

LES RELATIONS ENTRE SANTE, DEVELOPPEMENT ET REDUCTION DE LA PAUVRETE

Jean-Claude Berthélemy

Académie des Sciences Morales et Politiques
et
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Résumé

Cette communication part du constat d'une relation très forte, mais non-linéaire, entre progrès de santé et développement économique. Cette relation est interprétée comme le résultat d'une interaction réciproque entre ces deux variables, qui peut conduire une économie alternativement dans un piège de sous-développement ou dans une spirale vertueuse de décollage économique. Les pays émergents, principalement en Asie, ont échappé à la misère à partir du moment où ils ont commencé à faire des progrès en matière de santé et d'éducation. Les pays africains, bien qu'ayant fait quelques progrès plus tardifs dans ces domaines, sont restés très en retard, et leur retard s'est aggravé à partir des années 1980 suite à l'épidémie du VIH/SIDA. Cette thèse contribue à justifier l'attention qui est portée aujourd'hui aux politiques de santé en Afrique. Toutefois, l'amélioration des conditions de santé, et la sortie du sous-développement, ne se feront pas simplement par augmentation des budgets d'aide à la santé. Il faut plutôt mettre l'accent sur les réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité des politiques de santé. Parallèlement, au niveau microéconomique, de nombreux ménages africains sont enfermés dans un piège de pauvreté, auquel contribue significativement leurs mauvaises conditions de santé. Ceci rend nécessaire la prise en compte de considérations d'équité dans les politiques publiques de santé, qui sont à l'heure actuelle en Afrique relativement défavorables aux pauvres.

Communication au Mini-Forum sur la santé dans les pays en développement
Comité pour les Pays en Développement de l'Académie des Sciences
Paris, 19 et 20 novembre 2007

1- Introduction

Le point de départ de cette communication est une interrogation de nature historique. Plus précisément, quels facteurs ont différencié à partir des années 1950 les pays qui ont émergé des autres pays pauvres, quand les premiers ont commencé à décoller alors que les seconds stagnaient ? La littérature économique abonde d'hypothèses sur les facteurs qui pourraient expliquer le miracle asiatique comparé à l'échec du développement dans la grande majorité des pays africains. On a tour à tour considéré que c'était l'épargne, la culture, les institutions, qui pouvaient expliquer cette divergence. Beaucoup des hypothèses qui ont été émises à ce sujet sont infondées car mettant en avant des facteurs pour lesquels les pays émergents n'avaient pas d'avantage significatif par rapport aux autres pays pauvres immédiatement avant leur décollage.

En revanche, le capital humain ressort très nettement comme différenciant, dès les années 1950, les pays émergents des autres pays pauvres de cette époque, et, parmi les composantes du capital humain, la santé joue un rôle central. Notre conclusion est que, dans les années 1950 et 1960, des améliorations dans la santé ont joué un rôle décisif pour aider les pays que l'on appelle maintenant émergents à sortir de la misère dans laquelle ils étaient plongés peu de temps auparavant, au même titre que les pays africains. Cette conclusion empirique s'appuie sur une théorie de la croissance et du développement économique qui fait jouer un rôle central à la présence de processus cumulatifs entraînant des phénomènes d'équilibres multiples, connue sous le vocable de théorie des pièges de sous-développement ou des pièges de pauvreté. Comme nous essaierons de le montrer, cette conclusion permet d'aborder sous un angle nouveau les éléments d'une controverse récente entre économistes sur les effets de la santé sur la croissance économique, les uns lui attribuant un rôle central, d'autre lui déniaient toute influence significative sur le progrès économique.

Si elle ne donne pas nécessairement une recette universelle pour identifier les initiatives de politique de développement qui pourraient permettre aux pays pauvres de sortir à leur tour de la misère, cette conclusion permet de mettre l'accent sur le fait qu'une part non négligeable des pays africain est encore aujourd'hui, malgré les progrès recensés au cours des dernières décennies, dans une situation de pénurie extrême de capital humain, notamment en matière de santé, telle qu'il serait illusoire de vouloir aider ces pays à se développer sur le plan économique tant que ces facteurs de blocage n'auront pas été levés.

La suite de cette communication se penche alors tout naturellement sur les éléments des politiques de santé en Afrique qui posent le plus de problèmes et sur les réformes qu'il serait souhaitable de mettre en œuvre pour résoudre ces problèmes. Beaucoup de commentateurs ont tendance à mettre en avant le manque de moyens financiers, et la nécessité d'augmenter l'aide. Dans le secteur de la santé, cette approche est de moins en moins pertinente, compte tenu de l'importance des efforts qui ont déjà été consentis pour accroître l'aide aux pays pauvres dans ce domaine. Au-delà de la contrainte financière, bien d'autres défis doivent être relevés : celui de la faiblesse des ressources humaines et des mécanismes d'incitation dans les services de santé publique ; celui de la concentration des financements sur des grands programmes verticaux, notamment de lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA, au détriment d'autres dépenses ; celui de la nécessité d'une approche intégrative, intégrant la santé, l'éducation et d'autres services publics de base dans une même stratégie, qui fait souvent

défaut ; celui de l'absence de coordination de l'aide ; celui enfin de l'insuffisante prise en compte des considérations d'équité dans les politiques de santé des pays africains.

Dans un premier temps, nous discuterons des relations d'interaction qui existent entre le développement économique et les progrès en matière de santé, pour montrer la place centrale qui peut être occupée, dans les pays pauvres, par ces interactions dans l'explication des pièges de pauvreté.

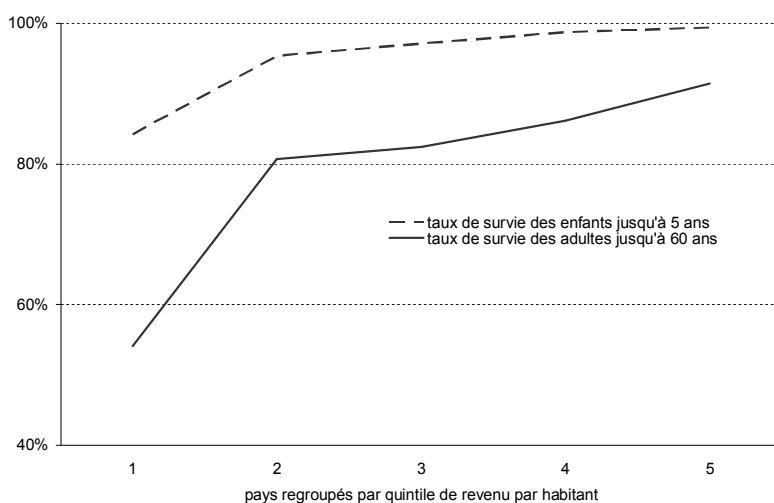
Dans un second temps, nous étudierons les différents aspects des politiques de santé en Afrique qui peuvent participer au succès ou à l'échec des efforts entrepris pour améliorer la situation de ces pays dans ce domaine.

2- L'interaction dynamique entre progrès de la santé et développement économique

a) Les relations entre développement économique et progrès en matière de santé

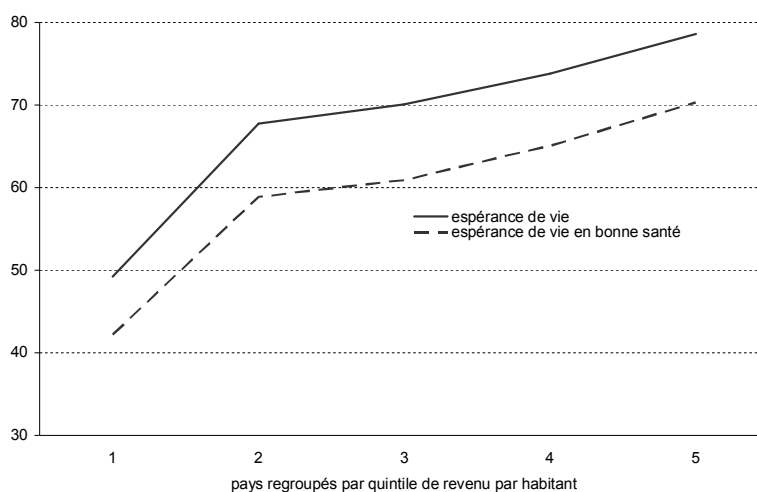
Les relations entre la croissance et les progrès en matière de santé font l'objet d'une controverse à la fois théorique et empirique entre les économistes. On observe assez naturellement qu'il y a une corrélation entre les niveaux de vie, tels que mesurés par le PIB en parité de pouvoir d'achat et les niveaux de santé. Pour une part, les travaux de la Commission sur la macroéconomie et la croissance présidée par Sachs (2001), visant à montrer l'intérêt des investissements dans la santé pour le développement économique, avaient pour point de départ cette relation entre les performances économique et l'amélioration de la santé. La Figure 1 illustre cette corrélation, en ce qui concerne les taux de survie des adultes (jusqu'à 60 ans) et des enfants (jusqu'à 5 ans). La Figure 2, se rapportant aux espérances de vie et aux espérance de vie en bonne santé, révèle un profil identique.

Figure 1 : indicateurs de taux de survie par groupe de pays classés en quintile



Source : calculs de l'auteur d'après les données de l'OMS (indicateur de santé) et du Groningen Growth and Development Centre (PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat)

Figure 2 : indicateurs d'espérance de vie par groupe de pays classés en quintile



Source : calculs de l'auteur d'après les données de l'OMS (indicateur de santé) et du Groningen Growth and Development Centre (PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat)

Bien que montrant clairement que les conditions de santé et le revenu par habitant évoluent dans le même sens, cette figure appelle immédiatement deux commentaires. Tout d'abord cette relation n'est pas linéaire : entre les pays de notre premier quintile (avec un revenu par habitant inférieur à 2000 dollars en parité de pouvoir d'achat, aux prix de 1990) et les pays du deuxième quintile (entre 2000 dollars et 4000 dollars) le taux de survie des adultes passe de 54% à 81%, et le taux de survie des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans passe de 84% à 95%. Au-delà, les progrès de taux de survie deviennent marginaux. Ensuite cette relation ne nous dit rien sur le sens de la causalité éventuelle entre ces deux variables.

En réalité la causalité est probablement bidirectionnelle. Nous disposons de plusieurs analyses permettant d'expliquer pourquoi la santé peut influencer les performances économiques, et pourquoi en retour le progrès économique entraîne celui de la santé.

Concernant le premier point, on sait tout d'abord que, au niveau microéconomique, l'état de santé des individus influence leurs capacités productives. Strauss et Thomas (1998) ont rassemblé un ensemble convergeant d'observations montrant le lien entre santé et productivité et, ce qui est intimement lié, le lien entre nutrition et productivité. Dans différents pays on observe un lien positif entre, d'une part, la stature et l'indice de masse corporelle des individus et, d'autre part, leurs salaires. Un lien existe aussi entre ces indicateurs et la participation des individus au marché du travail. De même, un lien négatif a été trouvé, notamment en Afrique, entre la prévalence de certaines maladies comme la bilharziose ou l'anémie et la productivité des agriculteurs.

L'état de santé peut exercer une influence sur les performances économiques également par des canaux plus indirects. D'après Bloom et Canning (2000), une meilleure santé et une espérance de vie plus longue sont autant d'incitations à investir dans l'éducation, dont les rendements sont alors mécaniquement plus élevés. Del Rosso et Marek (1996), s'appuyant sur l'expérience d'un grand nombre de projets menés par la Banque Mondiale, en Afrique et ailleurs, montrent que les conditions de nutrition et de santé des enfants améliorent les taux de scolarisation et les résultats scolaires et réduisent l'absentéisme des enfants à l'école. Un autre

exemple de ce lien entre santé et éducation est fourni par Miguel et Kremer (2004), qui ont montré à partir d'une évaluation randomisée menée au Kenya que l'administration de vermifuges aux enfants pouvait constituer une action efficace pour améliorer le rendement du système scolaire.

D'autres canaux ont été étudiés. Bloom et Canning (2000) indiquent qu'une plus grande longévité conduit à un accroissement de l'épargne, nécessaire pour couvrir les besoins des individus au-delà de l'âge de la retraite. Il y aurait également un « dividende démographique » associé à l'amélioration des conditions de santé, la réduction de la mortalité infantile jouant le rôle de facteur déclanchant de la transition démographique à travers son effet de réduction de la fécondité. Bloom, Canning et Malaney (2000) ont parfaitement illustré ce point sur le cas de l'Asie. Il peut y avoir enfin une complémentarité entre capital humain et capital physique : les entreprises investiront d'autant moins que leur personnel peut être affecté par des problèmes de santé. Sala-i-Martin (2005) donne l'exemple du Botswana, où les firmes multinationales auraient réduit leurs investissements depuis la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA.

A l'inverse le progrès économique peut lui-même être à l'origine d'améliorations des conditions de santé. De manière évidente, des individus pauvres ne peuvent pas faire face aux dépenses en médicaments et en soins de santé qui seraient nécessaires pour faire face à des maladies. L'effet du revenu sur la santé passe aussi par le statut nutritionnel. La relation revenu – nutrition – santé est connue en économie du développement depuis les travaux de Leibenstein (1954). Par ailleurs, le développement des services de fourniture d'eau potable et d'assainissement exerce un effet positif sur les conditions de santé de la population, comme montré par Isely (1985) sur le cas de l'Afrique. La fourniture de tels services doit faire l'objet de programmes de développement des services publics, mais ces politiques sont entravées par la faiblesse des revenus et des ressources économiques. Les fluctuations économiques peuvent avoir aussi des conséquences négatives à long terme sur la santé, comme l'a montré Bhalotra (2007), en s'appuyant sur des données indiennes.

Différents chercheurs ont contribué récemment à l'analyse de la relation qui pourrait exister, au niveau macroéconomique, entre la croissance économique et l'amélioration des conditions de santé, en utilisant des méthodes économétriques appropriées pour contrôler les risques d'erreur d'interprétation du sens de la causalité entre les variables. Ces travaux ne permettent cependant pas de déboucher sur un consensus.

Bloom et Canning (2005), utilisant des données comparatives internationales quinquennales sur la période 1965 à 1995, montrent l'existence d'une influence de l'amélioration des conditions de santé, mesurée par une variable qui approxime le taux de survie des adultes, sur la croissance économique. Ils concluent qu'un accroissement du taux de survie des adultes de 1 point de pourcentage augmente la productivité du travail de 2.8%, avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 1.2% et 4.3%.

A l'inverse, Acemoglu et Johnson (2006), utilisant des données comparatives décennales de 1940 à 1980, concluent que l'amélioration des conditions de santé n'a eu aucune influence significative sur la croissance. Acemoglu et Johnson sont les premiers auteurs à avoir introduit une instrumentation de leurs données de santé à l'aide de variables qualitatives mesurant des interventions de politique de santé, remontant jusqu'aux années 1940. D'un point de vue méthodologique, leurs estimations sont donc plus convaincantes. Cette approche

présente toutefois l'inconvénient de réduire sensiblement la taille de l'échantillon d'observation, et en particulier d'en éliminer les pays africains.

Bhargava et alii (2001) avaient montré auparavant que l'effet de l'amélioration des conditions de santé sur la croissance est beaucoup plus fort dans les pays pauvres que dans les autres, ce qui est cohérent avec nos observations préliminaires (Figure 1). Il est donc possible que les différences de résultats observées soient fortement influencées par la composition des échantillons de pays utilisés, ce qui empêche à ce stade toute conclusion définitive.

Les faits stylisés proposés par les travaux économétriques usuels ne permettent donc pas de trancher avec certitude sur l'existence d'un effet de l'amélioration des conditions de santé sur la croissance.

b) L'hypothèse d'un piège de pauvreté associé aux conditions de santé

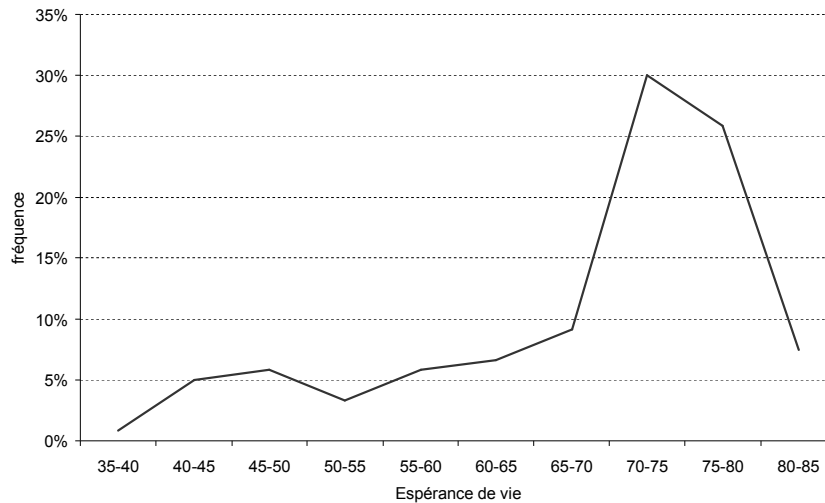
Pour tenter d'aller un peu plus loin, nous proposons une approche alternative, visant à répondre à une question plus limitée : est-ce que les progrès dans la santé sont à même d'influencer qualitativement la trajectoire de croissance des pays en développement ? Autrement dit, la relation semble-t-il non linéaire entre santé et revenu par habitant correspond-elle à l'existence d'un saut qualitatif, à l'occasion duquel des progrès dans les conditions de santé auraient permis un décollage de la croissance ?

Cette question alternative a des bases théoriques solides. En effet, dès lors que l'on accepte l'existence d'une causalité réciproque entre la santé et les performances économiques, il est tout à fait possible d'observer une multiplicité d'équilibres. Le passage d'une situation avec faible revenu et mauvais état de santé de la population à une situation caractérisée par des revenus plus élevés et des conditions de santé proches de celles des pays développés s'interpréterait alors comme un saut qualitatif d'un équilibre bas à un équilibre haut. Bloom et Canning (2000) mentionnent qu'une spirale vertueuse entre santé et développement économique a pu être observée en Asie de l'Est au cours des dernières décennies. Sala-i-Martin (2005) émet l'hypothèse d'un piège de pauvreté associé à ces interaction dynamique entre santé et pauvreté. Ce piège de pauvreté apparaît au niveau micro-économique, mais aussi au niveau macro-économique, auquel cas on peut lui donner plutôt le nom de piège de sous-développement (Berthélemy, 2006). Sala-i-Martin note ainsi que si des investissements importants pour améliorer la santé (par exemple des travaux d'assainissement pour prévenir la propagation du paludisme) sont un préalable à l'utilisation de techniques de production efficaces (par exemple l'exploitation des potentiels d'irrigation), les pays pauvres ne pouvant pas réaliser ces investissements seront condamnés à utiliser des techniques de production inférieures et resteront donc pauvres et en mauvaise santé.

Mayer-Foulkes (2003) fournit une première indication empirique en faveur de cette hypothèse, qu'il appelle « piège de développement humain » en montrant que la distribution mondiale des conditions de santé a une forme bimodale, de manière permanente depuis les années 1960. Cette distribution bimodale, que nous reproduisons à la Figure 3, suggère qu'une minorité significative de pays converge vers un niveau de santé médiocre, correspondant à une espérance de vie plafonnant autour de 45-50 ans en 2004, tandis que la majorité des pays converge vers une espérance de vie qui était déjà au moins de l'ordre de 70-75 ans la même année. La Figure 4 montre que le même genre de distribution s'observe pour

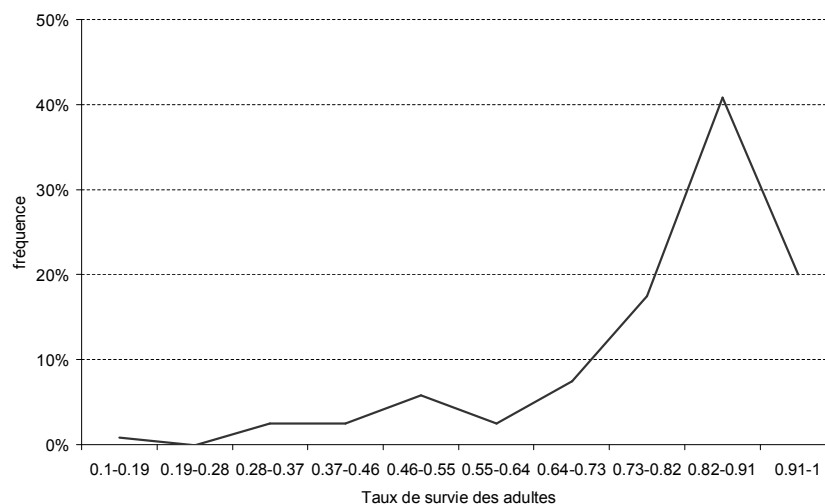
ce qui concerne le taux de survie des adultes entre 15 et 60 ans, avec une majorité de pays bénéficiant d'un taux de survie supérieur ou égal à 82%, et une distribution qui a un deuxième mode pour des taux de survie autour de 46-55%.

Figure 3 : Distribution internationale de l'espérance de vie en 2004



Source : calculs de l'auteur d'après les données de l'OMS

Figure 4 : Distribution internationale des taux de survie des adultes en 2004



Source : calculs de l'auteur d'après les données de l'OMS

La difficulté avec cette approche reste qu'il y a un grand nombre d'hypothèses alternatives pouvant justifier l'existence de pièges de sous-développement, au-delà des interactions réciproques entre santé et développement économique. Les interactions entre capacité à épargner et pauvreté (Nurkse, 1953, et Nelson, 1956), entre transition démographique et développement économique (Leibenstein, 1954), entre éducation et croissance (Azariadis et Drazen, 1990), entre conflits et pauvreté (Collier, 2006), constituent quelques exemples bien connus de sources potentielles de pièges de sous-développement.

Dans une étude antérieure (Berthélemy, 2006) nous avons proposé une méthode pour détecter quels sont les facteurs qui ont le plus probablement contribué à maintenir les pays africains dans un piège de sous-développement au cours des dernières décennies, alors que d'autres pays initialement comparables, principalement en Asie, réussissaient dans le même temps leur décollage économique. L'approche consiste à identifier des pays qui, depuis 1950, seraient sortis de la pauvreté pour devenir par la suite des pays à revenu intermédiaire, voire des pays développés, et à chercher en quoi ces pays ont été initialement différent des autres pays pauvres. L'intuition générale est qu'un pays qui aurait échappé à un piège de sous-développement doit avoir connu une dynamique de croissance bien particulière : dans un premier temps, il doit avoir suivi un sentier de convergence vers un niveau de revenu relativement bas, puis il doit avoir connu une accélération de sa croissance lui permettant de converger par la suite vers un niveau supérieur. L'application systématique de ce principe nous a permis de détecter 13 pays initialement très pauvres, qui ont connu une telle dynamique. Ces pays sont majoritairement en Asie, à l'exception du Botswana, du Lesotho, de la Tunisie et de la République dominicaine. Pour tous ces pays, le rebond de croissance démarre dans les années 1960. Nous avons alors comparé ces pays avec les autres pays de même niveau de vie en 1950 qui quant à eux n'ont pas progressé ou ont progressé faiblement, et qui sont majoritairement en Afrique. La comparaison systématique des données structurelles de ces deux groupes de pays livre une conclusion dénuée de toute ambiguïté : parmi les variables qui auraient pu justifier un piège de sous-développement initial, seules les variables de capital humain, qu'il s'agisse de la santé ou de l'éducation, différencient ces deux groupes de pays dans les années 1950 et au début des années 1960. Le Tableau 1 ci-dessous fournit quelques indicateurs qui montrent clairement le caractère très significatif de ces différences entre pays émergents et pays non émergents. Par contraste, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes de pays en ce qui concerne les taux d'épargne et d'investissement, l'existence de conflits internes ou d'autres variables susceptibles d'influencer les performances économiques comme le degré de démocratie ou les conditions géographiques.

Tableau 1 : différences entre pays émergents
et pays bloqués dans le piège de sous développement

	moyenne pays émergents	moyenne pays non émergents	écart- type de la différence	
Espérance de vie en 1960 (années)	46.4	37.7	8.7	1.4 ***
Mortalité infantile en 1950 (‰)	138	187.5	-49.6	9.5 ***
Mortalité infanto juvénile en 1960(‰)	161.9	275.9	-114	18.6 ***
proportion d'adultes avec éducation primaire complète en 1960 (%)	25.1	8.2	17	3.3 ***
taux de scolarisation primaire au début des années 1950 (%)	60.7	21	39.7	6.3 ***
taux de scolarisation secondaire au début des années 1950 (%)	9.6	1.9	7.8	1.6 ***

*** significatif au seuil de 1%.

Source : calculs de l'auteur.

Sur la base de ces résultats, nous avons pu estimer une équation permettant d'expliquer la probabilité de sortie du piège de sous-développement en fonction des indicateurs de santé

(espérance de vie et taux de mortalité infanto juvénile) et d'éducation (proportion d'adultes avec éducation primaire complète) en 1960 (Berthélemy, 2007).

Une ultime difficulté avec cette approche est que les pays africains ont tout de même réalisé quelques progrès depuis 1960 en matière de santé et éducation. Peut-on alors comprendre sur cette seule base pourquoi aucun de ces pays n'a émergé plus tard ? Probablement non car une simulation de cette équation pour le début des années 1980 indique quand même une probabilité élevée d'émergence pour 14 pays africains, qui n'ont en réalité connu que très peu de progrès depuis (Tableau 2).

Tableau 2 : Probabilité d'émergence au début des années 1980

0%-50%		50%-75%		75%-100%	
Pays africains	Autres pays	Pays africains	Autres pays	Pays africains	Autres pays
Angola	Afghanistan	Rép. Cent. Afr.	Haïti	Algérie	Bangladesh
Bénin	Cambodge	Comores	Laos	Cameroun	China
Burkina Faso	Népal	Congo		Cap Vert	Honduras
Burundi	Yémen	Ethiopie		Congo DRC	Inde
Gambie		Liberia		Cote d'Ivoire	Vietnam
Guinée		Rwanda		Egypte	
Guinée-Bissau		Soudan		Ghana	
Malawi		Tanzanie		Kenya	
Mali				Madagascar	
Mauritanie				Maroc	
Mozambique				Swaziland	
Niger				Togo	
Nigeria				Zambie	
Sénégal				Zimbabwe	
Sierra Leone					
Tchad					
Uganda					

Source : calculs de l'auteur

c) Y a t il un paradoxe africain ?

Plusieurs facteurs concourent à expliquer ce résultat en apparence paradoxal.

Certaines de ces explications ne relèvent pas de la problématique santé – pauvreté, mais méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, tous les pays africains ont été frappés par la crise de la dette des années 1980. Même si cette crise avait un caractère endogène, elle a aussi été amplifiée par des événements extérieurs, notamment la crise financière en Amérique latine, qui ont conduit par effet de contagion à donner à cette crise une ampleur sans précédent. Si des pays comme l'Indonésie ou les Philippines ont pu, dans les années 1960, surmonter des crises d'endettement qui n'ont fait que ralentir et pas stopper leur émergence, il n'en a pas été de même en Afrique dans les années 1980 et l'on peut supposer que les effets de contagion y sont pour quelque chose. Ensuite les pays qui ont émergé dans les années 1960 n'étaient pas soumis à la même concurrence internationale que celle que l'on connaît aujourd'hui dans le contexte de la mondialisation. En particulier des progrès éducatifs centrés sur l'instruction primaire ont permis à des économies comme la Corée et Taiwan de s'industrialiser dès les

années 1960, ce qui serait impossible aujourd'hui sans un niveau plus élevé de formation de la main d'œuvre.

Ensuite, il y a aussi des explications qui relèvent de l'analyse des conditions de santé dans les pays africains. La première tient aux graves incertitudes qui pèsent sur les indicateurs de mesure des progrès de santé, notamment en Afrique. Ces incertitudes sont documentées, en ce qui concerne la mortalité infantile et infanto juvénile par Murray et al. (2007). Les progrès qui sont recensés par les statistiques des Nations Unies sont en partie en contradiction avec des observations réalisées par Moradi (2007), sur la base des données des enquêtes DHS (Demographic and Health Survey) conduites dans un grand nombre de pays africain. Spécifiquement, Moradi a utilisé ces enquêtes pour évaluer l'évolution de la stature des individus en fonction de leur année de naissance. Une augmentation de la taille est en général considérée comme corrélative des progrès en matière de santé et nutrition.

Les observations de Moradi montrent que la taille des individus nés entre 1950 et 1980 n'a augmenté que dans 5 pays africains sur les 28 pays pour lequel des enquêtes sont disponibles. Parmi les autres pays, 6 ont connu une diminution de la taille des individus, 5 une stabilité de cette taille, et 12 une évolution en forme de U inversé avec une progression dans les deux premières décennies puis une diminution dès le début des années 1970. Même si l'évolution de la stature dépend à la fois de la nutrition et des conditions de santé, ces évolutions paraissent peu compatibles avec les progrès d'espérance de vie retracés dans les statistiques des Nations Unies depuis 1950, étant donné que, au moins jusqu'aux années 1970, aucun indicateur ne révèle une aggravation des conditions d'alimentation en Afrique. Il est donc probable que les données d'espérance de vie présentent une vue exagérément optimiste de l'évolution des conditions de santé en Afrique au cours des années 1950 à 1980 (Tableau 3).

Tableau 3 : Evolution de la stature de la population
et croissance de l'espérance de vie entre 1950-55 et 1975-80 en Afrique

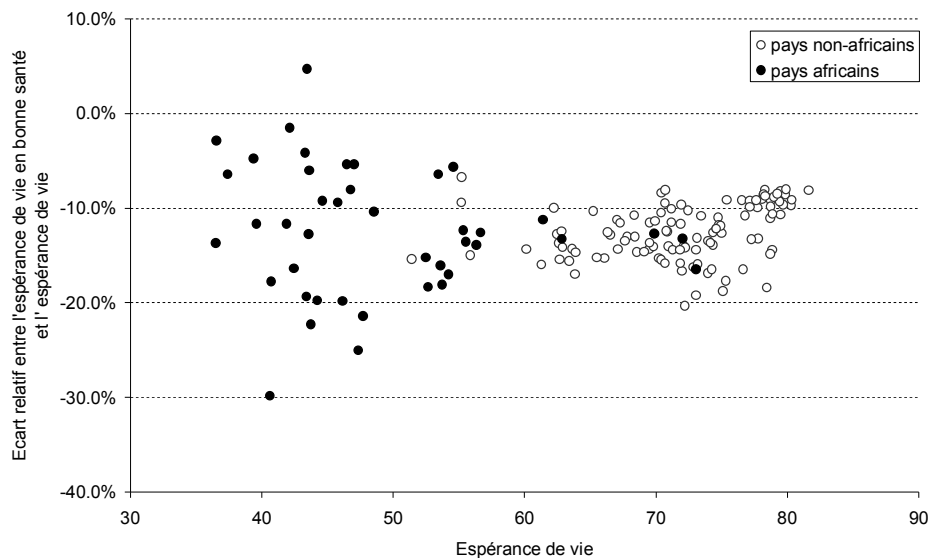
augmentation de la stature	augmentation puis diminution de la stature	stagnation de la stature	diminution de la stature				
Côte d'Ivoire	1.0%	Burkina Faso	1.5%	Bénin	1.0%	Tchad	0.9%
Gabon	1.4%	Cameroun	1.0%	Comores	0.9%	Guinée	0.8%
Kenya	1.1%	RCA	1.1%	Eritrée	0.9%	Mozambique	1.2%
Sénégal	1.1%	Ghana	0.7%	Ethiopie	1.1%	Namibie	1.2%
Tanzanie	0.8%	Madagascar	1.0%	Malawi	0.8%	Niger	0.4%
		Mali	0.9%			Zimbabwe	0.7%
		Mauritanie	0.9%				
		Nigeria	0.8%				
		Rwanda	0.5%				
		Togo	1.3%				
		Uganda	0.9%				
		Zambie	0.8%				
Moyenne	1.1%		0.9%		0.9%		0.9%

Source : Moradi (2007) et calculs de l'auteur à partir des données des Nations Unies (World Population Prospects).

Une voie possible de recherche pour tenter de résoudre ce paradoxe pourrait être de considérer l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé, qui est probablement plus pertinent

que celui de l'espérance de vie pour évaluer les progrès en matière de santé. Cependant, nous ne disposons pas de données historiques pour cet indicateur. Malgré tout nous pouvons observer que l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé est beaucoup plus variable d'un pays à l'autre en Afrique qu'ailleurs (Figure 5). Ceci suggère que des progrès d'espérance de vie n'ont pas nécessairement été corrélatifs de progrès d'espérance de vie en bonne santé dans tous les africains.

Figure 5 : comparaison de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, 2004



Source : calculs de l'auteur d'après les données de l'OMS

Une dernière raison pouvant expliquer l'absence de sortie du piège de sous développement en Afrique à partir des années 1980 est l'apparition de l'épidémie du VIH/SIDA, qui a considérablement affecté les conditions de santé de nombreux pays africains, et conduit à un recul par rapport aux progrès observés antérieurement. L'espérance de vie a régressé dans toutes les régions africaines entre 1980-1985 et 1995-2000. En Afrique australe, où les perspectives de développement étaient probablement les meilleures initialement, cette régression a fait perdre en moyenne 8 années d'espérance de vie, ramenant ainsi cette région au niveau qu'elle avait atteint dans les années 1960. Ainsi, un certain nombre de pays, qui n'avaient jamais été aussi près de réunir les conditions d'une sortie du piège de sous-développement qu'au début des années 1980 en raison des progrès qu'ils avaient enregistrés en matière de capital humain, ont perdu une grande partie de ces acquis en l'espace d'une décennie par suite de la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA.

3- Quelles réponses des politiques de développement ?

La première réponse qui est souvent donnée face au problème posé par le piège de sous-développement associé à la santé est d'augmenter les financements à la santé. C'est l'approche retenue par Sachs (2001) et la Commission sur la macroéconomie et la santé de l'OMS. C'est aussi dans une large mesure la réponse donnée par un certain nombre de bailleurs de fonds, et qui a conduit à des initiatives telles que Unitaid, créée pour apporter des financements pour l'achat de médicaments destinés aux pays en développement.

Toutefois, l'augmentation des financements à la santé ne peut à elle seule répondre au problème posé. De plus, plus les nouveaux financements disponibles pour le secteur de la santé sont nombreux et plus il faut se préoccuper de considérations d'efficacité dans l'utilisation de ces fonds, et aussi d'équité.

a) La question des financements

L'augmentation des financements destinés au secteur de la santé remonte à l'initiative PPTE (initiative de réduction de la dette des pays pauvres très endetté) de 1999, dans laquelle les réductions de service de la dette consenties devaient être utilisées dans les secteurs sociaux, parmi lesquels celui de la santé. En réalité, il est impossible de savoir avec un minimum de précision quelle part de cette aide supplémentaire a été consacrée à la santé. De plus, il y a une grande fongibilité des ressources, et le fait d'utiliser des fonds PPTE pour la santé n'impliquerait pas nécessairement que les dépenses totales en matière de santé augmentent. Une évaluation économétrique indirecte (Hepp, 2005), a même suggéré que, dans le cas des pays bénéficiaires de l'initiative PPTE, la réduction de la dette n'a pas conduit à augmenter les dépenses de santé.

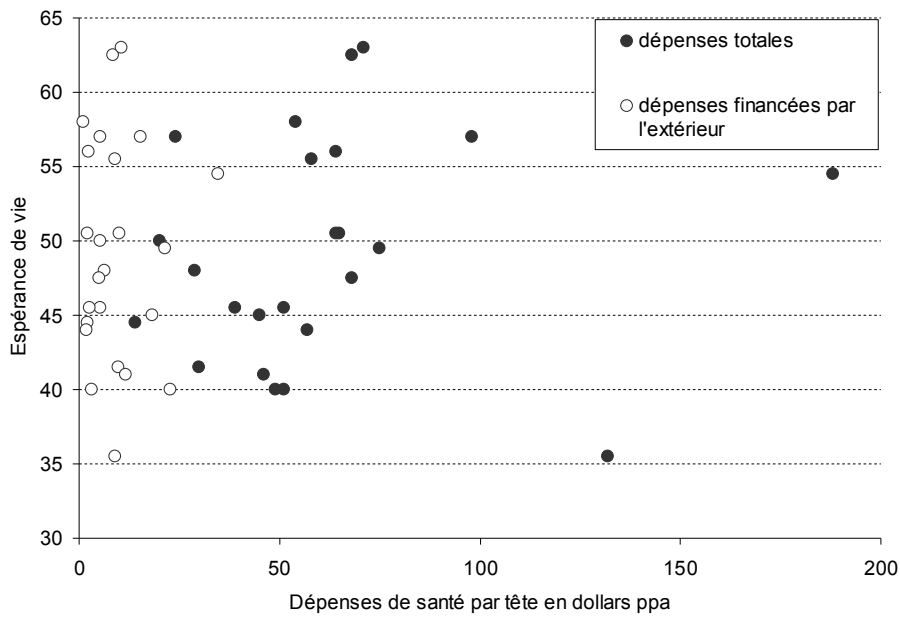
Un effort spécifique a été fait par ailleurs sur la santé, notamment sous l'impulsion de la Commission sur la macroéconomie et la santé (Sachs, 2001), qui indiquait la nécessité d'accroître l'aide internationale à la santé de l'ordre de 4 milliards de dollars en 2001 à 27 milliards de dollars en 2007. Même si on est très loin de cette tendance, l'effort en faveur du financement de la santé s'est accru dans les années récentes, de même que le nombre d'intervenants a augmenté, à tel point qu'il devient assez difficile de comptabiliser l'aide accordée au système de santé (Center for Global Development, 2007). Aux bailleurs de fonds publics traditionnels s'ajoutent différentes initiatives privées, ou en partenariat public-privé, telles que le GAVI et le GFATM. D'après les données de l'OCDE, l'aide publique au développement aux secteurs santé et politiques de population s'élevait en 2005 au total à 9,5 milliards de dollars d'engagement, contre 4,1 milliards en 2001. D'après Dodd et al. (2007), qui n'indiquent pas clairement leurs sources, l'ensemble de l'aide à la santé, y compris l'aide privée, aurait dépassé les 13 milliards de dollars en 2005. Un calcul alternatif, reposant sur les données de dépenses de santé publiées par l'OMS, indique que celles-ci ont été financées en 2004 pour environ 10,5 milliards de dollars par des ressources extérieures, ce qui compte tenu de la progression enregistrée sur les données de l'OCDE, représenterait un peu moins de 12 milliards de dollars en 2005.

Justifier une politique axée sur l'augmentation de l'aide dans le secteur de la santé suppose que la contrainte de financement soit le principal obstacle à l'amélioration de la santé dans les pays en développement. Cela n'est pas certain dans les pays les plus pauvres, qui sont pour la plupart en Afrique. Les Figures 6 et 7 montrent que, à l'intérieur de ce groupe de pays, on constate une absence totale de corrélation entre les dépenses de santé et l'état de santé de la population. Des pays comparables du point de vue de leurs revenus par habitant et de leur situation géographique ont des performances de santé comparables malgré des dépenses de santé très différentes. En Ethiopie, l'espérance de vie est de 50 ans pour des dépenses de santé de 20 dollars par habitant, en Ouganda elle est de 49,5 ans pour des dépenses de santé de 75 dollars par habitant. De même des pays présentant des dépenses de santé comparables ont des situations de santé très différentes. Au Niger la taux de survie des adultes est de 51%

pour des dépenses de santé de 30 dollars par habitant, il est de 56% au Burkina Faso pour des dépenses de santé de 68 dollars par habitant.

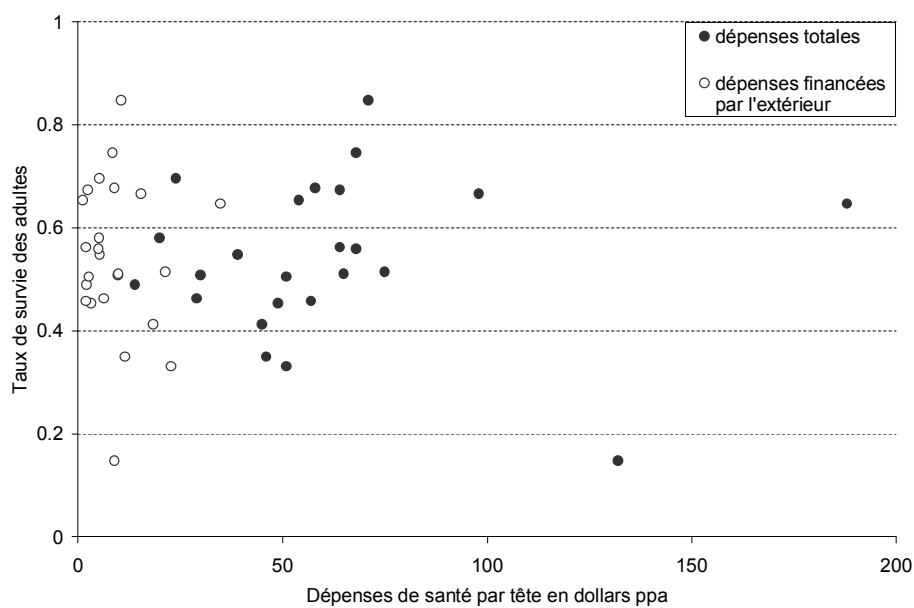
Par conséquent, au-delà de la question du montant d'aide apporté aux secteurs de santé, il faut avant tout se préoccuper de l'efficacité de cette aide. Cette préoccupation est d'autant plus importante que la forte augmentation des budgets d'aide en elle-même réduit son efficacité.

Figure 6 : dépenses de santé et espérance de vie dans les pays pauvres (PIB par habitant compris entre 200 et 2000 dollars, en dollars de ppa de 1990)



Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'OMS

Figure 7 : dépenses de santé et taux de survie des adultes dans les pays pauvres (PIB par habitant compris entre 200 et 2000 dollars, en dollars de ppa de 1990)



Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'OMS

Un premier niveau d'analyse est celui de savoir si l'aide allouée dans le secteur de la santé est destinée à des usages où cette aide a un impact maximal sur les conditions de santé. La comparaison des fardeaux relatifs des différentes maladies et de la distribution de l'aide qui est reçue pour y faire face suggère que cette distribution est très déséquilibrée (Tableau 4). Les fonds destinés à la lutte contre VIH/SIDA et les autres MST, qui représentent moins de 6% du fardeau de maladie, représentent près de 30% du total de l'aide dans le secteur de la santé. A l'inverse, les maladies non contagieuses qui représentent près de la moitié du fardeau ne se voient attribuer qu'un peu plus de 20% de l'aide.

Pour juger de l'efficacité de cette allocation, il faudrait disposer de données complètes sur les rapports coût efficacité (dollars dépensés par année de vie en bonne santé sauvée) des différentes actions de santé publique qui sont financées par ces budgets. On ne peut donc pas en inférer des conclusions très précises. Ces données permettent quand même de mettre l'accent sur un aspect important du débat : le niveau très élevé des budgets affectés à la lutte contre le VIH/SIDA qui, du moins dans la composante traitement de la maladie, ont un rapport coût efficacité très élevé, et notoirement plus élevé que des actions de vaccination, de traitement des maladies infectieuses courantes et de prévention contre le paludisme.

Tableau 4 : Fardeau des différentes maladies comparé à l'aide publique au développement destinée à lutter contre ces maladies, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

Type de maladie	Années en bonne santé perdues, 2001 (milliers)	Part du fardeau d'années en bonne santé perdues (%)	Aide extérieure affectée directement ou non au type de maladie
Maladies infectieuses (hors MST et VIH/SIDA)	327407	23.6	20.8
MST et VIH/SIDA	80173	5.8	28.5
Problèmes de santé maternelle et périnatale	115494	8.3	19.8
Déficiences nutritionnelles	29564	2.8	3.8
Maladies non contagieuses	678842	48.9	22.1
Blessures	155945	11.2	5.1
Total	1387426	100	100

Source : MacKellar (2005).

b) Augmentation de l'aide et organisation des systèmes de santé

La question de l'efficacité des dépenses publiques dans le secteur de la santé pose une série de problèmes spécifiques dans le contexte de l'augmentation des budgets d'aide. Différents problèmes qui entravent le fonctionnement des systèmes de santé en Afrique ne peuvent pas être résolus simplement par l'augmentation de l'aide. Notamment, la pénurie des personnels de santé est très grave et s'accroît, en raison de l'émigration massive des personnels de santé qualifiés, notamment dans les pays fortement touchés par l'épidémie du VIH/SIDA. L'accroissement de l'aide au secteur ne contribue pas sensiblement à résoudre ce problème, quand il ne l'aggrave pas en raison de l'utilisation d'une partie des personnels qualifiés encore disponibles dans des tâches liées à l'administration de l'aide. Cette pénurie quantitative est accrue par une absence de motivation des personnels de santé publique faute de systèmes d'incitation, qu'il est bien difficile à mettre en place dans les cadres rigides du service public.

On peut parler d'une véritable crise des ressources humaines dans le secteur santé en Afrique (USAID, 2003), qui appelle des actions dans plusieurs dimensions, dont certaines ne peuvent pas reposer principalement sur l'aide financière extérieure, comme une meilleure gestion des personnels de santé, visant à améliorer l'utilisation des ressources humaines, à réduire l'absentéisme et à prévenir la corruption. Il y a des avancées possibles dans ces domaines. Le rapport 2006 de Transparency international met en lumière la corruption dans les systèmes de santé, en Afrique comme ailleurs, mais donne aussi des exemples de réussite de la lutte contre cette corruption, comme le renforcement de la lutte contre la contrefaçon des médicaments au Nigeria, qui a permis de réduire de 80% la quantité de médicaments illégaux en circulation entre 2001 et 2004.

L'efficacité du système est par ailleurs réduite en raison d'un manque de coordination entre des différents intervenants entre eux et avec les gouvernements bénéficiaires (Dodd et al., 2007). Les bailleurs de fonds traditionnels eux-mêmes ne se coordonnent que très imparfaitement, même si depuis la déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide des progrès sont envisageables pour l'avenir.

La mise en place de stratégies sectorielles, cofinancées par des donateurs, permet de répondre en partie à ces problèmes, mais de manière imparfaite. L'aide n'est pas toujours alignée sur les priorités des gouvernements bénéficiaires. Par exemple, la part très grande de l'aide attribuée au secteur de lutte contre le VIH/SIDA ne correspond pas en général aux priorités des gouvernements (McKellar, 2005). Un autre exemple est fourni par Doods et al. (2007), qui indique que sur 7 sous-secteurs dans le domaine de la santé jugés prioritaires par le gouvernement du Rwanda, un seul a bénéficié d'une aide importante, rendant impossible des dépenses publiques équilibrées entre les différentes priorités.

L'affectation de l'aide à des objets particuliers n'est pas la seule source de complexité. D'après le FMI (2007), seulement une part minoritaire de l'aide transite par le budget des pays bénéficiaires, une grande partie étant distribuée à travers des initiatives telles que le PEPFAR (Plan d'urgence du Président des Etats-Unis contre le VIH/SIDA) et administrée par des structures souvent privées, parallèles aux structures publiques. Ces fonds internationaux (PEPFAR, GFATM, GAVI, etc.), dont le nombre total est estimé entre 75 et 100 (Dodds et al. 2007), représentent une part importante des nouveaux financements dans le secteur de la santé. Ces nouvelles initiatives ont le mérite d'avoir mobilisé des ressources supplémentaires pour la santé et de dynamiser l'action d'organisations communautaires et du secteur privé, mais la création de nouvelles entités sur le terrain complique la tâche des gouvernements. En dehors des difficultés d'harmonisation ainsi créées, ces initiatives verticales déséquilibrent le secteur de la santé au détriment de programmes horizontaux destinés à améliorer le fonctionnement d'ensemble du système de santé publique. Elles créent un risque réel d'éviction, notamment en ce qui concerne les personnels de santé, dont l'insuffisance numérique est amplifiée par l'attraction de ces personnels vers ces nouveaux programmes disposant de ressources financières importantes comparées à celles des budgets publics. Ils contribuent de ce fait à la réduction des moyens disponibles pour prendre en charge les maladies négligées, dont beaucoup, telles que des affections respiratoires et diarrhéiques, pourraient être soignées à moindre coût.

L'approche verticale n'est pas non plus favorable à l'intégration de la stratégie dans le secteur de la santé dans les stratégies de développement, alors que l'on sait qu'il est nécessaire d'avoir une approche intégrative. Les interactions déjà mentionnées de la santé avec

l'éducation, l'accès à l'eau potable et d'autres infrastructures, et plus généralement avec le développement économique doivent être prises en compte dans la politique de santé.

La coordination entre les donateurs pourrait être partiellement renforcée par une division du travail entre eux. Des arrangements de coopération déléguée dans lesquels un donateur agit pour le compte d'autres donateurs sont déjà utilisés dans certains cas, dans le secteur de la santé comme dans d'autre secteur. Ces arrangements sont plutôt moins fréquents en Afrique qu'ailleurs, mais on peut déjà noter quelques exemples positifs : au Malawi (Norvège/Suède et Canada/Japon), au Mali (Allemagne, Belgique, Canada, France, Pays-Bas, Suède, Suisse, Banque mondiale, CE, PNUD) et au Mozambique (Finlande/Royaume Uni).

Il est également nécessaire de mener des réformes institutionnelles du secteur de la santé dans son ensemble, orientées vers la mise en place de système de contractualisation (Perrot, 2006), afin que les différents acteurs du secteur, publics, associatifs ou privés, et nationaux ou étrangers, travaillent en partenariat. Ceci est d'autant plus nécessaire que se multiplient les initiatives privées et associatives au niveau local comme au niveau international.

c) Inégalités, pauvreté et équité

Les problèmes de santé étant, dans les pays pauvres, fortement concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population, la question de l'équité dans les politiques de santé se pose avec une très grande acuité. Il y a au niveau microéconomique comme au niveau macroéconomique un piège de pauvreté associé à la santé : une famille frappée par la maladie de l'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de revenus associée à la maladie et du coût de l'accès aux soins. Afin d'améliorer les conditions de santé de la population dans son ensemble il faut donc porter une attention particulière aux pauvres, qui sont les premiers pour lesquels l'enclenchement d'une spirale négative entre détérioration des conditions de santé et approfondissement de la pauvreté peut se manifester.

Différents travaux récents ont permis de progresser dans ce domaine, tant sur le plan conceptuel qu'empirique. Une première approche consiste à étudier l'incidence des bénéfices retirés des politiques de santé publique par les différentes catégories de la population. On peut ainsi évaluer quels sont les transferts implicites reçus par les différentes couches de la population à travers l'utilisation de ces services de santé. En Afrique, la réponse est presque invariablement que les pauvres sont faiblement bénéficiaires de ces politiques. Ceci est illustré dans le Tableau 5. Dans les pays étudiés dans ce tableau, seule l'Afrique du Sud présente une politique de santé qui globalement ne défavorise pas les pauvres. Même les dépenses de santé primaire bénéficient plus aux riches qu'aux pauvres, sauf dans le cas du Kenya.

Des données rassemblées sur 26 pays africains et non africains par Davoodi et al. (2003) montrent par ailleurs que la distribution des dépenses de santé est relativement plus favorable au quintile le plus riche en Afrique qu'ailleurs. La différence est particulièrement marquante si on considère les dépenses totales, puisque en Afrique le quintile le plus riche bénéficie de 2,2 fois plus de dépenses publiques de santé, contre un ratio de 1,4 pour l'ensemble de l'échantillon de pays considéré.

Tableau 5 : Répartition des dépenses publiques de santé en Afrique par quintile de richesse

Pays	santé primaire		dépenses de santé totales	
	quintile le plus pauvre	quintile le plus riche	quintile le plus pauvre	quintile le plus riche
Afrique du Sud 1994	18	21	16	17
Cote d'Ivoire 1995	14	22	11	32
Ghana 1992	10	31	12	33
Guinée 1994	10	36	4	48
Kenya 1992	22	14	14	24
Madagascar 1993	10	29	12	30
Tanzanie 1992-93	18	21	17	29

Source : Castro-Leal et al. (2000)

Tableau 6 : Répartition des dépenses publiques de santé par quintile de richesse comparaison entre l'Afrique et les autres régions

Région	nombre de pays	santé primaire		dépenses de santé totale	
		quintile le plus pauvre	quintile le plus riche	quintile le plus pauvre	quintile le plus riche
Afrique	9	15.3	22.7	12.9	28.6
Asie et Pacifique	2	19.7	16.9	10.8	30.9
Afrique du Nord et MO	1			16.4	23.6
Pays en transition	10	14.9	21.5	13.6	27
Amérique latine	4	20.4	19.1	23.1	15.2
Ensemble	26	17.3	20.8	16.9	23.2

Source : Davoodi et al. (2003).

L'inégalité d'accès aux dépenses de santé publique résulte en partie en Afrique, comparée aux autres régions en développement, de la distribution géographique de la population. Cette distribution, caractérisée par une relativement faible urbanisation n'est pas favorable à une égalité distributive sauf si l'on développe systématiquement les centres de santé primaire, étant donné que la très grande majorité des pauvres vit dans le monde rural. Ce sont les citadins qui bénéficient de l'essentiel des dépenses hospitalières en particulier. Des politiques de gratuité de certains soins, malgré leurs objectifs sociaux, peuvent contribuer elles-mêmes à l'inégalité de la distribution des dépenses publiques de santé. A titre d'exemple, la distribution gratuite des anti-rétroviraux, décrétée dans différents pays ces dernières années, comme par exemple au Mali, peut se transformer en subvention pour les individus les moins pauvres, étant donné que l'accès aux anti-rétroviraux est limité aux quelques centres de soins disposant de personnels qualifiés pouvant administrer ce traitement. A l'inverse, il faut développer des services de santé ciblés sur les pauvres, ce qui suppose une politique de décentralisation et l'extension des centres de santé primaire (Marek, Eichler et Schnabl, 2006).

Sans surprise, les conditions de santé des couches les plus pauvres de la population sont nettement moins bonnes que celles des plus riches. Non seulement les pauvres bénéficient de relativement peu de dépenses publiques de santé, mais en plus une grande partie des dépenses de santé en Afrique sont privées plutôt que publiques et dépendent donc des revenus des ménages. Le Tableau 7, utilisant les données publiées par Gwatkin et al. (2007), révèle ainsi que, en Afrique, les enfants du quintile le plus pauvre ont environ 1,7 fois plus de risque de décéder avant l'âge de 5 ans, 2,6 fois plus de risque d'être affectés de rachitisme aigu et 3,1 fois plus de risque d'avoir une insuffisance pondérale sévère que les enfants du quintile le plus riche. De ce point de vue, toutefois, l'Afrique fait en général mieux que d'autres régions,

notamment l'Amérique latine, en partie en raison d'une inégalité de distribution des revenus moins forte.

Tableau 7: Ratio entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre pour différents indicateurs de santé

Moyenne par région	mortalité infantile	mortalité infanto juvénile	rachitisme sévère	insuffisance pondérale sévère	fièvre	diarrhée	affection respiratoire aigue
Afrique	1.58	1.69	2.63	3.06	1.15	1.27	1.18
Asie du Sud	1.65	2.00	2.87	3.55	1.13	1.31	1.30
Asie Pacifique	2.50	2.88			1.26	1.62	1.46
Afrique du Nord et MO	2.06	2.41	2.85	3.48	1.21	1.34	1.33
Europe et Asie centrales	1.66	1.81	1.87	3.02	1.04	1.38	0.98
Amérique latine	2.04	2.48	19.45	9.67	1.45	1.76	1.33
Ensemble	1.70	1.84	2.88	3.29	1.20	1.36	1.25

Source : Gwatkin et al. (2007).

L'approche précédente est toutefois plus en termes d'inégalité que d'inéquité. Pour juger de l'équité des politiques de santé, il faut pouvoir évaluer si des individus présentant les mêmes besoins reçoivent les mêmes services publics de santé. Bien que des progrès importants aient été faits dans ce domaine sur le plan conceptuel, on dispose encore de peu de données permettant de faire un bilan sur cette question.

Les données publiées par Gwatkin et al. (2007) permettent sur un certain nombre d'indicateurs d'étudier l'accès aux soins en fonction de la richesse des ménages. Ces données permettent de conclure que les politiques de santé sont inéquitables en Afrique, souvent plus qu'ailleurs. L'accès à un accouchement assisté et aux méthodes contraceptives pour les femmes est plus de 3 fois plus fréquent dans le quintile le plus riche que dans le quintile le plus pauvre, ce qui révèle une concentration sensiblement plus forte en Afrique qu'ailleurs, à l'exception de l'Asie du Sud (Tableau 8). L'accès aux vaccins pour les enfants est également plus concentré en Afrique qu'ailleurs (à l'exception de nouveau de l'Asie du Sud).

Tableau 8 : Ratio entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre pour différents vaccins et soins maternels et infantiles

Moyenne par région	vaccin BCG	vaccin rougeole	vaccin DPT	visite prénatale	accouchement assisté	utilisation de méthodes contraceptives
Afrique	0.72	0.62	0.58	0.68	0.31	0.29
Asie du Sud	0.70	0.54	0.60	0.33	0.13	0.54
Asie Pacifique	0.79	0.67	0.59	0.64	0.38	0.84
Afrique du Nord et MO	0.81	0.78	0.83	0.53	0.47	0.65
Europe et Asie centrales	0.98	0.96	0.98	0.88	0.89	0.79
Amérique latine	0.85	0.82	0.78	0.70	0.49	0.62
Ensemble	0.78	0.70	0.68	0.67	0.42	0.53

Source : Gwatkin et al. (2007).

Le Tableau 9 indique aussi que l'accès aux soins en cas de fièvres, d'affections respiratoires et de diarrhées est très concentré dans les couches les plus riches de la population, et de nouveau l'est plus qu'ailleurs, sauf en Asie du Sud. Bien que parcellaires, toutes ces informations concourent à mettre en évidence le caractère relativement inéquitable des

politiques de santé publique en Afrique, ce qui réduit d'autant la capacité de ces politiques à contribuer à la réduction de la pauvreté.

Tableau 9 : Ratio entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre pour l'accès aux soins en cas de maladies courantes

Moyenne par région	traitement médical de la fièvre	traitement médical d'infection respiratoire aigue	thérapie de réhydratation orale en traitement de la diarrhée	traitement médical de la diarrhée
Afrique	0.57	0.56	0.77	0.61
Asie du Sud	0.54	0.55	0.66	0.57
Asie Pacifique	0.66	0.70	0.91	0.80
Afrique du Nord et MO	0.62	0.66	0.90	0.78
Europe et Asie centrales			0.74	0.67
Amérique latine	0.63	0.70	0.87	0.66
Ensemble	0.58	0.61	0.80	0.65

Source : Gwatkin et al. (2007).

4- Conclusion

L'amélioration des conditions de santé en Afrique devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que l'Afrique est la région du monde où les conditions de santé sont les plus mauvaises, mais aussi parce que ces mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les économies africaines dans un piège de sous-développement et, au niveau microéconomique, de nombreux ménages africains dans un piège de pauvreté. L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement, à un moment où ces pays ne disposaient que de faibles ressources financières, propres ou procurées par l'aide internationale.

Faire des progrès en matière de santé en Afrique suppose des efforts qui vont bien au-delà de l'augmentation de l'aide financière internationale. Même si les initiatives récentes ont permis d'apporter des ressources supplémentaires aux secteurs de la santé en Afrique, elles ne peuvent se substituer à des réformes destinées à améliorer le fonctionnement des systèmes de santé. Ceci est d'autant plus vrai que les grands programmes verticaux qui ont été lancés peuvent contribuer à la désorganisation des systèmes de santé en raison des effets d'éviction qu'ils créent sur les ressources locales, notamment en personnels de santé qualifiés. Ceci se fait notamment au détriment de la prise en charge des maladies négligées.

Ces réformes requièrent de trouver des solutions à la crise des ressources humaines dans les secteurs de la santé, de créer un partenariat entre tous les acteurs du système de santé par la mise en place de politiques de contractualisation, d'intégrer la politique de santé dans la politique de développement et dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

La question de l'équité dans les politiques publiques de santé se pose aussi avec une acuité particulière en Afrique. Il est nécessaire de mener des actions ciblées sur les pauvres. Compte tenu du rôle que joue la santé dans les pièges de pauvreté, ces considérations d'équité doivent être mises en avant non seulement pour elles-mêmes mais tout simplement pour renforcer l'efficacité des politiques de santé.

Références

- Acemoglu, Daron, et Simon Johnson (2006), *Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth*, NBER Working Paper 12269.
- Berthélemy, Jean-Claude, 2006, Clubs de convergence et équilibres multiples : comment les économies émergentes ont-elles réussi à échapper au piège du sous-développement, *Revue d'économie du développement*, 14(1), 5-44.
- Berthélemy, Jean-Claude, 2007, *Human capital and Emergence from Development Trap*, mimeo, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.
- Bhalotra, Sonia, *The Irreversible Health Effects of Economic Fluctuations*, mimeo, University of Bristol.
- Bhargava Alok, Dean T. Jamison, Lawrence Lau, Christopher JL Murray, 2001, Modelling the effects of health on economic growth, *Journal of Health Economics*, 20(3), 423-440
- Bloom, David E., et David Canning, 2000, The Health and Wealth of Nations, *Science*, 287 (5456), 1207-209.
- Bloom, David E., et David Canning, 2005, *Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*, mimeo, Harvard School of Public Health.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia Malaney, 2000, Demographic Change and Economic Growth in Asia. *Population and Development Review* 26(supplement), 257-90.
- Castro-Leal, J. Dayton, L. Demery, et K. Mehra, 2000, Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1): 66-74.
- Center for Global Development, *Following the Money: Toward Better Tracking of Global Health Resources, Report of the Global Health Resource Tracking Group*, 2007.
- Collier, Paul, 2006, African Growth: Why a 'Big Push'?, *Journal of African Economies* 15(Supplement 2):188-211
- Davoodi, Hamid R., Erwin R. Tiongson, et Sawitree S. Asawanuchit, 2003, *How Useful Are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending?*, IMF Working Paper n° 03/227.
- Del Rosso, Joy Miller, et Tonia Marek (1996), *Class Action: improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition*, The World Bank.
- Dodd, Rebecca, George Schieber, Andrew Cassels, Lisa Fleishe, and Pablo Gottret (2007), *Aid Effectiveness and Health*, WHO/HSS/healthsystems, WP n°9, 2007.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff, et Agbessi Amouzou, 2007, *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries – An overview*, The World Bank, Washington DC.

Hepp, Ralf, 2005, *Health Expenditures Under the HIPC Debt Initiative*, mimeo, University of California at Santa Cruz.

Isely, Raymond B. , 1985, Water supply and sanitation in Africa, *World Health Forum*, 6, 213-19.

International Monetary Fund, 2007, *Fiscal Policy Response to Scaled-Up Aid: Macro-Fiscal and Expenditure Policy Challenges*, Fiscal Affairs Department, IMF.

Leibenstein, Harvey, 1954, *Theory of Economic-Demographic Development*, Princeton University Press.

MacKellar, Landis, 2005, Priorities in Global Assistance for Health, AIDS and Population (HAP), OECD Development Centre n°244.

Marek, Tonia, Rena Eichler, et Philip Schnabl, 2006, *Allocation de ressources et acquisition de services de santé en Afrique : Qu'est-ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ?*, Banque mondiale, documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique n° 105.

Mayer-Foulkes, David, 2005, Human Development Traps and Economic Growth, in Guillem López-Casasnovas, Berta Rivera and Luis Currais (ed.), *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*, MIT Press: 115-42

Sala-i-Martin, Xavier, 2005, On the Health-Poverty Trap, in Guillem López-Casasnovas, Berta Rivera and Luis Currais (ed.), *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*, MIT Press: 95-114

Miguel, Edward, et Michael Kremer, Michael, 2004, Worms: Education and Health Externalities in Kenya, *Econometrica*, 72 (1), 159-217.

Murray, Christopher J L, Thomas Laakso, Kenji Shibuya, Kenneth Hill, et Alan D Lopez, 2007, Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015, *Lancet*, 370:,1040–54

Nelson, Richard, 1956, A Theory of the Low-Level Equilibrium Trap in Underdeveloped Economies, *American Economic Review*, 46 (5): 894–908.

Nurkse, Ragnar, 1953, *Problems of Capital Formation in Underdeveloped Countries*, Oxford: Basil Blackwell.

Perrot, Jean, Different approaches to contracting in health systems, 2006, *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11):, 859-66.

Sachs, Jeffrey D. (sous la direction de), 2001, *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001.

Strauss, John, et Duncan Thomas, 1998, Health, Nutrition and Economic Development, *Journal of Economic Literature*, 36, 766-817.

Transparency international, 2006, *Global corruption report 2006*.

USAID, 2003, *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper*.