol. 2, *Economic and Sectorial Policy Issues*, Washington DC, Banque Mondiale, pp. 26-43.
- Banque Mondiale (1980) *Rapport sur le développement dans le monde pour 1980*, Washington, DC.
- Banque Mondiale (1982) *Haute-Volta : revue du secteur santé et nutrition*, Document No. 3926-UV, Washington, DC.
- Banque Mondiale (1984) *Population Change and Economic Development*, Oxford, Oxford University Press.
- Banque Mondiale (1986a) *Gestion des ressources publiques*, document provisoire, 15 octobre, Washington DC.
- Banque Mondiale (1986b) *Rapport sur le développement dans le monde 1986*, Washington DC.
- Banque Mondiale (1987a) *World Tables, 1987*, Washington DC.
- Banque Mondiale (1987b) *Rapport sur le développement dans le monde 1987*, Washington DC.
- Banque Mondiale (1988a), *Rapport sur le développement dans le monde 1988*, Washington DC.
- Banque Mondiale (1988b) *Population Growth and Policies in Sub-Saharan Africa. A World Bank Policy Study*, Washington, DC.
- Banque Mondiale (1989) *L'Afrique subsaharienne, de la crise à une croissance durable, étude de prospective à long terme*, Washington, DC.
- Banque Mondiale (1990) *Rapport sur le développement dans le monde 1990*, Washington, DC
- Banque Mondiale (1991a) *World Tables, 1991*, Washington DC.
- Banque Mondiale (1991b) *Rapport sur le développement dans le monde 1991*, Washington, DC.
- Banque Mondiale (1991c) *Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale*, rapport No. 8683-MLI, Washington DC.
- Benefice, E. & Chevassus-Agnes, S. (1981) *Situation nutritionnelle d'une population vivant dans la zone du programme régional de lutte contre l'onchocercose au Mali*, Dakar, Organisation de Recherche africaine de Nutrition et de l'Alimentation.
- Brunet-Jailly, J. (1988) *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture, compte-rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture*, INRSP, Bamako.
- Brunet-Jailly, J. (1989) *Études de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako.
- Brunet-Jailly, J. (1990) *La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako*, Bamako, INRSP-UNICEF.
- Brunet-Jailly, J. (1991a) *Quel financement pour quels services de santé ?* Communication présentée au séminaire « Le financement communautaire des services de santé et les médicaments essentiels en Afrique : où en sommes-nous ? », Paris, Centre international de l'Enfance.
- Brunet-Jailly, J. (1991b) *Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost reduction ?* (Working Paper WPS692), Washington DC, Banque Mondiale.
- Brunet-Jailly, J., Coulibaly, S.O., Diarra, K. & Koita, A. (1989) *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, (OMS / SHS / NHP / 89.10), Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Brunet-Jailly, J., Diarra, T. & Soula, G. (1988) *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte-rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987*, INRSP, Bamako.
- Brunet-Jailly, J., Rougemont, A. & Audibert, M. (1984) *Évaluation du système de formation médicale du Sénégal : son adaptation aux objectifs du système de santé*, Centre d'Économie de la Santé, Aix-en-Provence.
- Brunet-Jailly, J., Rougemont, A. & Ellena, G. (1985) *Évaluation du système malien de formation médicale : son adaptation aux objectifs du système de santé*, Centre d'Économie de la Santé, Aix-en-Provence.
- Commonwealth Secretariat (1989) *Engendering Adjustment for the 1990s*, London.
- Cornia, G.A., Jolly, R. & Stewart, F. (1987) *L'ajustement à visage humain, protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance* (UNICEF), Paris, Economica.
- Coulibali, D. (1991) *La tuberculose pulmonaire au Mali, analyse du système de surveillance des nouveaux cas et chimiorésistance*, INRSP, Bamako.

- Dao, S. (1987) *Analyse économétrique des taux de chômage des nouveaux diplômés au Mali*, mémoire École nationale d'Administration, Bamako.
- Diani, F. (1985) *Évaluation de la situation sanitaire au Mali*, thèse de pharmacie, ENMP.
- Diarra, K., Coulibaly, S.O. (1989) *Le financement des coûts récurrents du secteur de la santé au Mali*, Bamako, INRSP.
- Diarra, T., Diakité, B.D., Traoré, S. & Pairault, C. (1990) *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier « spontané » de Bankoni à Bamako*, Vol. 1, Étude socio-économique, INRSP, Bamako.
- École nationale de Médecine et de Pharmacie-Projet de Développement sanitaire Banque Mondiale (sans date), *Évaluation sanitaire des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita (Mali 1981)* Bamako.
- École nationale de médecine et de pharmacie / PNUD / Autorité pour l'aménagement du barrage de Sélingué (sans date) *État de santé des populations riveraines avant la mise en eau du barrage de Sélingué (mars 1980)*, Bamako.
- Fargues, P. & Nassour, O. (1988) *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel, Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako, 1974-1985*, Bamako, Institut National des Études Démographiques-Institut du Sahel, Presses Universitaires de France.
- Fonds Monétaire International (1988) *Recent Economic Developments*, Washington DC.
- Gouvernement du Mali (1991a) *Rapport sur l'État de la Nation et de la République*, Bamako.
- Harrison, P. (1990) Sustainable growth in African agriculture. In : *The Long-term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, Vol. 2, *Economic and Sectoral Policy Issues*, Washington DC, Banque Mondiale, pp. 48-73.
- Hogan, R., Broske, S.P., Davis, J.P., Eckerson, D. Epler, G., Guyer, B.J., Klothe, T.J., Kloff, C.A., Ross, R., Rosenberg, R.L., Staehling, N.W. & Lane, J.M. (1977) Sahel nutrition surveys 1974 and 1975, *Disasters*, 1(2) : 117-124.
- Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) (1987a) Service de bactériologie, *Rapport annuel sur le réseau de dépistage bactériologique de la tuberculose, 1er, 2ème, 3ème et 4ème trimestres 1987*, Bamako.
- Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP) (1987b) Document établi par l'agent comptable en date du 15 juillet 1987, Bamako.
- International Development Association (1988) *Report and Recommendations of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a Proposed Development Credit of SDR 29.4 Millions to the Republic of Mali for a Public Enterprise Sector Adjustment Program* (Report Number P-4734-MLI), Washington DC.
- International Development Association (1991), *Mission de supervision, 10-28 novembre 1991, annexe 3 : Mission de supervision des composantes fonction publique et code du travail*, Washington DC.
- Kanji, N., Kanji, N., Manzi, F. (1991) From development to sustained crisis. Structural adjustment, equity and health. *Soc. Sci. Med.*, 33(9), 985-993.
- Kassambara, M. (1990) *Évaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain*, thèse de médecine, Bamako.
- Keita, B. (1988) *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*, Bamako, thèse de médecine, ENMP.
- Kravis, I.B. (1984) Comparative studies of national incomes and prices, *J. Econ. Lit.*, 22 : 1-39.
- Meyer, J. D. (1985) *Final report, survey of health expenditures, Mali*. JDM Consulting Group, Potomac, USA.
- Ministère de la Santé (1983) *Dépenses de santé en Haute-Volta selon l'origine du financement : évolution, structure, analyse*, Ouagadougou, Secrétariat général.
- Ministère de la Santé publique (1975) *Rapport annuel du service de la santé, année 1975*, Bamako, Direction nationale de la santé, Division de la statistique.
- Ministère de la Santé publique et de la Protection sociale (1982) *Projet de consolidation de l'Office malien de pharmacie dans le cadre du système pharmaceutique national*, Bamako, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale.
- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1986) *Annuaire statistique 1982*, Bamako.
- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1988) *Planification sanitaire de la région de Mopti 1988-1992*, tome I, Bamako.

- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1990) *Rapport sur la politique des soins de santé primaires en République du Mali de 1964 à nos jours*, Direction nationale de la santé publique, Cellule de coordination des soins de santé primaires.
- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, (1990) *Annuaire statistique des services socio-sanitaires, année 1988*, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale, Division de la statistique et de la documentation, Bamako.
- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, (sans date, 1982 ?) *Plan décennal de formation de la santé publique et des affaires sociales*, Bamako, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale, Division de la formation.
- Ministère du Développement industriel et du Tourisme-Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1982) *Projet d'alimentation en eau et de développement sanitaire dans les zones rurales de Kita, Bafoulabé et Kéniéba, rapport socio-économique*, Bamako.
- Ministère du Plan (1990) *Politique de population du Mali, Diagnostic de la situation démo-économique* (document de base, juillet 1990) Bamako, Direction nationale de la planification.
- Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991a) *Recensement général de la population et de l'habitat au Mali : Analyse, tome 2, Mouvement de la population, natalité, fécondité, mortalité, migration*, Bamako, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement.
- Ministère du Plan et de la Coopération internationale (1991b) *Recensement général de la population et de l'habitat (1er au 14 avril 1987), principaux résultats d'analyse*, Bamako, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement.
- Ministère du Plan et des Transports (1981) Direction nationale de la statistique et de l'informatique, *Annuaire statistique du Mali 1974*, Bamako.
- Mondot-Bernard, J. (1980) *Satisfaction of Food Requirements and Agricultural Development in Mali*, vol. 1 : Results of Food Consumption Surveys, Paris, OCDE.
- Mondot-Bernard, J., Monjour, L. & Karam, M. (1980) *Satisfaction of Food Requirements and Agricultural Development in Mali*, vol. 2 : Results of Medical and Nutritional Surveys, Paris, OCDE.
- OMS (sans date) *Examen de l'utilisation des ressources dans les pays : Mali*, (draft, HRG / CRU.22), Genève.
- Rasera, J.-B. (1986) *Mali Public Expenditure Mission*, revue du secteur santé, Banque Mondiale, Washington DC.
- République du Mali (1990) Ministère des Finances et du Commerce : Lettre de politique de développement pour 1990-1992, Bamako.
- République du Mali (1991) *Facilité d'ajustement structurel renforcée. Document-cadre de politique économique et financière à moyen-terme (1991-1993)*, établi par les autorités du Mali en collaboration avec les services du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale.
- République du Mali (1992) *Mali : Document-cadre de politique économique et financière à moyen terme (1992-1994) du Mali*, établi par le Gouvernement du Mali en collaboration avec les services du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale.
- République du Mali, Ministère des Finances et du Commerce/Ministère du Plan (1991) Séminaire national « Dette publique », synthèse des travaux, Bamako.
- Robinson, D. (1985) Tuberculosis. In Robinson, D., ed., *Epidemiology and the Community Control of Disease in Warm Climate Countries*, 2ème édition, Edimbourg, Churchill Livingstone, pp. 223-242.
- Sow, S. M. (1988) *Contribution de l'informatique dans la gestion de laboratoire d'analyses médicales en milieu hospitalier* (appliquée au laboratoire de l'hôpital du « Point G »), thèse de pharmacie, ENMP, Bamako.
- Stein, H., Nafziger, E.W. (1991) Structural adjustment, human needs and the World Bank agenda, *J. Mod. Afr. Stud.*, 29(1) : 173-189.
- Summers, R., Heston, A. (1988) A New Set of International Comparisons of Real Product and Price Levels Estimates for 130 Countries, 1950-1985, *Rev. Income Wealth*, 34(1) 1-25. NB : les tableaux figurent sur trois disquettes accompagnant cette livraison de la revue.
- Sundberg, S. (1988) *Aperçu de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle au Mali*, Bamako, rapport présenté au Bureau chargé du Développement Agricole de l'USAID-Mali.
- Tinta, S. (1992) *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali*, Vol. 2, Étude sociologique, INRSP, Bamako.

- Touré, B. (1989) *Évolution de la dette publique du Mali de 1960 à 1988*. Exposé présenté au Séminaire national « Dette publique », 18-21 juillet 1989, Bamako, Ministère des Finances et du Commerce/Ministère du Plan.
- Traoré, B., Konaté, M. & Stanton, C. (1989) *Enquête démographique et sanitaire au Mali, 1987*, Centre d'Études et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel et Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development, Westinghouse.
- UNICEF (1989) *Enfants et femmes au Mali, une analyse de situation*, Paris, L'Harmattan, édit.

Chapitre 11

MACRO-ÉCONOMIE ET FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU NÉPAL : UNE PERSPECTIVE À MOYEN TERME

S. Acharya (1), G. Carrin (2) & A. N. Herrin (3)

(1) Ministère de la Santé, Katmandou, Népal

(2) Bureau de la Coopération internationale, OMS, Genève, Suisse

(3) Département d'Économie, Université des Philippines, Quezon City, Philippines

Introduction

Les ressources nécessaires à la mise en oeuvre d'une politique dans le secteur sanitaire sont générées par le service public à partir d'enveloppes budgétaires et par le secteur privé à partir de paiements directs par les ménages et d'autres systèmes de financement. Les ressources pouvant provenir du secteur public sont cependant contraintes par la capacité à financer de ce secteur qui, à son tour, dépend de la politique macro-économique. Les ressources qui peuvent être mobilisées auprès du secteur privé sont limitées par la croissance des revenus des ménages. La structure de l'économie affecte aussi la possibilité de développer les schémas alternatifs de financement national. La croissance des revenus des ménages aussi bien que la structure de l'économie à court et à moyen termes sont largement influencées par la politique macro-économique.

Les objectifs de la présente communication sont : (i) d'estimer les dépenses totales (publiques et privées) du secteur de la santé et les sources de financement ; (ii) d'analyser les implications des tendances macro-économiques en cours et prévisionnelles, telles qu'elles résultent de la politique macro-économique, sur les capacités du secteur de la santé, à la fois public et privé, de mobiliser les ressources pour financer les dépenses de santé à moyen terme ; et (iii) d'identifier toute recherche supplémentaire susceptible d'améliorer l'efficacité et l'équité de l'allocation des ressources pour le secteur sanitaire.

Cette communication sera organisée de la manière suivante. La section 1 décrit brièvement la situation sanitaire au Népal et les caractéristiques socio-économiques qui affectent son statut sanitaire. La section 2 présente une estimation des dépenses totales (à la fois publiques et privées) pour le secteur sanitaire, et identifie les résultats de ces schémas de dépenses et des sources de financement. La section 3 décrit la politique macro-économique récente et la place du secteur sanitaire dans le budget total du Gouvernement. Elle étudie également les implications des différents scénarios macro-économiques sur les dépenses de santé gouvernementales grâce à un modèle simple de simulation macro-économique. La section 4 contient une étude du rôle du secteur privé dans le financement du secteur sanitaire et examine les limites du développement de modèles alternatifs de

financement privé. La section 5 présente une brève description des recherches qui seront nécessaires à l'avenir pour formuler une politique destinée à améliorer l'efficacité et l'équité du fonctionnement du secteur sanitaire.

1. Population, statut social et déterminants socio-économiques

La population du Népal a augmenté rapidement entre 1971 et 1981 à un taux annuel moyen de 2,7%, passant ainsi de 11,6 millions à 15 millions. Les premiers résultats du recensement de 1991 indiquent que la population est maintenant de 18,5 millions, ce qui représente une augmentation de 3,5 millions par rapport au recensement de 1981. Ces derniers chiffres ont surpris jusqu'aux démographes locaux qui avaient prédit que la population atteindrait 19,4 millions, sur la base d'une série de projections à variation moyenne de population. Ces chiffres sont cependant proches des 18,8 millions prédits sur une base de série à variation basse. Les premiers résultats du recensement de 1991 indiquent que le taux de croissance moyen de la population pour la période 1981-91 a été de 2,1% au lieu des 2,5% attendus (variation moyenne). Bien que le taux de croissance soit apparemment plus faible que prévu, les autorités népalaises le considèrent comme trop rapide, compte tenu des ressources du Royaume et de son niveau actuel de développement économique. La politique nationale démographique et le programme de réduction de la fertilité et de modération de la croissance de la population sont par conséquent renforcés (Pant & Gubhaju, 1989 ; Secrétariat de la Commission du Plan, 1992) ; il est cependant reconnu que même si la fertilité décroît de manière significative, le taux de croissance de la population restera vraisemblablement élevé à l'avenir du fait d'une diminution de la mortalité, qui se situe encore à un niveau élevé.

Bien que des progrès soient apparus pour améliorer l'état de santé de la population au cours des dernières décennies, la situation sanitaire au Népal est précaire même en comparaison de celle d'autres pays en voie de développement. Des estimations récentes recueillies par le Ministère de la Santé (1991) à partir de diverses sources révèlent que l'espérance de vie à la naissance en 1990 était d'environ 54 ans (55,4 pour les hommes et 52,6 pour les femmes) ; le taux de mortalité infantile était estimé à 105 décès pour 1000 naissances en 1988, avec un risque de mortalité avant l'âge de cinq ans de 173 pour 1000 naissances vivantes chez les garçons et de 187 pour 1000 naissances vivantes chez les filles en 1989. Environ 95% de la mortalité et de la morbidité totales parmi les enfants de moins de cinq ans étaient dus à des maladies diarrhéiques, à des infections respiratoires aiguës et à des maladies pouvant être prévenues par des vaccins, le tout aggravé par la malnutrition. La mortalité maternelle a été estimée à 8,5 décès pour 1000 naissances vivantes (Ministère des Finances, 1992).

La précarité de la situation sanitaire du Népal est due à l'interaction de plusieurs facteurs socio-économiques environnementaux. Un des principaux facteurs est le taux toujours élevé de fertilité : le taux global de fertilité n'a guère baissé durant la décennie 81-90, 6,3 naissances par femme en 1981 contre 5,8 en 1990. La fertilité élevée est clairement associée à une mortalité élevée chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. L'exposition à un environnement insalubre est un autre facteur de santé précaire comme on peut le déduire de la prévalence continue de maladies diarrhéiques. En 1988, seulement 36% de la population totale, soit 33% de la population des zones rurales et 66% de celle des zones urbaines, avaient accès à l'eau potable (Banque Mondiale, 1991). Enfin, bien qu'il n'existe pas de données nationales, on a observé que l'utilisation des soins est faible et que seulement 15%

de la population ont facilement accès au système de santé formel (Ministère des Finances, 1992).

Les facteurs socio-économiques, y compris les bas niveaux de revenu et d'éducation, particulièrement chez les femmes, ont un impact indirect sur le statut sanitaire, de par leurs effets sur les facteurs environnementaux. Le Népal, avec un produit national brut de 170 US\$ per capita en 1991, est l'un des pays les plus pauvres du monde. Au cours de la période 1970/1971-1980/1981, le produit intérieur brut par habitant a à peine augmenté : le taux moyen annuel de croissance du produit intérieur brut réel a été de 2,9%, alors que celui de la population était de 2,7% pendant la même période. La situation s'est quelque peu améliorée au cours des années 80, le taux moyen annuel de croissance du produit intérieur brut réel au cours de la période 1980/1981-1990/1991 étant de 4,1% et celui de la population de 2,1%, ce qui donne une croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut de 2,1%. En 1988, le taux d'alphabétisation était de 35% chez les femmes et les hommes réunis, 52% pour les hommes et 18% pour les femmes (Ministère de l'Éducation et de la Culture, cité par le Ministère de la Santé, 1991). Outre ces facteurs socio-économiques, la géographie particulière du Népal influence non seulement l'activité économique mais aussi l'offre des services de santé et leur utilisation.

Bien que les améliorations du statut sanitaire soient déterminées par de nombreux facteurs socio-économiques et environnementaux, nous nous focaliserons sur un de ces déterminants, à savoir l'accessibilité et l'utilisation des soins de santé. Au Népal, une large part des services de santé est fourni par le secteur public. Les soins publics sont dispensés à travers une hiérarchie de structures sanitaires allant des dispensaires et des centres de santé aux hôpitaux de district, puis aux hôpitaux régionaux, de zone et centraux. Alors que des progrès ont été effectués pour améliorer l'accès aux services de santé, de nombreux problèmes subsistent, y compris dans le domaine du personnel de santé, spécialement dans les zones rurales ; ajoutons également le manque chronique de médicaments et d'approvisionnement dans les dispensaires et les autres structures sanitaires (Kafle & Shrestha, 1991). Les soins privés sont dispensés dans des hôpitaux et des cabinets privés, et il n'est pas rare que les médecins du secteur public consultent à titre privé.

2. Dépenses du secteur sanitaire et sources de financement

2.1. Méthode d'estimation

2.1.1. Dépenses du secteur sanitaire

Nous avons établi une estimation des dépenses totales du secteur sanitaire, secteurs public et privé confondus. Les dépenses du secteur public comprennent toutes les dépenses du Ministère de la Santé et des autres agences gouvernementales pour la fourniture des soins. Les données concernant les dépenses gouvernementales (distinguées des budgets des services sanitaires) sont accessibles au Bureau du Contrôleur financier et sont publiées régulièrement par le Ministère des Finances. De telles dépenses, qui sont généralement qualifiées de « régulières » ou « de développement », ont été considérées comme une approximation des dépenses totales du secteur public pour les services sanitaires au cours de l'année considérée. Certaines structures sanitaires (hôpitaux centraux, de zone et régionaux) ont reçu du Gouvernement l'habilitation à déterminer et à

encaisser le prix de leurs services afin de recouvrer quelques-unes de leurs dépenses de fonctionnement. Aussi, pour éviter une double comptabilisation, les revenus de cette tarification devraient être déduits des dépenses gouvernementales du fait qu'ils incombent aux ménages. Malheureusement, les données sur les revenus collectés par ces instances sanitaires sont incomplètes et ne sont pas aisément accessibles. Leur montant total paraît faible et, même si elles ne sont pas absolument fiables, les estimations des dépenses totales de santé ainsi que les parts du privé et du public n'en sont pas affectées de manière significative.

Les estimations des dépenses du secteur sanitaire privé comprennent habituellement les paiements directs des ménages pour les médicaments et les prestations obtenus par paiements par un tiers, c'est-à-dire les assurances privées et sociales, les systèmes de financement communautaire et les dons des associations philanthropiques. Les systèmes d'assurances privées et sociales n'existent pas encore au Népal. Les estimations des dépenses du secteur sanitaire privé devraient aussi inclure les prestations offertes par les employeurs à leurs employés et par les organisations privées et non gouvernementales. Les seules données accessibles sur les dépenses directes des ménages sont celles résultant d'une enquête nationale effectuée en 1984-85 (Nepal Rastra Bank, 1988) ; notre estimation des dépenses sanitaires privées est basée sur ces chiffres.

Ces données ont été obtenues au cours d'une enquête globale sur le budget des ménages menée par la Nepal Rastra Bank en 1984-85. L'enquête a permis de recueillir des informations sur la composition du ménage, le logement, l'emploi, le revenu, les dépenses et l'utilisation du temps. Dans le cadre de cette enquête, les dépenses familiales de santé étaient classées en « médicaments et remèdes » et « soins médicaux ». Afin d'établir une estimation des dépenses sanitaires totales de chaque ménage, les dépenses mensuelles par ménage furent multipliées par 12 puis par le nombre estimé de ménages en 1984-85. L'estimation qui en a résulté est présentée dans le tableau 1. Une autre méthode d'estimation consisterait à prendre la proportion de dépenses sanitaires dans les dépenses totales de consommation et de multiplier cette proportion par les dépenses personnelles de consommation dérivées des comptes du revenu national. En utilisant cette approche, on est arrivé à des résultats inférieurs de 8% à ceux de la première estimation, soit 892,5 millions de roupies (Rs) contre 961,7 millions Rs. La différence entre les deux estimations provient probablement d'une surestimation du nombre de ménages dans la première estimation, basée sur la projection démographique (variation moyenne) pour cette année, alors que le taux de croissance entre le recensement de 1981 et les premiers résultats du recensement de 1991 est plus bas que le taux utilisé pour cette projection. Quelle que soit l'estimation des dépenses des ménages utilisée, le schéma général des dépenses en termes de parts des secteurs public et privé reste le même. Qui plus est, chacune des estimations devrait être estimée comme minimum, par le fait même que les autres composants des dépenses privées n'ont pas pu être déterminés. Dans l'étude qui suit, nous utilisons la première estimation présentée dans le tableau 1.

2.1.2. Les sources de financement

Les sources du financement total du secteur public sont bien connues et sont à la fois nationales et extérieures. Les sources nationales incluent les recettes fiscales provenant des impôts directs et indirects, les revenus non fiscaux et les prêts domestiques. Les sources extérieures comprennent les dons et les prêts de l'étranger.

Le Ministère des Finances publie des données sur les débours d'aide extérieure (dons et prêts) par secteur ainsi que des données sur les sources domestiques intervenant dans le financement des dépenses totales du secteur public. Nous avons

pris les données relatives à la part déboursée des dons et des prêts dans le secteur sanitaire comme mesure du financement extérieur. La différence entre les dépenses totales du secteur de santé et la somme financée à partir de sources extérieures représente la dépense du secteur sanitaire public financée à partir de sources intérieures. Nous sommes partis du principe que ces dépenses étaient financées à partir de sources intérieures dans la même proportion que les dépenses totales du secteur public. Ainsi, nous avons appliqué les proportions des dépenses totales du secteur public financées à partir des différentes sources domestiques aux dépenses du secteur sanitaire public. Les résultats sont donnés dans le tableau 2, qui ne présente pas uniquement le financement provenant des ménages mais également la manière dont les dépenses sanitaires totales en 1984-85 ont été financées à partir de différentes sources.

2.2. Dépenses du secteur sanitaire et sources de financement

L'estimation des dépenses totales du secteur sanitaire présentée dans le tableau 1 révèle que les dépenses de santé privées, en termes de paiement direct par les ménages, représentent une proportion importante du total : 71%, soit plus du double du niveau de dépenses du secteur public. Une partie importante des dépenses des ménages concerne les médicaments et les produits pharmaceutiques qui constituent 91% du total des dépenses de santé des ménages .

Le total des dépenses de santé du secteur public, qui constituaient 29% des dépenses totales du secteur sanitaire, étaient financées à partir de diverses sources. Environ un tiers provenait de sources extérieures, principalement des dons ; les sources intérieures étaient constituées de revenus fiscaux et non fiscaux et d'emprunts domestiques. Une grande partie des revenus fiscaux provenait d'impôts indirects (82%).

Tableau 1. Dépenses totales du secteur sanitaire, Népal, 1984-85

Secteur	Montant en millions de Rs	Distribution et pourcentage	Pourcentage du produit intérieur brut
Public	394,2	29,1	0,89
Régulier	139,4	10,3	0,31
Développement	254,8	18,8	0,57
Privé	961,7	70,9	2,16
Médicaments	872,4	64,3	1,96
Services médicaux	89,3	6,6	0,20
Total	1 355,9	100,0	3,05

Source : Nepal Rastra Bank (1988).

Le total des dépenses du secteur sanitaire, tant public que privé, d'un montant de 1 456 millions de Rs représentait 3,05% du produit intérieur brut en 1984-85, les dépenses des ménages comptant pour 2,16% et les dépenses du secteur public pour seulement 0,89%.

Tableau 2. Sources de financement du secteur sanitaire, Népal, 1984-85

Secteur	Montant en millions de Rs	Distribution du pourcentage
Public	394,0	29,1
Sources intérieures	252,7	18,6
Impôts directs	24,8	1,8
Impôts indirects	114,6	8,5
Revenus non fiscaux	33,8	2,5
Prêts locaux	79,5	5,9
Sources extérieures	141,5	10,4
Dons de l'étranger	135,6	10,0
Prêts de l'étranger	5,9	0,4
Privé	961,7	70,9
Ménages	961,7	70,9
Total	1 355,9	100,0

2.3. Questions concernant le financement du secteur sanitaire

De nombreuses observations peuvent être faites à partir des données des tableaux 1 et 2. La première série d'observations concerne la structure des dépenses. Comme nous l'avons déjà noté, une proportion importante des dépenses du secteur sanitaire était imputable aux ménages, 91% étant consacrés aux médicaments. On peut considérer que ce schéma signifie que les ménages peuvent payer les médicaments et les soins — ce qu'au demeurant ils font — et que l'on pourrait par conséquent recouvrer une part des coûts en faisant payer les services publics de santé. La capacité de payer les soins et les médicaments reste, cependant, étroitement liée aux revenus ; il n'est pas du tout évident, à partir de ces données limitées, de savoir dans quelle mesure les tarifs appliqués aux usagers affecteraient l'utilisation des services. Deuxièmement, le fait que les médicaments représentent une forte proportion de la dépense privée soulève la question de l'efficacité et de l'efficience de la consommation de médicaments - efficacité en termes d'adéquation médicale des médicaments utilisés et d'efficience en termes de prix payés par les ménages pour des médicaments de même valeur thérapeutique.

Le second ensemble d'observations a trait aux sources de financement. Comme nous l'avons déjà noté, une source majeure de financement est le paiement direct par les ménages. Ce fait soulève la question de l'équité en matière d'accès aux soins essentiels. Il est vraisemblable que les ménages à bas revenus auront un accès moindre que les ménages à hauts revenus s'il n'existe pas d'autre plan de financement pour les paiements directs par les ménages, et à moins que la majeure partie des dépenses publiques ne profite directement aux ménages à bas revenus plutôt qu'aux ménages à hauts revenus. Deuxièmement, le fait qu'une proportion importante des dépenses totales du secteur public est financée par la taxation indirecte soulève la question de l'équité financière, du fait que les impôts indirects sont généralement régressifs. Troisièmement, comme une grande partie des dépenses du service public (36%) est financée par des sources extérieures, le secteur sanitaire est particulièrement vulnérable aux fluctuations de l'aide extérieure. Enfin, dans la mesure où la dépense publique repose largement (20%) sur l'emprunt, le secteur sanitaire se trouve très exposé aux changements de politique économique, tels que les programmes d'ajustement et la réduction des déficits budgétaires qui en découlent.

Les ressources actuellement attribuées au secteur sanitaire sont en conséquence étroitement liées aux changements dans l'environnement macro-économique. La croissance de l'économie affecte à la fois la disponibilité des ressources dans le secteur public en termes de recettes fiscales, et les ressources des ménages en termes de revenus. Une politique macro-économique telle que la réduction des déficits budgétaires affecte l'ensemble des ressources du secteur public et, par voie de conséquence, celles du secteur sanitaire. Dans la prochaine section, nous étudierons l'impact des changements macro-économiques sur les dépenses publiques de santé ; nous procéderons de même en ce qui concerne le secteur privé dans la section 4.

3. La macro-économie et les dépenses du secteur public de santé

3.1. Cadre récent de la politique macro-économique

Afin d'évaluer l'impact prospectif des changements macro-économiques sur les dépenses du secteur public, nous avons examiné les options politiques adoptées par le Gouvernement, telles qu'elles sont révélées par les documents officiels, à la lumière des performances macro-économiques¹. Le Gouvernement, en place depuis mai 1991, met en oeuvre une nouvelle politique ayant pour objectif de changer les conditions intérieures et extérieures dans son *Discours sur le Budget de l'année fiscale 1991-92* ; ce fut le premier document de politique générale publié par le Gouvernement depuis son entrée en fonction (Acharya, 1991). Le Gouvernement achève actuellement la préparation du Huitième Plan ; toutefois, le document officiel n'était pas accessible au moment de la rédaction de cette communication. Plus loin, nous décrivons les nouvelles options de politique économique telles qu'elles apparaissent dans le *Discours sur le Budget*.

3.1.1. Objectifs du budget gouvernemental 1991-1992

Le budget a cinq objectifs de base. Le premier est « d'impliquer la population en général dans l'axe principal du développement national et de distribuer les bénéfices du développement aux plus vulnérables ». Pour y parvenir, les régions économiquement défavorisées du Royaume recevront une aide accrue, particulièrement en ce qui concerne l'eau potable, le transport rural, l'irrigation, l'éducation et les services de santé.

Le second objectif est « d'atténuer les difficultés économiques des nécessiteux ». Le Gouvernement a reconnu la dureté des conditions économiques entraînée par l'inflation, elle-même due à des facteurs extérieurs, tels que la Guerre du Golfe, la dévaluation de la roupie népalaise et l'inflation chez les pays exportateurs ; parmi les facteurs internes nous pouvons citer les pénuries artificielles provoquées par les fournisseurs locaux. Les mesures destinées à rendre moins difficiles les conditions économiques des gens du peuple comprennent une régulation des prix des produits essentiels, des mesures administratives pour éviter les pénuries artificielles, mais aussi des subventions aux populations pauvres pour encourager le développement d'activités génératrices de revenu dans le domaine de la petite agriculture et de la petite production artisanale et enfin, la priorité d'emploi aux indigents dans les projets de développement gouvernementaux.

1. Pour une information plus détaillée sur le développement macro-économique au Népal jusqu'à la fin des années 80, voir Camen, 1992.

Le troisième objectif est « d'augmenter la participation du secteur privé ». Le rôle du Gouvernement dans les entreprises, industrielles et autres, doit être réduit graduellement en faveur d'une participation accrue du secteur privé, afin d'encourager « la diligence, la compétence et l'efficacité inhérentes au secteur privé ». Les mesures qui sont étudiées ou proposées afin de parvenir à ces fins comprennent la privatisation de certaines entreprises d'État, la liberté d'accès et de fonctionnement du secteur privé dans un éventail plus large d'activités comme les banques et la finance, la libéralisation du commerce extérieur et la mise en place de réformes administratives et légales pour faciliter les investissements étrangers.

Le quatrième objectif est « de maintenir un équilibre rationnel entre les investissements pour le développement et les dépenses administratives grâce à la gestion des dépenses ». Les frais généraux se sont révélés de plus en plus difficiles à assumer à cause « du développement irrationnel des administrations dans le passé ». De plus, le service de la dette, tant extérieure qu'intérieure, impose un lourd fardeau sur les dépenses gouvernementales : au cours de l'année fiscale 1990-91, le service de la dette s'élevait à 31% des dépenses régulières ; le Gouvernement estime qu'il atteindra 50% au cours des deux prochaines années, dès qu'aura commencé le remboursement des prêts intérieurs. Ajouté aux dépenses administratives, le poids des intérêts réduit considérablement la place pour d'autres dépenses, comme celles concernant les services économiques et sociaux. Afin de réduire les frais généraux plusieurs mesures sont étudiées, y compris l'allègement des services gouvernementaux situés dans la capitale, la réduction des dépenses des représentations népalaises à l'étranger et la réduction des subventions aux entreprises publiques.

Le cinquième objectif est « de favoriser la mobilisation des ressources domestiques grâce à une administration des revenus améliorée, simple et efficace ». L'accent est clairement mis sur l'augmentation des revenus gouvernementaux fondée sur l'élargissement de l'assiette de l'impôt et sur l'amélioration de son recouvrement plutôt que sur l'augmentation des taux d'imposition ou l'introduction de nouvelles taxes.

3.1.2. Dépenses gouvernementales pour l'année fiscale 1991-1992

Le tableau 3 résume les données sur le revenu et les dépenses du Gouvernement entre 1989-90 et 1991-92. Alors que le taux de croissance nominal des dépenses régulières est estimé à 18,8% en 1990-91, il est de 22,9% pour l'année budgétaire 1991-92. L'accroissement des dépenses de fonctionnement est considéré comme étant dû à des dépenses récurrentes « incontournables », tels les salaires et les indemnités, l'augmentation des prix, le paiement des intérêts et le remboursement du capital. Par exemple, au cours de l'année budgétaire 1991-92, 3 797 millions de Rs ont dû être dépensés uniquement pour les intérêts et le remboursement du capital ; ceci représente 39% des dépenses régulières.

L'accroissement des dépenses de développement est fortement contraignant. Le taux de croissance nominale prévu pour ce poste n'est que de 2,1% en 1991-92 alors que ce taux était d'environ 27,3% en 1990-91. Avec un taux d'inflation estimé à environ 23% en 1991-92, les dépenses de développement seraient réduites d'environ 17% en termes réels. A l'intérieur du budget de développement il existe des ressources limitées pour l'investissement dans l'infrastructure physique et, en raison des autres dépenses, 40% seulement peuvent être affectés à la formation de capital. Les seuls salaires et indemnités, par exemple, absorbent déjà 32% du budget de développement. De plus, les engagements d'aide étrangère affectée ne sont pas toujours totalement employés du fait du manque de fonds nationaux de contrepartie.

Tableau 3. Récapitulation des revenus et des dépenses gouvernementaux, Népal, 1989-92 (en millions de Rs courantes)

	1889-90 Observé	1990-19991 Estimation révisée	1991-1992 Estimation
Dépenses totales	19 669,264	24 478,842	26 640,900
Taux de croissance (%)	—	24,500	8,800
Dépenses régulières	6 671,768	7 927,881	9 745,887
Taux de croissance (%)	—	18,800	22,900
Part du total (%)	33,900	32,400	36,600
Dépenses de développement	—	27,300	2,100
Taux de croissance (%)	66,100	67,600	63,400
Part du total (%)			
Ressources totales	11 262,869	13 092,943	16 068,466
Taux de croissance (%)	—	16,200	22,700
Revenu	9 287,52	10 698,261	12 557,050
Taux de croissance (%)	—	15,200	17,400
Part du total (%)	82,500	81,700	78,100
Aides étrangères	1 975,337	2 394,682	3 511,416
Taux de croissance (%)	—	21,200	46,600
Part du total (%)	17,500	18,200	21,900
Solde fiscal (+ déficit)	(8 406,395)	(11 385,899)	(10 572,434)
Taux de croissance (%)	—	35,400	-7,200
En % du PIB	9,500	11,300	8,100
Sources de financements	8 406,395	11 385,899	10 572,434
Prêts étrangers	5 956,613	6 280,860	8 317,079
Taux de croissance (%)	—	5,400	32,400
Part de financement	70,900	55,200	78,700
Emprunts intérieurs	2 150,000	4 887,556	2 082,204
Taux de croissance (%)	—	127,300	-57,400
Part de financement	29,100	44,800	11,300
Solde caisse (- excédent)	296,782	217,481	173,151
Poste mémorandum			
PIB en prix courants	88 711,000	100 268,000	129 975,000

Données sur les revenus et les dépenses de l'État, d'après Acharya (1991) ; les estimations du produit intérieur brut proviennent du Bureau Central des Statistiques telles que rapportées par le Ministère des Finances (1992).

En vertu de ces prévisions sur les dépenses régulières et les dépenses de développement, les dépenses totales n'augmenteront que de 8,8% en 1991-92. Les ressources totales (revenus plus dons) doivent cependant augmenter de 22,7%, ce qui réduira le déficit budgétaire de 7%.

Les ressources extérieures restent importantes pour le financement du secteur public. La part des dons dans le total des ressources augmentera de 18,2% en 1990-91 à 21,9% en 1991-92, et la part des prêts étrangers dans le financement du déficit budgétaire augmentera de 55,2% à 78,7%. Les dons et les prêts étrangers représentent 70% des dépenses de développement en 1991-92.

3.1.3. Croissance économique

Le Discours sur le Budget met l'accent sur le fait que la croissance de la production nationale et l'amélioration de la répartition des revenus constituent des objectifs de premier plan. On espère que la croissance économique améliorera les conditions de vie des plus vulnérables. En 1991-92, en conséquence, l'objectif est d'augmenter le produit intérieur brut de 4,6% en termes réels, l'agriculture de 3,5%, l'industrie de 20% et les autres secteurs de 4,3%. Étant donnée une croissance de la population d'environ 2%, le produit intérieur brut par habitant augmenterait ainsi de 2,6%.

3.2. Le secteur sanitaire dans le budget de l'État

Le tableau 4 présente une vue globale des dépenses de santé depuis 1985-86 et la part de la santé dans le budget total. Alors que la part des dépenses régulières dans les dépenses globales de santé s'est élevée au cours de la période 1985/86-1989/90, on s'attend à ce qu'elle diminue au cours des années fiscales 1990-91 et 1991-92 ; leur part dans le budget 1991-92 est estimée à 4%. On peut noter un schéma similaire pour les dépenses de développement pour la santé : la part de ce poste en dépenses totales de développement s'est élevée à 5% en 1988-89 mais devrait descendre à 3,7% dans le budget 1991-92. La part des dépenses totales de santé dans la dépense totale de l'État a baissé de 4,8% en 1988-89 à 3,8% en 1991-92.

Les chiffres indiquant l'évolution des dépenses de santé par habitant sont également significatifs : alors qu'elles ont augmenté de manière substantielle en 1988-89 en termes réels, elles ont diminué de 30,2% en 1989-90. Bien que l'on s'attende à voir les dépenses réelles par habitant augmenter à nouveau en 1990-91 et 1991-92, leur niveau en 1991-92 (31,2 Rs) sera plus bas qu'en 1988-89 (39,2 Rs).

Dans le budget de 1991-92, 632,4 millions de Rs, soit 3,7%, seront dépensés pour la santé, 120,7 millions sont affectés aux programmes de contrôle des naissances et 79,5 millions de Rs ont été alloués aux programmes de vaccination ; l'objectif visé est la réduction de 75% du taux de mortalité infantile. En outre, 227,5 millions de Rs ont été alloués aux services sanitaires curatifs et préventifs dans les zones rurales, 122,1 millions de Rs pour l'approvisionnement en médicaments et 8 millions de Rs pour le développement de la médecine traditionnelle. Des sources extérieures fournissent une aide importante pour l'augmentation des dépenses de développement, mais il y a eu, depuis 1985-86, une tendance à la baisse des fonds provenant de cette source (Tableau 5). L'important accroissement du financement extérieur en 1988-89 ne s'est pas maintenu en 1989-90.

Tableau 4. Dépenses de santé de l'État, Népal, 1985-1992

	1985-1986	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
Dépenses de santé totales^a	405,9	491,7	589,3	867,3	690,4	800,2	1023,4
Régulières	150,0	182,5	204,1	251,1	296,6	322,2	390,9
Part du total (%)	37,0	37,1	34,6	29,9	43,0	40,3	38,2
Développement	255,9	309,2	385,2	616,0	393,8	478,0	632,4
Part du total (%)	63,0	62,9	65,4	71,0	57,0	59,7	61,8
Dépenses de santé par habitant^b							
En prix courants	23,7	28,0	32,7	47,0	36,5	41,4	51,7
Taux de croissance (%)	—	18,2	16,9	43,6	-22,3	13,3	25,0
En prix constants	26,8	28,0	29,5	39,2	27,3	27,8	31,2
Taux de croissance (%)	—	4,4	5,3	32,8	-30,2	1,8	12,3
Parts de dépenses							
Dépenses de santé régulière / dépenses régulières totales de l'État (%)	4,19	4,41	4,36	4,42	4,45	4,06	4,01
Dépenses de développement de santé / dépenses de développement totales de l'État (%)	4,12	4,19	4,09	5,00	3,03	2,89	3,74
Dépenses de santé totales / dépenses totales de l'État	4,14	4,27	4,18	4,82	3,51	3,27	3,84
Postes mémorandum^a							
Dépenses régulières totales de l'État	3584,0	4135,2	4677,1	5676,2	6671,8	7927,9	9745,9
Dépenses de développement totales de l'État	6213,1	7377,9	9428,0	12328,7	12997,5	16551,0	16895,0
Dépenses totales de l'État	9797,1	11513,1	14105,1	18004,9	12669,3	24478,8	26640,9
Déflateur des dépenses	88,3	100,0	111,0	120,0	133,6	—	—
Taux de croissance (%)	—	13,3	11,0	8,1	11,4	—	—
Produit intérieur brut en prix constants 1987	53203,7	55358,0	59127,8	60610,4	61469,3	—	—
Taux de croissance (%)	—	4,1	6,8	1,7	2,5	—	—

Source : Central Bureau of Statistics (1991) pour les données allant jusqu'à l'année fiscale 1988-89 ; Acharya (1991) pour les données allant de 1989-1990 à 1991-1992.

a : Dépenses en millions de RS.

b : Dépenses par habitant en RS.

Tableau 5. Financement des dépenses de santé de l'État, Népal, 1985-90

	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-1990
Total dépenses de santé ^a	405,9	491,7	589,3	867,3	690,4
Dépenses régulières	150,0	182,5	204,1	251,1	296,6
Dépenses de développement	255,9	309,2	385,2	616,0	393,8
Financement intérieur	268,4	343,3	449,6	579,3	560,8
En % des dépenses totales	66,1	69,8	76,3	66,8	81,2
Financement extérieur	137,5	148,4	139,7	288,0	129,6
En % des dépenses totales	33,96	30,2	23,7	33,2	18,8
En % des dépenses de développement	53,7	48,0	36,3	46,8	32,9
Financement extérieur en millions de US\$	6,5	6,8	6,0	10,6	4,4
Pour mémoire : taux de change (Rs/US\$)	21,23	21,82	23,29	27,19	29,20

Données de base : Central Bureau of Statistics (1991).

a : Dépenses en millions de Rs, sauf indication contraire.

On peut s'attendre à ce que les postes autres que celui des dépenses directes pour les services de santé affectent le bien-être et le niveau de santé de la population. Le budget donne, en particulier, la priorité aux aménagements permettant la fourniture d'eau potable dans les zones rurales, à l'achèvement des projets de routes nationales et au développement agricole. Une aide sera en outre apportée aux services de développement agricole, au développement du marché, à l'approvisionnement en semences et à leur distribution, ainsi qu'aux programmes d'irrigation et au subventionnement des prix et des transports des engrais chimiques.

Le Discours sur le Budget indique ainsi à la fois l'émergence de nouvelles initiatives politiques et la persistance de contraintes sur la mobilisation des ressources. Les conclusions spécifiques qui peuvent en être tirées sont que (i) la croissance économique sera légèrement plus importante que dans le passé récent ; (ii) les priorités sectorielles comprennent le secteur sanitaire, dans la mesure où va être arrêtée la diminution de la part de la santé dans les dépenses globales de l'État ; (iii) bien que les perspectives de continuité de l'aide extérieure soient bonnes, le fait que les dépenses de santé dépendent fortement du financement extérieur rend ce secteur très vulnérable aux variations de l'aide ; et (iv) il y a une pression croissante pour contrôler le déficit budgétaire du fait du poids grandissant de la dette (à la fois extérieure et intérieure) et des excès passés en matière de dépenses relatives aux revenus. On peut s'attendre à ce que ces tendances aient une influence sur le secteur sanitaire. Plus loin, nous donnerons une évaluation quantitative, en utilisant un modèle simple de simulation macro-économique.

3.3. Influence des différents scénarios macro-économiques sur les dépenses publiques du secteur de santé

3.3.1. Modèle de simulation

Afin d'analyser (i) les effets des décisions concernant la croissance des différentes catégories de dépenses de santé sur l'importance relative du secteur de santé au sein du secteur public et (ii) l'impact probable (en termes quantitatifs) des

changements macro-économiques sur le secteur public en général et sur les dépenses publiques de santé en particulier, un modèle de simulation a été construit qui utilise les données disponibles pour le Népal. Ce modèle a été décrit en détail par Carrin et Evlo (1991).

Il consiste en trois blocs d'équations : les agrégats économiques de base, y compris la balance des paiements ; les finances publiques en général ; et le secteur public de santé. La structure de ce modèle est simple, du fait que la plupart des équations sont des identités, de sorte que le personnel du Ministère de la Santé peut facilement l'utiliser pour effectuer des analyses simples et actualiser les données, en utilisant le logiciel accessible. Les données utilisées dans le modèle sont facilement accessibles à partir des publications officielles, en particulier du *Statistical Yearbook*¹ publié par le Bureau central de Statistiques et l'*Economic Survey* (inventaire statistique) publié par le Ministère des Finances.

3.3.2. Scénarios alternatifs

Ce modèle a été utilisé pour analyser l'effet des scénarios macro-économiques alternatifs sur les dépenses sanitaires gouvernementales à moyen terme.

- (i) *Scénario de référence* : il postule que les dépenses publiques réelles de santé augmentent parallèlement au produit intérieur brut qui, lui-même, devrait croître de 4,5% en 1991, 4,6% en 1992, 4,7% en 1993, 4,8% en 1994 et 4,9% en 1995². Les données pour 1991 sont des estimations tirées du Discours sur le Budget. Il postule également que les dépenses réelles de développement financées au niveau domestique croîtront comme le produit intérieur brut, ce qui implique que les dépenses de développement financées par l'extérieur seront, en US\$ courants, de 5,6 millions en 1991, 6,2 millions en 1992, 6,8 millions en 1993, 7,6 millions en 1994 et 8,4 millions en 1995.
- (ii) *Scénario du Discours sur le Budget* : les données pour 1991 sont extraites du Discours sur le Budget, et les niveaux des dépenses estimées pour 1992 sont pris en tant que niveaux qui prévaudront en 1992 plutôt que comme ceux qui résulteraient d'une continuation des tendances récentes telles qu'elles sont exposées dans le scénario de référence. Après 1993, les dépenses de santé et les dépenses publiques totales sont supposées croître parallèlement au produit intérieur brut (valeurs de référence). Ce scénario postule ainsi une seule augmentation des dépenses de santé en regard des dépenses publiques globales intervenant en 1992 ; ensuite, les tendances des dépenses de santé suivront la croissance du produit intérieur brut.
- (iii) *Scénario de croissance plus lente* : les données pour 1991 sont extraites du Discours sur le Budget. Après 1992, les dépenses publiques, qu'elles soient globales ou de santé, sont censées croître de manière similaire au produit intérieur brut, hormis le fait que le taux de croissance du produit intérieur brut est supposé plus lent que les taux de croissance de référence : les taux de croissance estimés sont de 3,8% en 1991, 1992 et

1. Annuaire statistique.

2. Les années indiquées sont les années fiscales ; par exemple, 1991 fait référence à l'année fiscale 1990-91. Les taux de croissance du produit intérieur brut supposés dans ce scénario concordent avec ceux supposés dans le Discours sur le Budget, c'est-à-dire 4,6% pour 1991-92. Après avoir mis en oeuvre la plupart des simulations, nous apprenons que le Huitième Plan vise un taux annuel de croissance du produit intérieur brut de 5,1% (Ministère des Finances, 1992). Il serait instructif de simuler les implications de cette nouvelle affirmation mais cette tâche sera entreprise plus tard.

1993 et de 3,9% en 1994 et 1995. Le but de l'analyse de ce scénario est d'anticiper les conséquences d'un échec dans l'augmentation du taux de croissance du produit intérieur brut envisagée dans le Discours sur le Budget.

- (iv) *Scénario relatif à la contrainte en matière d'aide étrangère* : une part importante des dépenses globales de santé est financée par des sources extérieures (Tableau 5). Pour cette analyse, nous postulons que les dépenses régulières sont financées entièrement par des sources intérieures, alors que les dépenses de développement sont financées à la fois par des sources intérieures et extérieures. Les valeurs pour les dépenses régulières et les dépenses publiques globales sont extraites du Discours sur le Budget. Après 1992, les deux types de dépenses et les dépenses de développement financées de manière domestique sont censées évoluer parallèlement au produit intérieur brut (taux de croissance de référence). Les dépenses de développement financées par des sources extérieures sont, cependant, financées à un niveau constant de 5 millions de US\$ entre 1991 et 1995. L'hypothèse d'un financement extérieur constant implique une diminution en part relative au cours de la période de projection.
- (v) *Scénario relatif à la contrainte en matière budgétaire* : une décision macro-économique importante est de contenir le déficit budgétaire, soit en augmentant les recettes, soit en réduisant les dépenses. Dans ce cinquième scénario, les données sur les dépenses publiques globales et les dépenses de santé de 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget. Cependant, après 1993, les deux types de dépenses sont censées augmenter à un rythme plus lent que les taux de croissance de référence afin de maintenir le déficit budgétaire à environ 8-9% du produit intérieur brut. Les déficits budgétaires sont estimés à 9,5% en 1990, 11,3% en 1991 et 8,1% en 1992 (Tableau 3).
- (vi) *Scénario d'une croissance plus lente de la population* : les taux de croissance de la population envisagés dans ce scénario étaient de 2,3% en 1991, 2,2% en 1992, 2,1% en 1993, 2,0% en 1994 et 1,9% en 1995, en contraste avec l'hypothèse de référence d'une croissance annuelle constante de 2,3%¹. Cette simulation a été effectuée afin d'examiner l'effet d'une croissance plus lente sur le scénario de référence et sur le scénario du Discours sur le Budget.

3.3.3. Résultats des simulations

Les résultats des cinq exercices de simulation sont exposés dans le Tableau 6, et les six scénarios dans leur ensemble sont résumés dans les figures 1-3. Les résultats sont résumés en termes de trois indicateurs majeurs : (i) les dépenses globales de santé de l'État ; (ii) les dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de l'État ; et (iii) les dépenses de l'État par habitant en prix constants de 1987.

1. Le taux de croissance de 2,3% est celui qui a été retenu pour la période de 1991 à 2001 sur la base d'une projection moyenne à partir des données du recensement de 1981. Les chiffres préliminaires du recensement de 1991 indiquent, cependant, que l'accroissement de la population au cours des années 80 a été plus lente que 2,3%.

Tableau 6. Dépenses de santé de l'État, Népal : résultats des études de simulation

Dépenses	Année ^a	Scénario de référence	Scénario "Discours sur le Budget"	Scénario "croissance plus lente"	Scénario "contrainte en matière d'aide étrangère"	Scénario "contrainte en matière de déficit budgétaire"
Dépenses totales de santé (en millions de RS, prix courants)	1991	800,20	800,20	800,20	800,20	800,20
	1992	931,80	1023,40	925,10	893,70	931,80
	1993	1086,00	1192,70	1069,60	1023,50	1077,00
	1994	1266,90	1391,30	1236,90	1174,80	1223,30
	1995	1479,50	1624,90	1430,70	1351,60	1382,70
Dépenses de santé en % des dépenses totales de l'État	1991	3,27	3,27	3,27	3,27	3,27
	1992	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1993	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1994	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
	1995	3,50	3,84	3,47	3,35	3,50
Dépenses de santé par habitant (en Rs, prix constant 1987)	1991	27,80	27,80	27,80	27,80	27,80
	1992	28,40	31,20	28,20	27,30	28,40
	1993	29,10	31,90	28,70	27,40	28,90
	1994	29,80	32,70	29,10	27,60	28,80
	1995	30,50	33,50	29,50	27,90	28,50

a : Les années correspondent aux années fiscales (par exemple, 1991 fait référence à l'année fiscale 1990-91).

Hypothèses : tous les scénarios postulent un taux annuel de croissance de la population de 2,3% et un taux d'inflation annuel de 11,4%.

Scénario de référence : après 1991, les dépenses sanitaires réelles augmenteront parallèlement au produit intérieur brut (les taux de référence de la croissance du produit intérieur brut sont de 4,5% pour 1991, 4,6% pour 1992, 4,7% pour 1993, 4,8% pour 1994 et 4,9% pour 1995) ; les dépenses totales de l'État en 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les dépenses publiques réelles totales et les dépenses réelles de développement financées à partir de sources domestiques sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut ; les dépenses de santé financées par des sources extérieures devraient être de 5,6 millions en 1991, 6,2 millions en 1992, 6,8 millions en 1993, 7,6 millions en 1994 et 8,4 millions en 1995, en US\$ courants.

Scénario du Discours sur le Budget : les dépenses de santé et les dépenses totales de l'État pour 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les deux types de dépenses réelles sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut.

Scénario de croissance plus lente : les dépenses sanitaires réelles sont considérées comme devant croître parallèlement au produit intérieur brut après 1991 ; les dépenses totales en 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, à la fois les dépenses de santé et les dépenses totales sont considérées comme devant augmenter parallèlement avec le produit intérieur brut, mais avec une progression plus lente que dans les autres scénarios : 3,8% en 1991, 1992 et 1993 et 3,9% en 1994 et 1995.

Scénario relatif à la contrainte en matière d'aide étrangère : les dépenses de fonctionnement et les dépenses globales pour 1991 et 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1992, les deux types de dépenses réelles et les dépenses réelles de développement pour la santé financées par des sources intérieures sont considérés comme augmentant parallèlement au produit intérieur brut (valeurs de référence) ; les dépenses de développement dans la santé financées par des sources extérieures sont fixées à 5 millions de US\$ entre 1992 et 1995.

Scénario relatif à la contrainte en matière de déficit budgétaire : les données jusqu'à 1992 sont extraites du Discours sur le Budget ; après 1993, les dépenses totales et les dépenses de santé croissent de 3,8% en 1993, de 2% en 1994 et de 1,5% en 1995 afin de maintenir le déficit budgétaire aux alentours de 8-9% du produit intérieur brut.

Le Discours sur le Budget implique qu'après 1992 les dépenses, à la fois globales et par habitant, seront supérieures de 10% à celles du scénario de référence. Les effets d'une croissance plus lente du produit intérieur brut et des dépenses de santé telle qu'elle est envisagée dans le « scénario de croissance plus lente », à savoir moins de 4% en moyenne durant la période, seraient que les dépenses publiques aussi bien totales que par habitant seraient plus basses de 3% en 1995. La limitation du financement extérieur à 5 millions de US\$ par an aurait pour effet de réduire les dépenses de santé de l'État, globales et par habitant de 2% en 1991 et de 9% en 1995 par comparaison avec le scénario de référence. Enfin, le contrôle du déficit budgétaire à environ 8-9% du produit intérieur brut à partir de 1993 permettrait de réduire, en 1995, les dépenses de santé globales et par habitant de 7% au-dessous de celles du scénario de référence.

Les résultats de ces simulations fournissent une indication quantitative de l'effet potentiel des changements macro-économiques sur le secteur public de santé. D'autres scénarios pourraient être simulés en utilisant le modèle simple décrit auparavant, élaborés de sorte qu'ils reflètent mieux la pensée sous-jacente au Huitième Plan. Cet exercice de simulation illustre également le type d'analyse qui pourrait être effectué par le Ministère de la Santé afin d'anticiper la situation probable au niveau national et la manière dont le secteur sanitaire en serait affecté, afin que les plans et les ajustements appropriés puissent être mis en place. Par exemple, si les autorités sanitaires étaient en mesure de prévoir quelle sera, eu égard aux réalités macro-économiques, la disponibilité des ressources dans les années à venir, elles pourraient dès à présent commencer à envisager des modèles de réallocation des ressources tenant compte des contraintes budgétaires, de telle manière que le niveau actuel d'efficacité des services de santé soit au moins maintenu. De plus, les estimations de l'impact des tendances macro-économiques sur les dépenses par habitant pourraient fournir un indicateur plus adapté que l'accroissement des dotations budgétaires pour la santé pour indiquer dans quelle mesure la politique gouvernementale de soulagement de la pauvreté est efficace. Un examen des informations supplémentaires nécessaires afin de développer des simulations plus utiles à la prise de décisions politiques est donné dans la section 5.

Figure 1. Dépenses publiques de santé per capita : Scénarios alternatifs

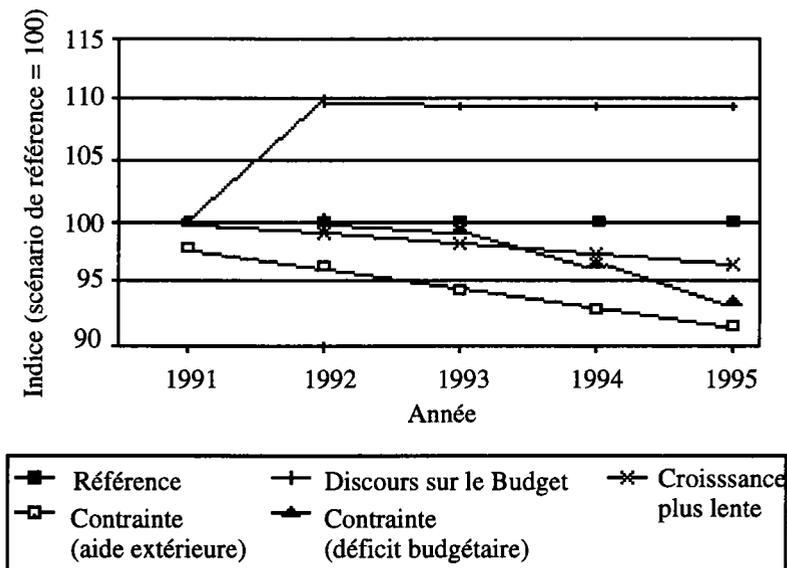


Figure 2. Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales

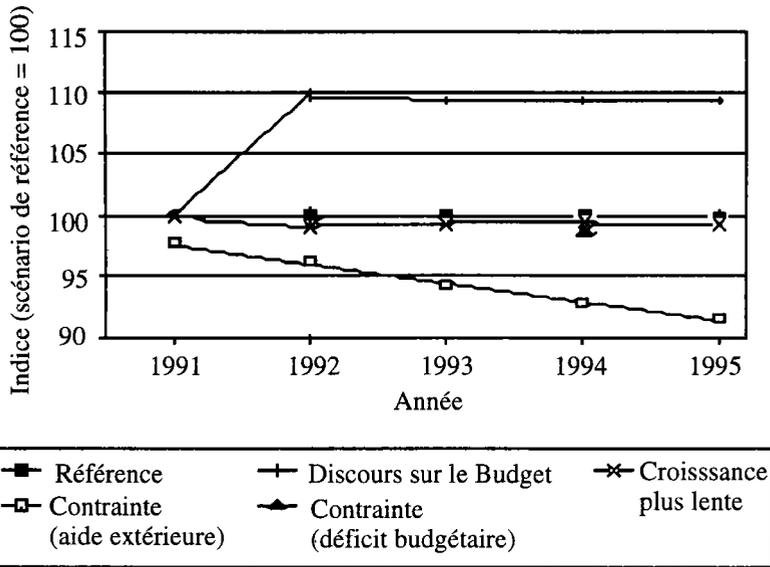
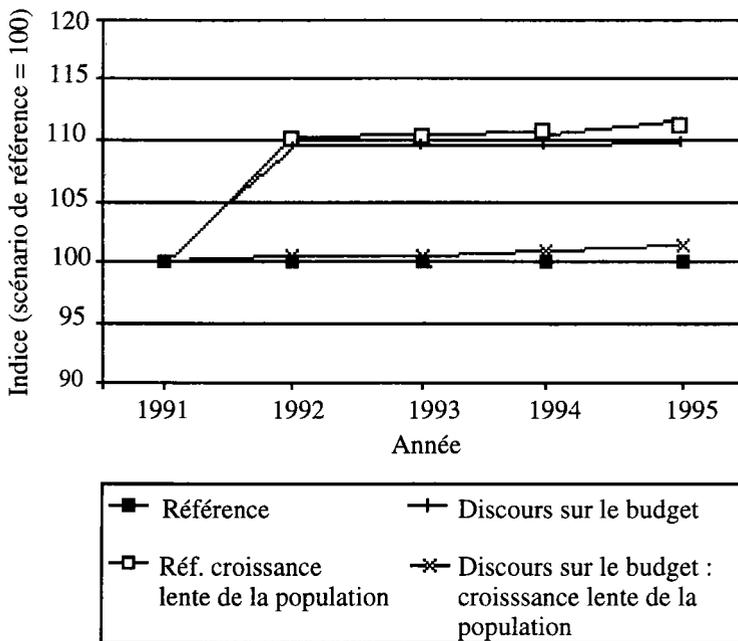


Figure 3. Dépenses publiques de santé per capita : scénarios démographiques



4. Financement de la santé par le secteur privé

4.1. Revenus et dépenses dans les ménages népalais

Comme nous l'avons déjà décrit, une forte proportion des dépenses de l'ensemble du secteur sanitaire provient de paiements directs des ménages. Compte tenu des contraintes qui pèsent sur la dépense publique, les perspectives d'expansion du financement du secteur santé dépendent du niveau de revenu et de la structure de la dépense des ménages. Le tableau 7 résume les données sur les revenus des ménages et les schémas de dépenses dans les zones rurales et urbaines et par zones géographiques ; ils sont tirés d'une étude sur le budget des ménages entreprise par la Nepal Rastra Bank en 1984-85. Ce sont les meilleures données nationales et les plus récentes sur les revenus et les dépenses au Népal.

De fortes variations peuvent être observées dans le revenu par habitant, mais aussi dans les sources de revenus et dans la structure des dépenses, particulièrement pour les soins de santé, selon les catégories de ménages. Les ménages urbains ont généralement des revenus plus importants, dont une plus grande proportion est en numéraire ; ils dépendent davantage par personne pour les soins que les ménages ruraux. Alors qu'en pourcentage des dépenses de consommation, les dépenses de santé sont à peu près les mêmes pour les ménages ruraux et urbains (environ 2,6%) elles représentent une plus grande proportion du revenu monétaire total dans les ménages ruraux que dans les ménages urbains (6,2% contre 3,3%). La mobilisation rapide de ressources financières pour payer les soins liés à la consommation globale est par conséquent relativement plus difficile pour les ménages ruraux que pour les ménages urbains. En bref, les ménages ruraux éprouvent de plus grandes difficultés à obtenir les ressources financières nécessaires aux soins à la fois dans l'absolu, du fait de revenus moindres, et en termes relatifs du fait qu'une plus faible proportion de leur revenu est obtenue sous forme monétaire.

Une analyse des données par décile de revenus révèle les faits suivants : (i) les dépenses médicales par habitant augmentent avec le revenu (Fig. 4) ; (ii) le pourcentage de revenus perçus sous forme monétaire augmente avec le décile de revenus et il est plus important dans les zones urbaines que dans les zones rurales (Fig. 5) ; (iii) la part représentée par des dépenses de santé dans les dépenses totales de consommation ne varie pas en fonction du décile de revenu ou de la résidence urbaine ou rurale, mais la part des dépenses de santé dans le revenu monétaire total est plus grande parmi les classes de revenus inférieurs, spécialement dans les zones rurales (Fig. 6). Ainsi, la capacité à financer les dépenses de santé à partir des ressources des ménages sera vraisemblablement contrainte non seulement par les niveaux des revenus mais aussi par la quantité de ces revenus perçus sous forme monétaire. Cette observation devrait être prise en compte dans le cadre de la conception des schémas de financement des soins de santé.

4.2. Schémas alternatifs pour les médicaments

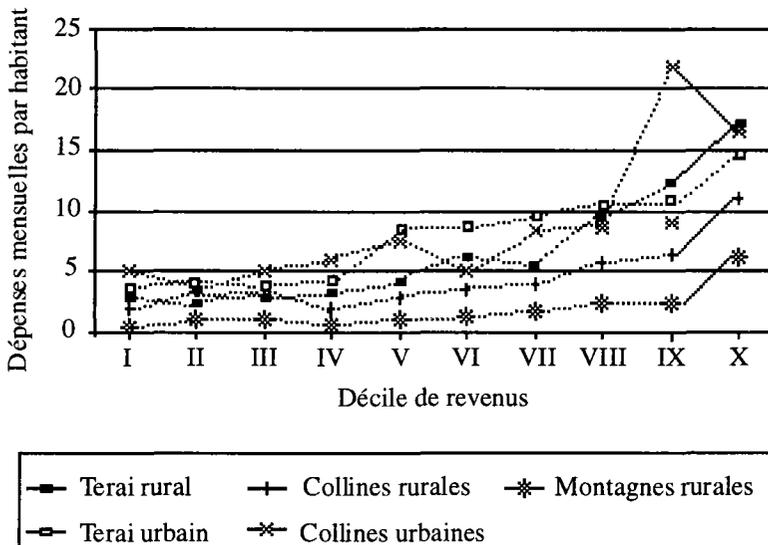
Nous avons observé plus haut qu'une forte proportion de la dépense des ménages pour les soins de santé est imputable aux médicaments. Une enquête sur le budget des ménages a révélé qu'une grande partie des dépenses en médicaments était consacrée aux vitamines, aux analgésiques, aux sirops contre la toux, aux anti-spasmodiques et aux antiseptiques ; en tout, cela représente environ 64% des

dépenses totales en médicaments dans les zones urbaines. La proportion correspondante dans les zones rurales était de 47%, 14% étant en outre dépensés en médicaments contre la tuberculose, les maladies ORL et en pommades dermatologiques.

Cette forte proportion des dépenses des ménages pour les médicaments, en relation avec les dépenses totales du secteur sanitaire, indique que l'efficacité des résultats de ce secteur dans son ensemble pourrait être améliorée par le contrôle de la consommation de médicaments. Les auteurs de la politique sanitaire au Népal ont reconnu ce fait et mettent à la fois l'accent sur une politique des médicaments essentiels, pour rationaliser l'emploi des médicaments, et la mise en œuvre de programmes afin que les médicaments essentiels soient disponibles aux communautés tout au long de l'année en quantités suffisantes et à des prix abordables. De telles actions ont été entreprises car l'approvisionnement en médicaments des structures sanitaires d'État s'était avéré insuffisant pour répondre aux besoins des communautés népalaises.

Plusieurs « programmes de financement des médicaments » ont été expérimentés, et quelques-uns sont actuellement en cours. L'un d'entre eux comprend la vente à bas prix de médicaments dans des magasins de détail privés, réalisée grâce à des achats en gros. Un autre programme comprend le partage des coûts, dans lequel les patients des postes de santé et des hôpitaux paient un prix fixe à la prescription (6 Rs dans les hôpitaux et 5 Rs dans les postes de santé) en échange d'une série complète de soins, y compris l'hospitalisation, si nécessaire. Un troisième programme comprend l'utilisation de fonds provenant d'une tierce partie générant des intérêts qui sont ensuite utilisés pour compléter les revenus de la facturation des prescriptions (2 Rs par patient) finançant ainsi l'approvisionnement en médicaments supplémentaires. Un autre programme inclut le paiement anticipé d'environ 12 à 30 Rs par ménage et par an en échange de soins et de médicaments gratuits dans les postes de santé et certains avantages dans des hôpitaux sélectionnés. Bien que ces activités aient été étudiées (Kafle & Shrestha, 1991 ; S. P. Shrestha, 1991) une évaluation complète de leurs résultats du point de vue de l'efficacité économique et de l'équité reste encore à effectuer.

Figure 4. Dépenses de soins de santé per capita, Népal, 1984-185 (en Rs)

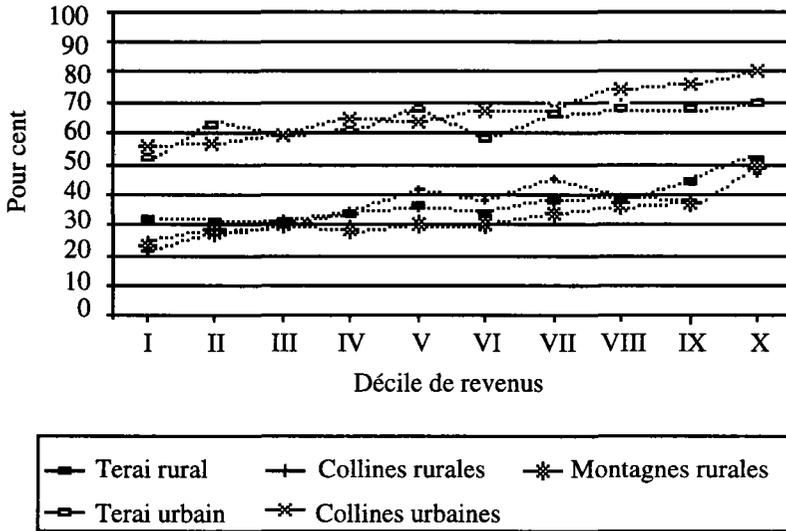


Source : Nepal rastra Bank (1988).

Tableau 7. Revenus et dépenses des ménages népalais, par zones rurales et urbaines et par zones géographiques, 1984-1985

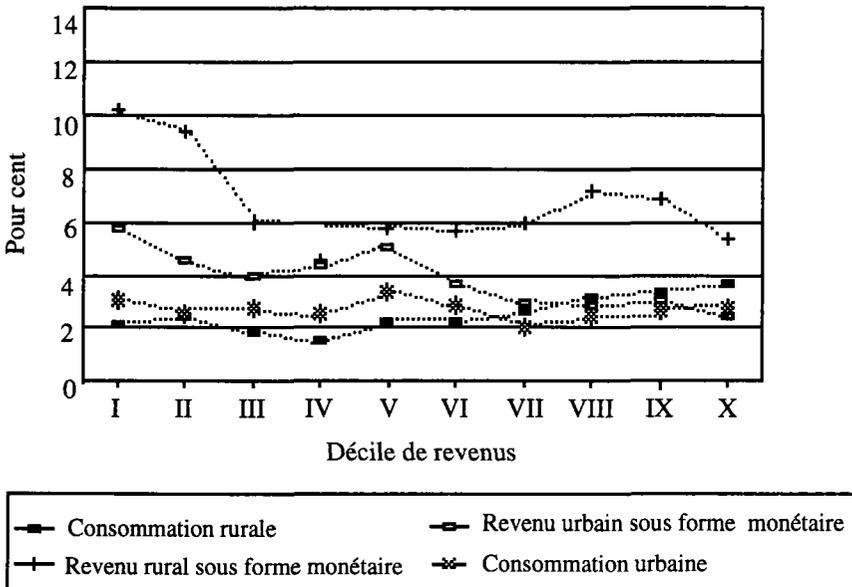
	Zones Importance moyenne du ménage (Rs)	Revenu mensuel par habitant	Revenu monétaire (%)	Dépenses mensuelles par habitant		Dépenses de santé en pourcentage de	
				Total	Consommation	Consommation	Revenus sous forme monétaire
Terai rural	6,87	187	39,1	178	166	3,8	8,6
Collines rurales	5,74	196	40,6	192	186	2,2	5,1
Montagnes rurales	5,35	208	34,2	200	195	0,6	1,7
Népal rural	6,16	194	38,9	186	177	2,7	6,2
Terai urbain	5,80	243	64,7	214	209	3,3	4,4
Collines urbaines	5,23	403	69,7	371	361	2,2	2,8
Népal urbain	5,49	325	67,8	295	287	2,6	3,3
Népal global	6,11	202	41,8	193	184	2,6	5,8

Figure 5. Pourcentage des revenus des ménages perçus sous forme monétaire, Népal rural et urbain, 1984-185



Source : Nepal rastra Bank (1988).

Figure 6. Part de la santé dans les dépenses de consommation et dans les revenus sous forme monétaire, Népal, 1984-85



Source : Nepal rastra Bank (1988).

4.3. Aspects macro-économiques de la mise en œuvre de programmes de partage des risques

Étant donné le faible niveau des revenus des ménages au Népal et l'étendue limitée du système de distribution des soins, de nombreux ménages continueront à avoir un accès réduit aux soins essentiels. De plus, les programmes de recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics ne rassembleront vraisemblablement pas suffisamment de fonds pour soulager la pression sur le budget de l'État afin qu'il puisse financer les opérations courantes et développer ses services. Éventuellement, une sorte de partage des risques devra être développé pour protéger les ménages des graves pertes financières dues à la maladie. Dans certains pays, des systèmes d'assurance sociale ont été développés dans lesquels les soins sont financés par des fonds provenant de la contribution des employés (déduction sur les salaires), et de la contribution de contrepartie versée par l'employeur, que celui-ci soit public ou privé. En 1984-85, des données sur la distribution de la population économiquement active âgée de dix ans et plus a révélé que seulement 26% de cette population étaient répertoriés comme employés, alors que 44% étaient des travailleurs familiaux non rémunérés et que 29% étaient sans emploi ; la proportion des employés dans la population active totale était plus grande dans les zones urbaines que dans les zones rurales : 46% contre 25%. Cette structure de l'emploi ne changera vraisemblablement pas de manière significative à moyen terme, particulièrement si les taux de croissance économique ne sont pas maintenus et si la population continue de croître rapidement (bien que moins rapidement qu'il n'avait été prévu auparavant). Étant donnée la structure de l'économie népalaise, toute assurance sociale basée sur des déductions salariales n'aurait donc qu'une portée limitée. Étendre un tel système au reste de la population serait extrêmement coûteux et, en fin de compte, inefficace financièrement, comme d'autres pays ayant un secteur économique informel important s'en sont rapidement rendu compte.

Face aux contraintes qui pèsent sur les budgets sanitaires publics et des ménages, et à la difficulté de développer des systèmes d'assurance sociale à large couverture à moyen terme, on ne mettra jamais assez l'accent sur l'importance qu'il y a à améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources. Les résultats dans le secteur sanitaire sont encore trop mal connus pour permettre aux décideurs d'identifier les zones dans lesquelles on peut parvenir à une plus grande efficacité et à une plus grande équité. Des recherches sont en cours pour obtenir de telles informations.

5. Recherches appliquées complémentaires

5.1 Analyse des dépenses dans le secteur sanitaire et des sources de financement

5.1.1. Secteur public

Une meilleure information est nécessaire sur la manière dont sont réparties les ressources publiques pour la santé - par type de dépenses et d'intrants, par zone géographique et par structure sanitaire - afin d'étudier où des réallocations nouvelles pourraient être effectuées qui amélioreraient l'efficacité et l'équité. A cette fin, les données sur le budget de la santé et les dépenses de l'État doivent être répertoriées différemment. Par exemple, les composantes dépenses récurrentes et dépenses d'investissement des budgets dits « réguliers » et « de développement »

devraient être fusionnées de manière à donner une meilleure perception de la dépense totale en capital et de ses répercussions sur les dépenses récurrentes à venir. Les budgets récurrents fusionnés devraient également être ventilés selon les différents types d'intrants sanitaires tels que main-d'oeuvre, médicaments, fournitures médicales, maintenance, carburant, voyages et supervision ; cela permettrait d'entreprendre une étude afin de déterminer si une réallocation de ces composantes améliorerait l'efficacité. Enfin, il serait utile de connaître la répartition des dépenses de santé de l'État, selon les catégories précédentes, par région, par district et par type d'institution sanitaire dans chaque région et dans chaque district, afin d'étudier quelle réallocation résulterait des ressources en fonction de l'importance de la population ou de l'état de santé entre les différentes régions du Royaume.

5.1.2. Secteur privé

Mis à part l'enquête globale sur le budget des ménages conduite en 1984-85 (Nepal Rastra Bank, 1988) presque aucune information récente n'existe à propos des dépenses des ménages pour les soins de santé au niveau national. A moins de conduire une enquête semblable, les données existantes doivent être analysées plus avant pour déterminer la relation entre les dépenses de santé des ménages et les dépenses totales ou le niveau des revenus et des variables comme le pourcentage de revenus perçu sous forme monétaire ; on utilisera de telles relations pour faire une projection des dépenses de santé des ménages à moyen terme.

Il faut également obtenir plus d'informations sur les activités des Organisations non gouvernementales opérant dans le domaine de la santé et sur leur financement, y compris les dépenses pour les soins délivrés gratuitement. Les Organisations non gouvernementales sont généralement financées par des fonds internes, des fonds provenant de donateurs internationaux et des contributions de l'État. Ces ressources devraient être prises en compte dans toute analyse des sources de financement du secteur sanitaire.

5.2. La politique macro-économique et les ressources du secteur public pour la santé

Il faut poursuivre les efforts (Mathema, 1991 ; B.R. Shrestha, 1991) en vue de développer un modèle de simulation simple pour la politique et la planification qui rendra possible l'analyse de l'effet probable de la politique nationale sur le secteur public de santé. Les exercices décrits dans cette communication indiquent l'importance des implications de divers changements de politique sur le secteur de la santé. Par exemple, quel serait l'impact d'une modification des taux de change ou d'une réorientation de la politique nationale en matière de salaires en particulier pour le personnel de l'État ? Une dépréciation de la monnaie affecterait probablement les prix en général et, en conséquence, tous les secteurs gouvernementaux ; le secteur sanitaire souffrirait d'effets additionnels du fait d'une plus grande dépendance à l'égard du commerce extérieur, une large proportion des médicaments et des éléments pharmaceutiques de base étant importés. Une augmentation des salaires du personnel aurait une implication budgétaire différente selon qu'elle concernerait des ministères à forte intensité en main-d'œuvre comme ceux de la santé, de l'éducation ou d'autres ministères. Un prolongement naturel des exercices décrits dans cette communication serait une simulation de l'impact sur le secteur sanitaire des changements macro-économiques envisagés par le Huitième Plan.

5.3. Analyse économique des modèles de financement communautaire existants

Plusieurs systèmes de financement communautaire et d'approvisionnement en médicaments ont été mis à l'épreuve au Népal et quelques études ont été effectuées pour observer leurs effets. Une analyse économique plus complète de leur efficacité serait cependant nécessaire pour déterminer s'ils garantissent l'équité, s'ils sont viables et s'ils peuvent être reproduits. Une telle analyse devrait s'appuyer sur les travaux de Kafle et Shrestha (1991) et de S. P. Shrestha (1991). Les concepts d'efficacité et d'équité pertinents pour une telle appréciation sont décrits par Herrin (1991) et Carrin (1992).

5.4. Analyse des coûts des services de santé

Une des conclusions d'un séminaire sur l'économie de la santé et le financement des soins, qui s'est tenu en août 1991 et auquel assistaient des responsables des Ministères de la Santé et des Finances, de la Commission nationale du Plan et d'autres instances était que la décomposition des coûts des soins dans les hôpitaux, les centres de soins et les dispensaires était inconnue. Une telle information pourrait être obtenue et répertoriée en utilisant des catégories utilisées au niveau des agrégats, soit de coûts récurrents contre l'investissement ; à l'intérieur des dépenses « récurrentes » les coûts seraient décomposés selon les intrants comme le personnel, les médicaments, les fournitures médicales, les voyages et la supervision. Une telle analyse des coûts serait utile pour étudier de nouvelles répartitions susceptibles d'améliorer l'efficacité, en préparant des budgets réalistes et en concevant des mesures de contrôle et de partage des coûts.

6. Conclusion

Les perspectives d'augmentation des ressources pour la santé dépendent non seulement de la croissance des ressources du secteur public mais, de façon plus importante, des ressources du secteur privé, du fait que celui-ci finance une large proportion de la dépense totale de santé, en particulier à travers le paiement direct des ménages. L'accroissement des ressources, tant publiques que privées, dépend fortement des tendances macro-économiques, de par leur impact sur les revenus et les dépenses de l'État d'une part, et sur les revenus et les budgets des ménages, d'autre part. L'analyse des ressources publiques et des ressources privées pour la santé, et l'information les concernant, doivent être mises à jour en tant que point de départ pour l'amélioration de l'efficacité et de l'équité de l'allocation des ressources.

Références bibliographiques

- Acharya, M. (1991) *Budget Speech of the Fiscal Year 1991-92*, Katmandou, Ministère des Finances
- Banque Mondiale (1991) *Trends in Developing Economies 1991*, Washington DC.
- Bureau Central des Statistiques (1991) *Annuaire statistique du Népal pour 1991*, Katmandou, Secrétariat d'État à la Commission du Plan.
- Camen, U. (1992) *Macroeconomic Evolution and the Health Sector : Nepal* (Macroeconomics and Health Series, ICO/MES 1.2), Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Carrin, G. & Evlo, K. (1991) *The Basic Macroeconomics of Government Health Sector Expenditures in Low-Income Developing Countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Carrin, G. (1992) *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*, New York, Macmillan.
- Herrin, A.N. (1991) *Health Economics and Health Care Financing : A Summary of Basic Concepts*

- and Issues*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, Népal, 14-16 août 1991.
- Kafle, K.K. & Shrestha, S.P. (1991) *Situation Analysis Study of Five Districts for Strengthening Primary Health Care Through Essential Drugs in Nepal*. Katmandou, Ministère de la Santé et UNICEF.
- Mathema, P. (1991) *Total Health Expenditures and Sources of Financing in Nepal*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.
- Ministry of Finance (1991) *Economic Survey : Fiscal Year 1990-91*, Katmandou.
- Ministry of Finance (1992) *Nepal External Assistance Requirements*, Katmandou.
- Ministry of Health (1991) *Health Information Bulletin, Volume 7*, Katmandou.
- National Planning Commission Secretariat (1992) *Population Policy and Programme*, , Katmandou, Population Division.
- Nepal Rastra Bank (1988) *Multipurpose Household Budget Survey*, Katmandou.
- Pant, R.D. & Gubhaju, B.B. (1989) Population, basic needs and the environment of Nepal. In : *Framework for population and Development Integration*, Vol. II (Asian Population Studies Series n°93), Bangkok, Commission Économique et Sociale pour l'Asie et le Pacifique.
- Shrestha, B.R. (1991) *Health Care Expenditures and Sources of Financing*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.
- Shrestha, S.P. (1991) *Review and Assessment of Experiences of Alternative Financing Initiatives in Nepal*. Document préparé pour le Séminaire sur l'Économie de la Santé et le Financement des Soins de Santé, Katmandou, 14-16 août 1991.

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

T. Lethu

Consultant OMS

Le résumé des discussions est une synthèse des commentaires des participants lors de chacune des interventions. Il comprend les deux parties de la conférence : l'environnement macro-économique et la santé — théorie et politique — et les études de cas. Il reproduit également les temps forts des débats suscités à l'issue de chaque session. Dans l'ensemble, ces discussions corroborent les analyses présentées à la fois sur les plans théoriques et pratiques. Elles permettent de préciser ou d'illustrer certains points de vue en les resituant dans leur contexte. Les recommandations, souvent très pertinentes, qui se dégagent de ces débats constituent autant d'éléments de réponses constructives pour l'avenir.

Santé et croissance économique : théorie, réalité et politique

Les études concernant l'impact de la santé sur la productivité et de la macro-économie sur la santé méritent une attention particulière. Jere Behrman insiste ainsi sur la nécessité de combiner la théorie macro-économique et l'observation empirique pour obtenir des interprétations appropriées. Pour Peter Heller, du FMI, ces études minutieuses sont pleinement justifiées. Tout d'abord, il s'agit de motiver l'allocation des ressources à la santé. Pour lui, les Gouvernements affecteront des financements à ce secteur indépendamment de ces études. Mais, si un impact non équivoque de la santé sur la productivité est démontré, ce résultat peut militer en faveur d'une augmentation de cette allocation. Peter Heller s'avoue surpris par le nombre limité d'indices dégagés pour mesurer l'impact de la santé sur la productivité. De plus, ces études peuvent indiquer comment les Gouvernements doivent allouer ces ressources. Les Gouvernements ont la possibilité d'intervenir dans différents domaines de la promotion de la santé, du contrôle des épidémies, de la prévention. En réalité, les dépenses curatives absorbent généralement la majeure partie des fonds destinés à la santé.

Cette orientation des politiques de santé doit être évaluée actuellement, compte tenu de l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes sanitaires dans les pays les plus démunis. Les contraintes macro-économiques se sont accentuées par rapport aux années 70. Les ressources disponibles pour beaucoup de Ministères de la Santé, en termes réels, ont baissé par habitant. Dans ces pays, les infrastructures et les institutions publiques se sont détériorées. Dans quelques pays, l'environnement politique s'est dégradé. L'environnement épidémiologique a aussi changé avec l'apparition du Sida et des nouvelles formes de résistance au paludisme.

Il convient de poursuivre les études sur l'allocation des ressources au secteur de la santé à l'intention notamment des planificateurs du secteur public. L'objectif est

de leur montrer comment ces ressources doivent être allouées dans ce domaine. Dans le même temps, il s'agit de leur indiquer comment organiser la fourniture des services afin de maximiser leur impact. Ces études peuvent contribuer également à définir des incitations pour encourager le secteur privé à pallier le manque d'efficacité des activités préventives et curatives du secteur public. Les incitations peuvent permettre aussi de motiver les fonctionnaires des Ministères de la Santé, dont les salaires sont généralement très bas.

Finalement, ces études destinées à confirmer que l'amélioration de la santé a bien un impact sur la croissance économique et sur la productivité, doivent apporter des réponses aux problèmes clés auxquels sont confrontés les secteurs de la santé. Ainsi, Peter Heller suggère-t-il à Jere Behrman de tenir compte du Sida dans ses recherches. L'impact économique de cette épidémie sur l'économie est très important à travers les effets indirects sur les économies nationales, la productivité de la main-d'œuvre et la prise en charge des orphelins. Une part substantielle des ressources est consacrée au traitement des patients du Sida. Tout en approuvant la pertinence de cette suggestion, Jere Behrman précise qu'en l'occurrence, il n'a pas jugé opportun d'aborder ce sujet dans la présentation de ses recherches théoriques. Il assure que des études sont en cours dans ce domaine parmi lesquelles les travaux de Mead Over à la Banque Mondiale.

Peter Heller tient aussi à préciser la façon dont la santé affecte la croissance économique. Pour lui, l'argument de Jere Behrman qui assure qu'une meilleure santé signifie moins de ressources à allouer aux soins curatifs, et donc des ressources économisées, n'est pas fondé. Il en veut pour preuve le fait que les pays industrialisés ne réussissent pas à maîtriser la croissance des coûts dans le secteur de la santé. Les mêmes tendances pèseront lourdement sur le monde en développement.

En réponse, Jere Behrman précise à nouveau, au cours des discussions, l'intérêt de ses recherches. Il s'agit de comprendre notamment comment se prennent les décisions d'allocations des ressources publiques. Les éléments ainsi dégagés ne sont pas les seuls déterminants de ces mécanismes de décision. Ils jouent cependant un rôle essentiel dans leur compréhension. Par exemple, dans l'éducation, un renforcement des investissements a été induit par le résultat de certaines études démontrant le niveau élevé des taux de rentabilité des allocations dans ce secteur.

H.B. Junz, directrice du bureau du FMI de Genève, pense également que certaines considérations motivent les dépenses publiques et privées dans ce secteur. Il s'agit notamment de la productivité et de l'amélioration du capital humain. Les initiatives prises dans les pays industrialisés pour prévenir le stress et ses conséquences sur les lieux de travail en témoignent. Elle estime par ailleurs que toute politique de base doit veiller à utiliser la partie la plus productive de l'économie incluant le capital humain et la sous-utilisation des femmes dans le marché du travail constatée dans beaucoup de pays en développement.

De son côté, David Nabarro, de l'Agence de Coopération britannique, souligne aussi l'intérêt de ces études destinées à valoriser l'impact de la santé sur la productivité et sur la croissance économique. Il s'agit de fournir des arguments aux responsables de la santé au sein des agences bilatérales pour les aider à convaincre les financiers de poursuivre leurs allocations dans ce domaine. Ces études doivent également indiquer les modalités d'application de ces allocations. Pour David Nabarro, il est essentiel d'identifier les services de santé à promouvoir dans le but d'obtenir un meilleur impact sur la santé des populations. La réflexion doit porter, à son avis, sur l'organisation et la mise en œuvre des services, leur distribution et l'étude de l'impact ainsi obtenu.

Enfin, pour illustrer les liens entre la croissance économique et le niveau de santé, Nguyen Van Dan, Premier Vice-Ministre de la Santé du Viêt-nam, cite son pays en exemple. S'appuyant sur cette expérience, où la santé des populations et les conditions de vie en général s'améliorent avec l'assainissement économique, il se déclare tout à fait confiant en l'avenir. Toutefois, Nguyen Van Dan rappelle que la croissance économique est bien une condition nécessaire, mais non suffisante, pour résoudre les problèmes. Cette reconnaissance a constitué pour lui un pas important dans l'évolution des études sur le développement. Il insiste donc sur les différentes activités de promotion de la santé en cours dans son pays. Aleya Hammad, de l'OMS, souligne aussi l'impact de la croissance économique sur la détérioration de la qualité de la vie en général et de la santé des populations, non seulement dans les pays en développement mais aussi dans le monde industrialisé.

Ajustement macro-économique et secteur de la santé

Pour Hans Genberg, il est difficile de mettre en évidence les conséquences défavorables des programmes d'ajustement macro-économique sur les résultats de la santé. Il convient, à son avis, de distinguer les politiques qui affectent les agrégats des dépenses d'une part et du revenu d'autre part. Parmi les composantes importantes des programmes de stabilisation, il note la réduction des dépenses du Gouvernement, les politiques de restriction monétaire, la dévaluation et, dans le cadre des ajustements, la réforme des prix.

Il convient d'étudier comment les canaux de transmission par lesquels ces politiques affectent la santé, impliquent une amélioration ou une détérioration de ce secteur. Parmi ces canaux, il cite les caractéristiques des ménages, en particulier le niveau des revenus, la fourniture et le coût des services de santé et l'environnement. Un grand intérêt doit être accordé au type de programme entrepris et à la structure de l'économie. Reste que l'impact des politiques macro-économiques sur le secteur de la santé n'est pas aisé à appréhender. Les indicateurs parmi lesquels les taux de mortalité des enfants et des nourrissons changent lentement dans le temps. Un lien est cependant établi entre le niveau de revenu d'un pays ou d'un ménage et les indicateurs de santé à long terme. A court terme, cette relation semble plus difficile à cerner.

H.B. Junz partage l'analyse de Hans Genberg. Elle souhaite nuancer certaines prises de position. A son avis, le recul de l'expérience fait ressortir l'importance qui doit être donnée aux distorsions des systèmes économiques. Souvent, ces distorsions entravent le libre écoulement des ressources. Elles expliquent parfois des excès de dépenses. Les politiques de stabilisation et les ajustements macro-économiques doivent donc être liés. Les mesures établies dans ce cadre ne doivent pas être considérées isolément. A l'instar du FMI, les mesures susceptibles de rendre efficaces les politiques macro-économiques doivent être prises en compte. Par exemple, les initiatives visant à rétablir l'équilibre budgétaire ou à rétablir la vérité des prix doivent s'efforcer parallèlement d'éliminer les causes de ces dysfonctionnements. H.B. Junz considère que le FMI peut renforcer la conditionnalité de réajustement structurel afin de maintenir, si possible, un équilibre soutenu à l'intérieur de l'économie. Cette stratégie est, pour elle, plus appropriée que la poursuite de la politique de stabilisation susceptible de ne fournir qu'un soulagement temporaire.

Elle note que les pays démocratiques ne créent pas toujours les conditions favorables à la mise en œuvre de cette stratégie. Parfois, ils ne sont pas en mesure de maintenir l'adhésion des populations à ces réformes pendant toute la durée nécessaire. En outre, les intérêts ancrés dans le domaine des dépenses sociales au

bénéfice parfois de certains groupes privilégiés doivent être remis en cause. Ils constituent autant de facteurs socioculturels sur lesquels les intervenants extérieurs peuvent difficilement agir. Les réticences des principaux bénéficiaires à la suppression des subventions non justifiées illustrent ces réactions.

Hans Genberg, de son côté, reconnaît également la nécessité de changer les structures fondamentales de l'économie qui sont à la base des déséquilibres parallèlement à la mise en œuvre des politiques de stabilisation. De même, Per Pinstrup-Andersen appuie avec conviction cette analyse. Parmi ses arguments il rappelle les conditions de la mise en place des programmes de stabilisation dans les années 80 en Amérique latine. Leur sévérité était fondée sur la présomption selon laquelle les déséquilibres pouvaient être corrigés rapidement. Leur application était censée être transitoire. Les programmes étaient pénibles pour les pauvres car ils reposaient presque exclusivement sur la fixation des salaires nominaux, sur la libéralisation des prix et sur la réduction de la demande. Ils devaient conduire à des ajustements structurels eux-mêmes censés favoriser à terme des situations moins dures pour les plus démunis. En fait, beaucoup de pays, note Pinstrup-Andersen, n'ont pas atteint cet objectif. Peut-être les Gouvernements ont-ils perdu confiance et n'ont-ils pas appliqué les programmes d'ajustement jusqu'au bout ? Peut-être la forme de ces programmes n'était-elle pas appropriée ?

Toujours est-il que, pour lui, toute politique des prix adoptée indépendamment des mesures visant à maîtriser les autres contraintes à la production et à la commercialisation, n'est pas suffisante. Dans le domaine agricole par exemple, les résultats de cette politique ont été décevants par rapport aux effets attendus. C'est le cas, en particulier, des pays où les paysans n'ont pas accès au crédit, aux nouvelles technologies, aux engrais, et où l'infrastructure est faible ou inexistante. Confrontés à ces contraintes qui entravent leur capacité de réaction aux augmentations de prix, les paysans ont privilégié la production des produits concernés par cette politique. Finalement, la production agricole globale ne s'est pas accrue. Les consommateurs ont souffert de cette situation. Ils n'ont pas consommé davantage de biens dont les prix ont été augmentés, précisément en raison de leur coût. Ils ont également été affectés par la réduction de la disponibilité des produits non touchés par les augmentations de prix.

La politique des prix n'est donc pas selon Pinstrup-Andersen, dans beaucoup de pays, l'instrument majeur. Elle est bien une composante très importante d'ajustements structurels mais elle n'est pas la composante déterminante dans les pays où les paysans sont confrontés à de nombreuses contraintes en plus de l'infrastructure généralement faible ou inexistante. Une politique des prix pratiquée dans ces conditions sans attention à ces entraves non monétaires peut même créer une situation presque aussi insoutenable qu'avant. Le Malawi qui, entre 1980 et 1982, a augmenté les prix du maïs de 67% est, pour Pinstrup-Andersen, un bon exemple. Les paysans ont augmenté leur production de maïs au détriment des autres produits. Les consommateurs n'ayant pas acheté plus de maïs, le Gouvernement, en conséquence de son monopole sur la commercialisation de ce produit, a dû racheter les surplus à des prix élevés. Des entrepôts ont dû être financés avec le budget de l'État, ce qui a provoqué une augmentation du déficit budgétaire.

Antonio Morales insiste également sur les liens entre les programmes macro-économiques et les ajustements structurels. Il confirme qu'une trop grande attention a été accordée à la fixation des prix au détriment d'autres domaines tels que la qualité des investissements publics.

En réponse à ces interventions, H.B. Junz rappelle qu'il est nécessaire de s'assurer que les canaux de transmission ne soient pas entravés. Pour ce faire, les changements structurels doivent donc être entrepris parallèlement à l'adoption des

politiques des prix. Elle précise que cette stratégie est désormais inscrite dans la formulation des recommandations. Le type de mesures engagées, la structure de l'économie sont ainsi des éléments essentiels pour l'évaluation des programmes. Par ailleurs, l'étude des alternatives éventuelles doit être aussi prise en compte dans cette estimation.

Pour sa part, Peter Heller assure que cette démarche est à vrai dire celle du FMI. Il tient à préciser que dans certains cas, la sévérité de certaines mesures peut paraître justifiée au regard des retombées sur l'ensemble de l'économie. Par exemple, des Gouvernements sont souvent tentés de privilégier la masse salariale du secteur public par le biais de subventions budgétaires, au détriment de la productivité. Face à cette option politique qui risque de peser sur le budget de la santé, des mesures de compressions des effectifs peuvent être justifiées. De même, dans des situations économiques caractérisées par une pénurie de devises et une inflation galopante, le rétablissement des domaines fiscal et monétaire s'impose. Peter Heller indique que les programmes du FMI sont dirigés en ce sens, tout en visant à éliminer les causes de ces distorsions. Si ces stratégies ont parfois des conséquences défavorables sur les groupes les plus vulnérables, Peter Heller souligne que le FMI s'efforce de prévoir avec les autorités politiques de tels effets. Des mesures pour protéger les groupes vulnérables sont alors mises en œuvre.

Conditionnalité

En fait, l'adoption de ces filets de sécurité à l'intention des plus vulnérables est saluée par Hans Genberg. A son avis, dans le même temps, il peut être opportun de réaliser des transferts de revenus en direction des détracteurs de ces réformes. Ces groupes influents sur le plan politique constituent souvent des freins majeurs aux changements. Face à cette situation, Hans Genberg suggère que les intervenants extérieurs, en premier lieu le FMI, renforcent la conditionnalité du financement du processus de réajustement à l'appui de telles mesures.

Cette proposition suscite la réaction des représentants des pays. Pour leur part, Kodjo Evlo, de l'Université de Bénin au Togo, et Véronique Lawson, Ministre de la Santé du Bénin, partagent les vues exprimées sur la conditionnalité appliquée à la réduction des dépenses du secteur de la Défense. Véronique Lawson souhaite toutefois qu'une assistance accrue soit apportée par les agences extérieures à la mise en pratique de cette conditionnalité.

Parmi les sceptiques, Katele Kalumba, du Ministère de la Santé de Zambie, rappelle que la fragilité de la transition démocratique actuelle peut inciter les Gouvernements souvent confrontés aux risques d'agitation sociale à rassurer les groupes influents tels que les Forces Armées. Cette démarche qui se traduit par quelques privilèges en faveur de tels groupes, exprime la volonté des Gouvernements de protéger le processus démocratique en cours. Elle explique parfois le niveau élevé des dépenses de la Défense. Pour Antonio Morales, les pays ont atteint la limite du supportable en matière de conditionnalité. Certaines orientations préconisées par les donateurs ne sont pas, à son avis, toujours en accord avec les priorités nationales ou avec les spécificités socioculturelles des populations. Ces expériences sont loin de le convaincre de l'efficacité de cette approche.

Hans Genberg s'explique sur le bien-fondé de la conditionnalité dans certaines situations. Des Gouvernements, confrontés à des groupes de pression motivés par leurs intérêts propres, peuvent souhaiter qu'un soutien leur soit apporté par une agence extérieure. De même, des Gouvernements conduits à maintenir des dépenses élevées dans la défense, en réaction à une tendance générale des pays voisins, peuvent solliciter une agence extérieure à l'appui d'une réduction de ces

dépenses au niveau de la sous-région. Hans Genberg note également qu'une conditionnalité peut être appliquée au profit de la santé dans les pays où ce besoin est ressenti. Ainsi, pour Hans Genberg, une conditionnalité peut être préférable à une autre pour améliorer l'efficacité de certaines prises de décisions.

Politique de lutte contre la pauvreté

L'impact des politiques de stabilisation et des ajustements sur les plus vulnérables n'apparaît pas à l'évidence. Pinstруп-Andersen relève nombre d'éléments qui témoignent du caractère erroné des généralisations. La notion même de vulnérabilité ou de pauvreté varie en milieu urbain ou rural mais également selon les spécificités socioprofessionnelles. Les structures politiques et économiques diffèrent d'un pays à l'autre. De plus, divers facteurs extérieurs, tels les conflits internes, la sécheresse, la famine ou les déplacements de populations affectent les résultats. Par exemple, la consommation de la nourriture peut être considérablement déterminée par l'un ou l'autre de ces éléments. Sur un plan global, Peter Heller note l'impact de la chute des cours mondiaux de certains produits sur l'économie de nombre de pays. En outre, les effets de la crise qui ont rendu l'ajustement nécessaire et les effets de l'ajustement lui-même, influencent les variables intermédiaires de façon pratiquement identique. Par exemple, l'impact de l'augmentation des prix sera le même, qu'il découle de la crise économique ou de l'élévation des prix à l'importation suite à une dévaluation imposée par le programme de stabilisation. L'étude des retombées sur les plus vulnérables ne s'en trouve pas facilitée.

Quant aux méthodes d'analyse pour la compréhension des phénomènes, elles sont insuffisantes. Pinstруп-Andersen rappelle ainsi qu'il n'existe pas d'études longitudinales de l'impact du revenu sur la consommation calorique chez les plus vulnérables. L'analyse comparative « avant et après » la mise en œuvre de l'ajustement dans différents pays est une source d'erreurs. Les données considérées peuvent ne pas être comparables. Les études empiriques fournies par les matrices des comptes sociaux utilisées pour élaborer des modèles de simulation sont également, à son avis, insatisfaisantes. Basées sur des informations croisées, dans la mesure où ces données sont disponibles, la fiabilité de cette méthode est limitée en raison des fortes corrélations des facteurs. Cette approche appliquée dans certains pays avec le support de l'Université Cornell de New York permet, selon Pinstруп-Andersen, d'obtenir des indications sur l'impact des changements de prix de certains biens sur leur production.

Dans ces conditions, les données obtenues doivent être interprétées avec la plus grande vigilance. Pinstруп-Andersen, en présentant ses résultats, insiste ainsi sur cette précaution préalable. Les discussions confirment la nécessité de poursuivre les recherches en vue d'affiner les méthodes employées. Par exemple, Andrew Creese, de l'OMS, propose que l'étude des dépenses publiques de santé des pays soit réalisée en fonction de leur population. Appliquée à une quinzaine de pays africains, cette méthode montre une tendance à la baisse par tête d'habitant alors que l'utilisation des pays comme unités de comparaison fait ressortir une hausse relative de ces dépenses. Cet exemple confirme l'interprétation trompeuse des généralisations. Aussi, cette suggestion, qui apporte un progrès notable dans l'analyse, est-elle saluée par Pinstруп-Andersen. De son côté, il rappelle que l'étude de ce type de dépenses en fonction du niveau de revenu par tête d'habitant des pays met en évidence les changements intervenus dans ce domaine. Par exemple, en Afrique subsaharienne, une telle analyse montre que les pays pauvres ont réduit leurs dépenses de santé alors que les plus riches les ont augmentées.

Pour Hans Genberg, la façon dont les Gouvernements distribuent les allocations aux différents secteurs est intéressante. C'est dans cette optique que, pour beaucoup de pays, la santé aurait été quelque peu protégée par rapport aux réductions intervenues dans les autres secteurs. Certains proposent d'entreprendre des analyses avec une stratification plus élaborée, basée sur des enquêtes et non sur des enregistrements. Cette méthode permettrait d'affiner les informations reçues. Elle montrerait comment les taux de mortalité ont été touchés en milieu rural et en milieu urbain. Cette analyse statistique sophistiquée aurait le mérite de faire ressortir le degré d'efficacité des changements introduits lors de la récession et au cours de la politique d'ajustement.

La collecte d'indicateurs sociaux sur une courte période permettrait de révéler les évolutions à court terme. Ces indicateurs contribueraient à sensibiliser les médias tout comme l'indice d'inflation qui, régulièrement présenté à l'opinion publique, témoigne des résultats de l'action gouvernementale.

Les informations recueillies doivent aussi faciliter une analyse non seulement des effets de la récession et des ajustements sur les conditions de vie matérielles des populations mais aussi sur leur mode de vie. Parmi les éléments susceptibles de faire l'objet de ces études, on peut citer les conséquences sur la famille de l'implication des mères dans le monde du travail, en l'absence de support d'assistance, tel que les crèches. De même, les effets de la criminalité sur les taux de mortalité et de morbidité des jeunes peuvent être étudiés dans ce cadre.

L'analyse, par ailleurs, doit pouvoir donner une estimation plus réaliste et non sous-estimée du secteur privé. Hétérogène, ce secteur inclut tant la médecine traditionnelle que des formations hospitalières de troisième niveau. Ces informations sont nécessaires hors d'une étude sur l'impact de l'évolution de ce secteur sur les plus vulnérables. Certains suggèrent d'incorporer le rôle du secteur privé et parapublic dans le financement et dans la fourniture des services de santé.

Plus généralement, des intervenants proposent la promotion des évaluations économiques des services de santé. Affectés par une augmentation de la demande causée par une détérioration de la qualité et des conditions de vie de la population, et par une réduction des dépenses, les services de santé ont doublement souffert. Parmi les variables à étudier dans ce contexte, on peut citer la composition de la demande des utilisateurs, la productivité et la qualité des services et les coûts.

Accès aux ressources productives

Sur le plan opérationnel, la lutte contre la pauvreté implique, selon Pinstrup-Andersen, la mise en œuvre d'une série de changements structurels susceptibles d'attirer dans le système productif les plus vulnérables. Il s'agit de leur permettre d'accéder aux ressources productives, à l'éducation, aux changements technologiques, à l'infrastructure rurale, aux engrais... Simultanément, il convient de repousser l'ensemble des distorsions y compris celles engendrées par l'État qui constituent autant de discriminations à leur encontre. A terme, ces mesures seront efficaces pour éliminer la pauvreté. Leurs effets bénéfiques sur ces groupes de populations sont bien connus. Pinstrup-Andersen cite les retombées de l'éducation primaire et des soins primaires bien ciblés sur l'amélioration de leur situation. Le recours aux progrès technologiques, dans le domaine agricole par exemple, est également hautement bénéfique. Reste cependant à appliquer les allocations de façon spécifique.

Les besoins essentiels des plus vulnérables dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation sont des plus contraignants. Face à l'urgence de cette situation, Pinstrup-Andersen plaide pour l'application des programmes de transferts

de revenus en leur faveur. Tout en rappelant les imperfections de ces systèmes de compensation liées à l'identification pertinentes des groupes à compenser, il précise que cette stratégie est nécessaire à court terme dans le cadre des ajustements actuels. Si les populations vulnérables en milieu urbain ont été affectées par les réformes économiques, la plus grande pauvreté reste, pour lui, en zone rurale. Cette situation crée un dilemme pour l'orientation de ces transferts de revenus. Pinstруп-Andersen justifie donc toute l'importance qu'il accorde à l'adoption de changements structurels fondamentaux dans le cadre des stratégies de développement à long terme.

Des initiatives, destinées à faciliter l'accès des plus vulnérables aux ressources productives, peuvent être promues par les pays. Pour ce faire, Véronique Lawson suggère que les femmes et les jeunes soient intégrés dans des activités diverses. Elle assure que, sous réserve d'une gestion saine, une petite quantité de ressources bien ciblées devrait suffire. Ces groupes doivent donc être sensibilisés à l'organisation du travail, à la gestion, à l'apprentissage éventuel des langues telles que le français et l'anglais. Le succès de ces opérations est aussi, à son avis, lié au contrôle et à la supervision. Elle invite ainsi les partenaires internationaux à accroître leur assistance en ce sens. Au niveau des communautés, elle attend beaucoup des micro-projets à finalité économique. Elle souhaite que des expériences pilotes à petite échelle soient réalisées afin d'étudier leur impact sur le bien-être des populations concernées et en particulier sur leur santé.

Son message réaliste sensibilise la communauté internationale aux efforts entrepris localement. Mais l'étendue des progrès qui restent à accomplir l'incite à solliciter plus que jamais une assistance accrue des partenaires internationaux. La protection des plus vulnérables contre les effets des réformes économiques est absolument légitime. La question, pour elle, est bien de savoir si les mesures courantes préconisées dans le cadre de ces ajustements sont réellement appropriées aux objectifs fixés par le pays. A ce sujet, elle plaide une fois de plus pour une meilleure prise en compte des spécificités socioculturelles de son pays.

L'information au service de la décision

Quelle que soit la méthodologie employée, l'analyse de l'impact des ajustements sur les groupes vulnérables se heurte à la faiblesse des systèmes d'information. Quasi générale, mais tout particulièrement en Afrique subsaharienne, cette situation constitue un handicap majeur. Elle ne relève pas seulement d'un défaut de méthodologies appropriées mais également d'une lacune institutionnelle. Des procédés de collecte de données fiables, permettant une saisie régulière et une mise à disposition dans les meilleurs délais, doivent donc être mis en œuvre. Ces systèmes d'information efficaces vont contribuer à éviter le recueil des « indicateurs politiques » fournis parfois par les Ministères de la Santé. Ces données tendent souvent à présenter une situation sous un meilleur jour qu'elle ne l'est réellement. C'est peut-être le cas de certains pays latino-américains pour lesquels les informations disponibles ne font pas apparaître un impact des ajustements structurels sur les indicateurs de santé. Dans beaucoup de pays, les ressources effectivement allouées aux budgets ministériels diffèrent sensiblement des montants annoncés, notamment en Afrique subsaharienne.

De plus en plus, la mise en place de systèmes fiables de collecte d'informations s'impose avec acuité. La diversification des acteurs impliqués, la remise en question du rôle traditionnel de l'État au profit d'un système de partage des coûts, l'extension du secteur privé font ressortir ce besoin absolu de disposer de données fiables. La nécessité de mettre au point des instruments analytiques performants

pour l'étude de l'impact de ces changements sur les plus vulnérables se fait clairement sentir dans de nombreux pays. La recherche de l'équité et de l'efficacité motive ces études. Ainsi en est-il du financement communautaire et de ses conséquences sur l'utilisation des services de santé. Appliquées aux revenus des familles, des études démontrent une implication réelle des systèmes de recouvrement des coûts sur le recours aux services de santé. Des données obtenues en Amérique latine et en Afrique subsaharienne, au Ghana notamment, en témoignent.

Les résultats de l'impact des systèmes de recouvrement des coûts sur l'équité et l'efficacité ne font pourtant pas l'unanimité. La poursuite des études dans ce domaine est souhaitée, tout particulièrement à l'intention des plus vulnérables.

De même, pour l'Initiative de Bamako, des analyses doivent être entreprises dans cette perspective. Sur ce sujet, les opinions divergent également. Pour certains, si les résultats de cette expérience sont encourageants, en Guinée notamment, elle n'a pas prouvé qu'elle est reproductible et durable à terme. Antonio Morales note que les coûts sociaux pourraient bien être plus élevés à l'avenir si les populations qui ne peuvent pas payer ne font plus appel aux services médicaux. Pour lui, en terme d'équité et d'efficacité, les motivations en faveur de ce système ne sont pas claires. Parmi les arguments à l'appui de cette formule, l'inexistence d'alternative pour les plus vulnérables face à la détérioration des systèmes de santé actuels est mentionnée. Abdelmajid Tibouti, de l'UNICEF, fait ainsi remarquer qu'en l'absence de données de comparaison, il est difficile de mesurer l'impact réel de cette expérience sur l'équité et sur l'efficacité. Des intervenants africains insistent pour leur part sur les aspects socioculturels liés à cette approche, en faisant prévaloir le rôle de la solidarité des groupes et de la famille élargie par rapport à la notion d'équité dans le monde occidental.

Parallèlement, l'utilisation optimale des ressources disponibles en vue de restaurer les systèmes de santé existants s'impose dans de nombreux pays. Dans cette perspective, les études coût-efficacité sont appelées à jouer un rôle essentiel pour l'obtention de soins de qualité accessibles au plus grand nombre. Il convient d'identifier les activités et les services de soins susceptibles de toucher les plus vulnérables. Certains proposent de privilégier les politiques ciblées, à l'exemple de la surveillance des femmes enceintes, de la nutrition des enfants en bas âge et de l'éducation des mères.

Dans de nombreux cas, l'allocation des ressources allouées à la santé doivent être revues pour répondre aux besoins de ces catégories de population. Confrontés aux réductions des dépenses budgétaires globales, les décideurs politiques doivent être mieux armés pour répondre à ces contraintes, tout en préservant les plus vulnérables. Il s'agit, notamment, de les aider à réaliser une réduction adéquate des dépenses courantes et des dépenses en capital. Les études au cas par cas sont, toujours dans ce contexte, tout à fait justifiées.

Pour nombre de représentants de pays aussi divers que la Mongolie, le Brésil, la Guinée Bissau ou le Bénin, cet impératif est reconnu comme une priorité. L'assistance accrue de l'OMS à la réalisation concrète de ces études au niveau des pays est sollicitée. En réponse, le docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, en clôturant cette conférence, réaffirme le soutien de l'Organisation. Des initiatives spécifiques sont adoptées en direction des pays qui en ont le plus besoin. Destinées notamment à améliorer les capacités gestionnaires et analytiques, ces activités sont désormais une préoccupation majeure pour l'OMS. Progressivement, les pays doivent ainsi acquérir les moyens propices à l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources allouées à la santé, y compris les aides multilatérales, bilatérales et les Organisations non gouvernementales.

Études de cas

Les études de cas font ressortir le caractère erroné des généralisations et la faible pertinence des prises de positions systématiques. Elles confirment que des oppositions de principe aux réformes d'assainissement économique ne sont pas justifiées. Les représentants des pays eux-mêmes ne remettent pas en cause le bien-fondé de ces mesures. Ils souhaitent cependant qu'une plus grande attention soit accordée à leur forme et à leur mise en œuvre. Ces études de cas précisent les analyses théoriques. Elles traduisent la complexité et la très grande diversité des expériences. Elles illustrent aussi les transformations internes liées à l'émergence de nouveaux dynamismes.

Fonds d'urgence sociale en Amérique latine et aux Caraïbes

L'expérience de la création des fonds d'urgence sociale en Amérique latine et aux Caraïbes au cours des politiques de stabilisation et des programmes d'ajustement est intéressante. Destinés à mobiliser des ressources supplémentaires pour les programmes sociaux et sanitaires, ces fonds ont contribué à conforter les financements dévolus au secteur de la santé. Antonio Campino montre que ces fonds ont été profitables, en raison de leur flexibilité et de leur utilisation en tant que source unique de financement des investissements. En pourcentage du volume global des ressources des Ministères de la Santé, leur rôle n'est pas aussi significatif, à l'exception de la Bolivie. Des recommandations destinées à améliorer leur impact se dégagent de cette expérience. Des critères sélectifs pour les investissements et l'évaluation des programmes doivent être établis.

A l'exemple du Venezuela, Rafael Mac Quhae, de l'Institut du Commerce Extérieur de Caracas, décrit le contexte de la création du programme spécial pour les secteurs sociaux dans son pays. Les politiques macro-économiques ont conduit à la crise enregistrée en 1989. Les effets de ces politiques sur la baisse du revenu par habitant et la détérioration des conditions de vie en général, ont été durement ressentis. La qualité des services publics a également été affectée. Les importations de produits pharmaceutiques et de matériels médicaux ont été réduites. En revanche, les ajustements structurels lancés en 1990 ont eu un impact positif sur les indicateurs économiques. Ainsi, ce programme spécial a été lancé afin de prévenir les conséquences de ces ajustements — caractérisés par la libéralisation des prix, la réduction des dépenses budgétaires et la remise en cause des subventions — sur les couches les plus pauvres. Grâce à l'assistance internationale et à des ressources internes, ces fonds ont été alloués aux différents secteurs sociaux, tels que la santé, l'éducation, la fourniture de l'eau potable et le soutien aux petites entreprises. Parmi les faiblesses de ce programme, Rafael Mac Quhae insiste sur le peu d'attention accordée au renforcement des capacités gestionnaires des personnels du secteur public. La détérioration de la qualité de ces services, à l'instar de la santé, met en évidence la nécessité de développer la formation dans ce domaine. Il s'agit ainsi de s'assurer que les ressources affectées à ce secteur sont effectivement et correctement administrées. Cette approche est essentielle à l'amélioration de la qualité des services fournis. Elle est également bénéfique à la maîtrise des mécanismes bureaucratiques pour une gestion efficace des financements extérieurs. L'expérience vénézuélienne atteste aussi que les politiques sociales doivent être perçues, non comme un recours destiné à corriger les effets des politiques économiques, mais comme une stratégie spécifique. Des relations existent à terme entre ces deux politiques.

Pour Rafael Mac Quhae, ces considérations déterminent le succès de ces fonds sociaux d'urgence ainsi que leur promotion, sur une base permanente et intégrée aux activités traditionnelles du Ministère de la Santé par le biais du fonds d'investissement social. En définitive, cette expérience prouve que dans le cadre de la mise en œuvre de ces programmes, les mesures destinées uniquement aux groupes les plus vulnérables ne sont pas suffisantes. L'évaluation de cette stratégie est d'autant plus importante actuellement que divers pays latino-américains tentent de l'appliquer. La Banque Mondiale, de son côté, souhaite encourager la mise en place de ces Fonds dans d'autres régions, particulièrement en Afrique.

Bolivie

Dans le cas de la Bolivie, Antonio Morales confirme que des progrès ont bien été obtenus dans le secteur de la santé malgré la crise. Et pour cause, les dépenses de santé publique ont été ciblées notamment vers la prévention des maladies et la nutrition à l'intention des plus vulnérables. Il souligne toutefois les problèmes d'équité et d'efficacité auxquels son pays est confronté. Les compressions d'effectifs dans la fonction publique ont accentué les transferts des personnels du secteur formel vers le secteur informel avec, pour conséquence, une forte chute de la population réellement couverte par la sécurité sociale. De plus, le système d'imposition doit être revu en raison du niveau relativement bas de la base actuelle de taxation. Cette initiative pourrait contribuer à fournir des ressources additionnelles pour la santé. L'augmentation de l'assistance internationale a contribué à compenser le niveau particulièrement bas des salaires. Antonio Morales souhaite que l'aide soit stable et régulière mais elle ne doit pas se substituer aux ressources nationales.

Eduardo Mac Lean, sous-directeur exécutif du fonds d'investissement social de La Paz, note la détérioration des ressources humaines. De plus, à la chute de la couverture sociale mentionnée par Antonio Morales estimée à 20% au cours du réajustement, il ajoute, parmi les préoccupations majeures, le pourcentage de la population qui n'a pas accès aux services de santé. Sur les 60% de la population qui bénéficient de la couverture sociale offerte théoriquement par le Ministère de la Santé, 20% n'ont pas accès à ces services parce qu'ils n'existent pas là où ils se trouvent. Compte tenu des capacités des services du secteur public ou du type de soins qu'ils fournissent, sur les 40% restants, 20% n'ont aucune couverture. Les facteurs expliquant cette situation sont l'inaccessibilité géographique, l'étendue du pays et la forte dispersion des populations rurales. Le niveau d'inflation et le système de recouvrement des coûts ont constitué une barrière à l'accessibilité économique des plus vulnérables. Les faiblesses de l'éducation sanitaire, le manque de pertinence des actions concernant ces problèmes, le discrédit des services de santé publics sont responsables du bas niveau de la couverture du ministère de la santé.

Eduardo Mac Lean constate en outre le défaut de coordination des Organisations non gouvernementales dans le cadre des activités du ministère. Fortement concentrées en milieu urbain, elles n'atteignent pas les zones rurales où vit 50% de la population. Dépendantes de fonds renouvelés d'année en année, ces Organisations non gouvernementales ne sont pas en mesure d'assurer un suivi des activités dans les meilleures conditions. Les coûts administratifs sont généralement élevés. Divers intervenants relèvent également le manque de coordination des Organisations non gouvernementales, dans leur propre pays.

Enfin, comme pour nombre de pays, il souligne également une inadéquation de l'allocation des ressources budgétaires du Ministère de la Santé. Environ 70% de

ces ressources sont allouées au secteur hospitalier. Les programmes doivent donc être davantage axés sur les soins de santé primaires. Cette stratégie appliquée dans 90 districts dispersés dans le pays s'est révélée encourageante. La couverture est passée de 20 à 60%. La part du recouvrement des coûts a augmenté dans les dépenses de santé. Dans ce modèle, non seulement la composante santé mais également les services de base et l'éducation doivent être privilégiés. Des actions telle que la participation doivent garantir le maintien du système. Pour Eduardo Mac Lean, il reste à établir un taux de recouvrement des coûts adapté aux revenus des populations et à orienter l'allocation des ressources de façon appropriée. Il confirme le niveau élevé de la coopération internationale. Pratiquement équivalente au budget du Ministère de la Santé, l'aide extérieure doit être progressivement orientée vers les investissements.

Tchad

Le rôle de l'assistance extérieure dans le financement des dépenses de santé est ainsi particulièrement souligné par divers intervenants. Ce thème fait l'objet d'une étude approfondie dans le cas du Tchad. Face à la très forte dépendance de ce pays à l'égard de cette source de financement, une solution originale est proposée. Il s'agit, pour Jean Perrot, de créer les conditions favorables à l'utilisation optimale des ressources globales destinées à la santé. Dans cette perspective, il propose que soit reconnu le processus de concession réalisé de fait, l'aide extérieure étant bien souvent amenée, dans ce pays, à se substituer à l'État. L'aide extérieure représente 80% des dépenses de santé dont 15% seulement sont réellement alloués aux investissements. Une augmentation de 10% par an de cette forme de financement est escomptée par l'État au cours de cette décennie. L'aide extérieure n'est donc pas considérée comme une substitution transitoire mais comme une complémentarité nécessaire.

La reconnaissance officielle du processus de concession clarifierait la situation et lui donnerait un cadre légal. L'État déterminerait son propre rôle et celui du concessionnaire dans le cahier des charges. Cette formule susciterait ainsi l'engagement des partenaires à moyen et long terme. L'évaluation des actions s'en trouverait facilitée. Parallèlement, le système de recouvrement des coûts pourrait permettre de soulager les structures de premier niveau. Dès lors, l'État serait en mesure de concentrer son effort sur les personnels et l'administration du système sanitaire ; quant à l'aide, elle pourrait s'orienter vers les investissements.

Pour certains, cette opération risque de créer des disparités entre les zones fortement appuyées par l'aide extérieure et les autres. En fait, il est nécessaire d'aider les pays à être plus efficaces et à utiliser leurs ressources humaines dans le développement d'un système de santé performant.

Mariam Mahamet Nour, du Ministère des Finances du Tchad, reconnaît le bien-fondé de cette proposition. Elle souhaite toutefois que des études approfondies soient réalisées à ce sujet étant donné l'enjeu délicat de cette opération liée à la santé des populations.

Elle tient à souligner les raisons de la forte dépendance de son pays à l'égard de l'aide extérieure. L'intérêt récent des bailleurs de fonds, apparu en 1982, explique, à son avis, les caractéristiques de cette aide. Dirigée à cette époque vers la réhabilitation de l'administration, la reconstruction des infrastructures et les activités d'urgence, l'aide s'est véritablement orientée vers les secteurs de développement tels que la santé et l'éducation, en 1985. En conséquence de cette dépendance extérieure, Mariam Mahamet Nour signale que les projets souvent promus par les bailleurs de fonds ne sont pas toujours tournés vers les besoins

locaux. Elle rappelle la situation spécifique de son pays où la guerre crée des conditions particulières. C'est ainsi qu'entre 1979 à 1980, l'État n'a pas été en mesure de remplir sa mission. Son engagement est désormais lié en grande partie à la qualité des ressources humaines. Le manque de formation des personnels à la gestion est notifié comme un handicap majeur. Cette opinion confirme l'analyse de nombreux intervenants à propos de leur propre pays.

Elle remarque, par ailleurs, le caractère irréaliste de l'objectif de rétablissement de l'équilibre macro-économique tel qu'il est prévu dans le Plan pour la prochaine décennie. La compression des effectifs de la Fonction Publique et de l'Armée lui semblent difficilement applicable, à cause de la fragilité de la situation militaire et du processus démocratique en cours. De même, les prévisions des dépenses de santé — 10% au cours de cette période — ne sont pas, à son avis, réalistes. Le recouvrement des coûts peut être étendu. La population est disposée à payer si elle est assurée d'obtenir, en retour, des soins de qualité. Mais, là encore, une extrapolation de ce système à l'ensemble du pays lui semble difficile à évaluer. Il convient de tenir compte de la capacité des structures de santé à faire face à ce système. Pour Mariam Mahamet Nour, cette préoccupation doit être davantage considérée. Elle suggère également que plusieurs scénarios sur les politiques possibles du pays soient prévus afin de déterminer la part du budget de l'État allouée à la santé en diverses circonstances.

Guinée

Quant au bien-fondé du système de partage des coûts évoqué par de nombreux intervenants, il est particulièrement valorisé dans l'étude du cas de la Guinée. Ulrich Camen et Guy Carrin insistent ainsi sur les contraintes auxquelles les dépenses publiques de santé sont actuellement confrontées. Parmi les caractéristiques propres à de nombreux pays, l'étroitesse de la marge de manœuvre de l'État pour augmenter ses revenus est démontrée. La simulation appliquée aux politiques macro-économiques fait apparaître les potentialités d'intervention des partenaires. Il s'agit en l'occurrence d'assurer le financement de la réforme des hôpitaux de districts dans les meilleures conditions.

Ousmane Bangoura, Secrétaire général du Ministère de la Santé, justifie l'application du système de partage des coûts au niveau hospitalier. Cette stratégie a déjà permis de soutenir la généralisation des soins de santé primaires. Désormais, 70% de la population est couverte. Ces résultats ont été obtenus grâce au financement communautaire. L'expérience guinéenne dans ce domaine atteste la nécessité d'impliquer les populations dans la gestion et de veiller à la transparence des comptes.

D'une façon générale, le secteur de la santé a souffert des réajustements. Lancées en 1985, les réformes économiques ont pesé sur les importations de médicaments. L'augmentation des prix et la réduction des dépenses ont affecté la réforme des hôpitaux entamée à cette époque. Ousmane Bangoura reconnaît aussi parmi les facteurs de détérioration du système sanitaire la mauvaise gestion et les stratégies de santé inappropriées. Cette étude de cas est ainsi très révélatrice de la situation qui prévaut dans la plupart des pays africains. Elle traduit également l'importance accordée par nombre de Gouvernements au maintien de la masse salariale au détriment des autres dépenses. Les pressions auxquelles sont soumis les Gouvernements sur ce plan sont significatives. Il s'agit de la réduction des dépenses sociales dans le cadre des ajustements, face à la demande pour un personnel de santé plus important.

Pour contourner cette difficulté, un plan de redéploiement du personnel est mis en place. Parallèlement, la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, doit être renforcée. Pour le Secrétaire général du Ministère de la Santé, cette formule est parfaitement appropriée. Toutefois, afin de préserver l'équité, l'évolution des coûts doit faire l'objet d'une vigilance sans faille. Dans ce but, des solutions destinées à régulariser les prix des médicaments à long terme peuvent être mises en place. De même, des études complémentaires sur les conditions du maintien du fonds d'investissement pour l'achat des médicaments, doivent être entreprises. Parmi les voies à explorer en vue de dégager des ressources supplémentaires pour la santé, la création d'un fonds pour la santé pourrait constituer, à son avis, une source stable soutenue par l'allocation de certains impôts.

Comme pour beaucoup d'autres pays, Ousmane Bangoura reconnaît la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé et le contrôle des coûts. Il insiste sur le caractère fondamental de ce défi dans le cadre du partage des coûts. Dans cet objectif, il recommande que les études de mise au point d'un système de sécurité sociale soient approfondies.

Enfin, l'expérience de son pays l'incite à confirmer le rôle de l'OMS en tant que promoteur de la santé auprès des Gouvernements et des bailleurs de fonds. Son implication dans la mobilisation et la coordination des ressources allouées à ce secteur est ainsi pleinement justifiée. Il en veut pour exemple le soutien apporté par l'Organisation à la négociation entre la Coopération française et les autorités sanitaires de son pays. Sa participation aux discussions sur le projet de nutrition financé par la Banque Mondiale s'est révélée très efficace. A l'échelon des pays, son appui à l'amélioration des capacités analytiques de gestion des services de santé doit être, à son avis, développé.

Guinée Bissau

Le cas de la Guinée Bissau illustre également le rôle de l'aide extérieure dans le financement de la santé. Là encore, cette forme de financement assure 80% des dépenses de santé. Kodjo Evlo souligne à son tour l'intérêt du système de partage des coûts. La participation de la population au financement et à l'organisation du secteur sanitaire est encouragée.

Francisco Da Costa, Directeur général de l'Institut National des Statistiques de Bissau, fournit des arguments en ce sens. La mise en pratique de ce système correspond à un besoin. Elle n'est cependant pas aisée en raison, notamment, des répercussions de la dévaluation de la monnaie sur les modes de financement. Des données récentes montrent qu'une famille dépense 1 US\$ par semaine contre 2 à 3 US\$ avant la dévaluation. Ce chiffre pourrait tomber encore plus bas. Parmi les autres conséquences, il note que le salaire des médecins est passé de 320 US\$ en 1981 à 50 US\$ après cette dépréciation monétaire. La non convertibilité de la monnaie est une préoccupation fondamentale pour les autorités sanitaires de ce pays. En outre, le système *abota* de financement communautaire pourrait, à son avis, se trouver confronté à quelques difficultés liées à l'évolution politique de son pays et à l'avènement du multipartisme. Cette crainte le renforce dans sa conviction en faveur d'un partage organisé des coûts.

Francisco Da Costa approuve la suggestion d'un intervenant pour la réalisation d'études d'évaluation des programmes d'ajustement à l'issue de chaque phase. Il rappelle que la dépréciation de la monnaie a des conséquences sociales dont il faut tenir compte dans cette estimation. Plus généralement, il en est de même des effets sociaux apparus avec la mise en œuvre de ces programmes. Certains intervenants souhaitent une assistance accrue à la réalisation de ces études.

Malawi

Le cas du Malawi montre l'impact des réformes économiques sur le secteur de la santé, comme pour nombre de pays présentés. En l'occurrence, il s'agit de redynamiser le secteur agricole ; parmi ces mesures, la libéralisation des prix et la remise en cause des subventions. Si cette politique a bénéficié aux paysans disposant de terres et de divers moyens de production, elle s'est traduite, pour beaucoup de familles, par une réelle baisse de revenu. Cette étude illustre les liens directs entre les politiques agricoles et le secteur de la santé par le biais de la nutrition et leurs liens indirects par le biais des revenus.

Le cas du Malawi révèle aussi de fortes disparités dans l'allocation des financements à la santé. Alors que plus de 89% de la population vit en zone rurale, seulement 14% des ressources publiques sont allouées aux unités périphériques de santé. Pour Ellias Ngalande Banda, il n'est cependant pas facile de réaliser un transfert de ces ressources des hôpitaux principaux aux régions périphériques.

Frank Mwambaghi, du Ministère de la Santé du Malawi, précise que de tels transferts sont prévus dans le Plan National de Santé pour la décennie 1986-1995. Une croissance du budget global du ministère de 10% en valeur nominale est escomptée à l'issue de cette période. Parmi les priorités, il cite le contrôle des naissances qui a déjà donné des résultats encourageants. Cette stratégie est importante en raison du doublement de la population attendu pour 2015.

Mali

Le cas du Mali illustre les caractéristiques de l'allocation de l'aide extérieure dans ce pays. Essentiellement orientée vers les investissements importants tels les barrages hydroélectriques et les infrastructures, cette forme de financement a peu profité au secteur agricole. Environ 80% de la population vit pourtant de l'agriculture. Alors même que ce secteur était confronté à la sécheresse, l'Administration augmentait ses effectifs de 50% entre 1974 et 1982. Parmi les exemples d'orientation de l'aide qui suscitent une réflexion particulière, Joseph Brunet-Jailly cite le projet de renforcement du système sanitaire promu par la Banque Mondiale. A son avis, l'autofinancement des cent centres de santé périphériques, dont la création est prévue dans ce programme, n'est pas réaliste. De même, la remise en cause du monopole de la centrale nationale d'approvisionnement n'est pas justifiée, particulièrement en ce qui concerne la distribution des médicaments essentiels en milieu périphérique. Cette présentation très détaillée illustre les difficultés auxquelles se heurtent les bailleurs de fonds pour définir des projets adaptés aux besoins réels des populations.

Amadou Koita, du Ministère de la Santé, reconnaît le caractère irréaliste de certains objectifs de ce programme. Il note aussi que l'État n'était pas en mesure de consacrer 6% de son budget en 1990 au secteur sanitaire comme attendu dans la Déclaration Nationale de Santé, le pourcentage réel étant de 3,25% cette même année. La promotion de nombre d'activités prévues dans ce programme nécessite bien souvent une meilleure prise en compte des aspects socioculturels des différents groupes ethniques. La première phase du programme n'a pu être correctement évaluée. Cette analyse aurait permis de dégager des conclusions pour l'avenir.

Il précise par ailleurs les éléments qui ont affecté le développement économique parmi lesquels la chute brutale des prix à l'exportation des produits agricoles. Cette situation s'est concrétisée par le niveau d'endettement élevé en 1970. Le laxisme de la gestion a contribué à accentuer les conséquences négatives

de ce phénomène d'endettement sur l'ensemble de l'économie. Le secteur de la santé n'a pas été épargné dans ce contexte. Entre 1986 et 1992, huit ministres se sont succédé dont quatre pendant la période de transition en 1991. Amadou Koita espère que le nouveau Gouvernement démocratique élu en juin dernier créera les conditions favorables au redressement du pays. La mise en place d'un système sanitaire efficace devrait ainsi bénéficier d'une nouvelle impulsion, dans la mesure où, jusqu'à présent, peu d'efforts semblent avoir été véritablement orientés en ce sens. Parmi les priorités de cette politique de santé, il suggère la création d'un cadre légal et régulateur tel un code de la santé et un code de distribution des ressources susceptibles de définir les règles de la gestion du système en général, notamment des ressources humaines.

Népal

Cette étude de cas analyse le financement public et privé de la santé à moyen terme. L'utilisation d'un modèle de simulation montre comment ces ressources pourraient être affectées par les changements macro-économiques. Cette technique permet de faire ressortir les composantes les plus sensibles, de simuler ces changements et leur implication à terme.

Les interprétations de cette simulation sont facilitées par les résultats d'une étude sur les dépenses globales de santé réalisées en 1984. Les données collectées dégagent les caractéristiques de ces dépenses. Elles illustrent aussi leurs effets sur l'équité en fonction de leur origine. La part prépondérante des impôts indirects dans les dépenses publiques traduit ainsi l'impact de ce mode de financement sur l'équité. Ces impôts sont généralement supportés par les plus pauvres. Quant aux dépenses privées, elles attestent la nécessité de promouvoir les politiques destinées à réduire les prix des médicaments. La place importante de ces produits dans ce type de dépenses est significative. Les dépenses privées sont deux fois plus élevées que les dépenses publiques dans le total des ressources de la santé. Dans ce pays, également, la part de l'aide extérieure confirme la dépendance de cette forme de financement. Ces informations ont contribué à dresser un tableau du financement de la santé.

Bal Gopal Baidya, de la Commission de la Planification du Népal et responsable des services sociaux, estime que le modèle de simulation reflète la réalité. Il note toutefois que les sources de financements ne doivent pas être exactes en raison de quelques erreurs d'estimation. Il convient, à son avis, de tenir compte dans les dépenses publiques des dépenses allouées à la santé par les autres ministères. Elles représenteraient environ 50% des dépenses présentées dans cette étude. En outre, les dépenses des Organisations non gouvernementales ne sont pas prises en compte. Elles sont évaluées à près de 25% des dépenses courantes du Ministère de la Santé. Quant aux ressources extérieures, certaines d'entre elles n'apparaissent pas directement dans le budget gouvernemental. Il en est ainsi de l'assistance technique qui peut représenter une grande part des ressources extérieures. Les dépenses privées ne sont pas non plus annoncées de façon adéquate. En fin de compte, les dépenses affichées dans cette étude n'atteignent pas les deux tiers du total réel.

Bal Gopal Baidya estime que les simulations devraient également comprendre les caractéristiques de la planification. En tant que membre de la Commission qui a participé à la préparation du 8ème Plan, il assure que les implications de ce scénario à terme seraient, pour lui, d'un grand intérêt. Il souhaite aussi que cette technique lui permette de connaître la tendance optimale de l'allocation des ressources au secteur de la santé. Les fluctuations macro-économiques et leurs implications pourraient également être étudiées d'un point de vue historique.

Conclusion

Ces discussions confirment le rôle de la macro-économie dans les politiques de santé. Elles attestent la volonté de l'ensemble des partenaires au développement d'accorder plus d'attention, dans l'élaboration des programmes sanitaires, aux mécanismes de fonctionnement des économies nationales et aux spécificités socioculturelles des pays concernés. Les décideurs politiques de ces pays doivent ainsi être en mesure d'évaluer l'impact de certaines options macro-économiques sur le secteur de la santé. La nécessité de promouvoir ce secteur comme une composante essentielle de l'investissement économique est largement reconnue. Dans cette perspective, les études au cas par cas s'imposent. L'OMS renforce ses capacités à répondre aux besoins des pays dans ces domaines économiques. La démarche qui vise à sensibiliser la communauté internationale et les décideurs politiques aux retombées de leurs options macro-économiques sur le secteur de la santé, s'inscrit dans cette approche. Cette conférence internationale, tenue à son initiative, confirme la volonté de l'Organisation de venir en aide aux populations les plus vulnérables.

Créée à l'initiative de l'**Université des Réseaux d'Expression Française**, la collection *Universités francophones* s'insère, depuis 1988, dans le paysage éditorial international. L'**UREF** met ainsi à la disposition des étudiants et des chercheurs des ouvrages de haute qualité scientifique.

Rédigés par des équipes à caractère multilatéral, manuels, monographies et actes de colloques abordent des problématiques intéressant l'ensemble du monde francophone. En outre, ils s'adaptent, grâce à une politique de prix particulière, à ses différentes réalités économiques : autant de conditions contribuant à la reconnaissance et au succès de la collection.

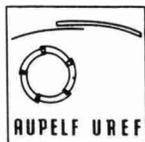
140,00 FF

30,00 FF – UREF / Prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti

59.4575.1



9 782909 455273



ESTEM

Organisation mondiale de la Santé
Genève

