

## CHAPITRE 9

---

# LA SANTÉ DANS QUELQUES PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST APRÈS QUINZE ANS D'AJUSTEMENT

**Joseph BRUNET-JAILLY**

*Directeur de recherche à l'ORSTOM, Abidjan*

L'ajustement est présenté par ses promoteurs comme une stratégie nécessaire pour lutter contre la crise des finances publiques et des balances extérieures, et cette dernière comme la conséquence des aléas climatiques et des revers commerciaux subis par les économies africaines depuis le milieu des années 1970. Mais il est aussi présenté lui-même, par ses adversaires, comme la cause de difficultés considérables pour la population, et notamment pour les pauvres, en particulier du fait de la réduction des activités publiques dans divers domaines sociaux, et notamment la santé. Ce n'est pas ici le lieu de vérifier ces enchaînements de causalité ; je tenterai simplement, d'abord de caractériser l'ampleur réelle de la récession, puis d'apprécier l'évolution comparée de l'état de santé et des activités sanitaires, avant de décrire les stratégies sanitaires que financent les programmes d'ajustement et de proposer une hypothèse concernant leur logique implicite.

## I. AMPLEUR DE LA RÉCESSION ÉCONOMIQUE EN AFRIQUE DE L'OUEST

### 1. Production et consommation

Pour donner une idée rapide de l'ampleur de la récession qu'ont connue les pays d'Afrique de l'Ouest depuis le début des années 1980, il suffit de se reporter aux données publiées par la Banque mondiale (1992). Les figures 1 et 2 donnent, pour huit pays, l'évolution de deux indicateurs en monnaie constante (valeur 1987) :

- le produit national brut (PNB) par tête en dollars constants (base 1987) ;
- *la consommation privée* par tête en francs CFA constants (base 1987).

Partout, le PNB par tête s'effondre pendant la première moitié des années 1980 ; au Niger et en Côte d'Ivoire, cette diminution est phénoménale : le revenu par tête de 1985 n'est plus que le tiers de celui de 1980 au Niger et les 2/5 en Côte d'Ivoire ; le phénomène est tout aussi marqué au Togo, presque autant en Mauritanie et au Mali, un peu moins au Burkina Faso. Les explications peuvent varier d'un pays à l'autre, mais le phénomène est présent partout, et massif. L'évaluation en dollars enregistre l'effondrement du cours des produits d'exportation (pour la Côte d'Ivoire, notamment). La seconde partie de la décennie voit en général le PNB par tête se relever légèrement, mais il reste le plus souvent inférieur au niveau qu'il avait en 1970. Les exceptions sont le Mali, qui a dépassé son niveau de 1970 et le Burkina Faso, qui l'a tout juste retrouvé ; ce sont aussi les deux pays où il est le plus faible.

Pourtant (figure 2), l'évolution désastreuse de la valeur de la production ne s'est pas répercutée directement et entièrement sur la consommation privée. Cette dernière stagne, mais ne connaît pas de chute brutale dans les années 1980 (sauf au Bénin en 1982). La consommation par tête évolue même plus régulièrement pendant les années 1980 que durant la décennie précédente (avec notamment les accidents de 1980 en Côte d'Ivoire, 1973-1975 au Niger, 1971, 1975 et 1979 au Togo). Cependant, la courbe de la Côte d'Ivoire retient l'attention : alors que la consommation par tête avait retrouvé, apparemment dès 1981, le niveau qu'elle avait avant l'accident de 1980, et avait atteint en 1986 son plus haut niveau historique, elle connaît au cours des cinq dernières années de la décennie une chute régulière et profonde, qu'on n'observe dans aucun autre pays de la sous-région.

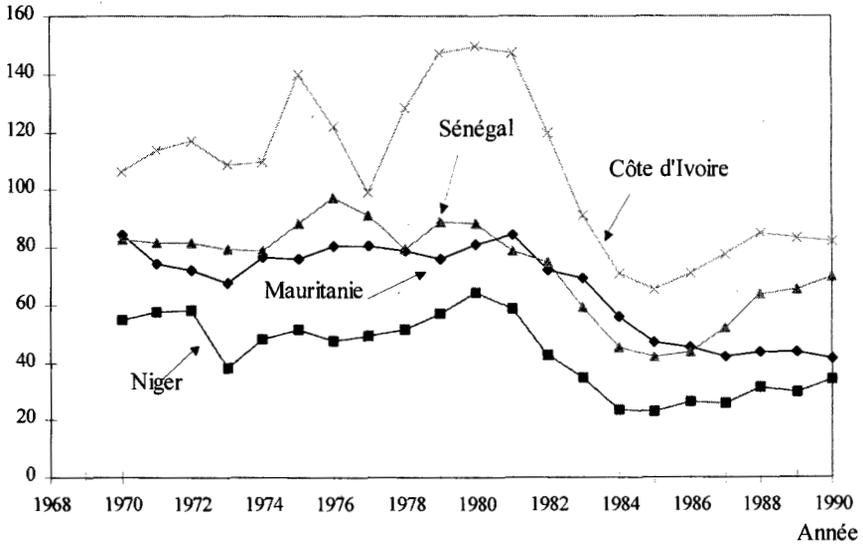


Figure 1a. Évolution, de 1970 à 1990, du PNB par tête en dollars constants (base 1987) : Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal et Mauritanie

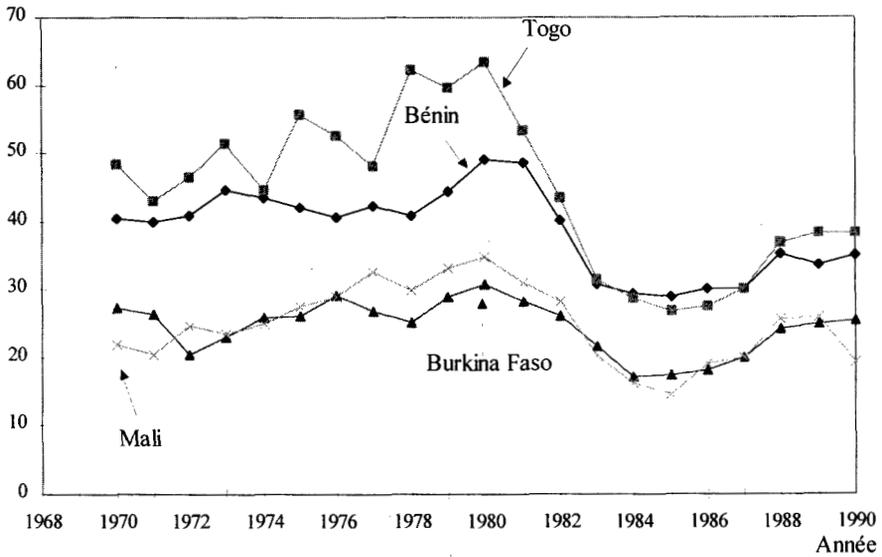


Figure 1b. Évolution, de 1970 à 1990, du PNB par tête en dollars constants (base 1987) : Burkina Faso, Mali, Togo et Bénin

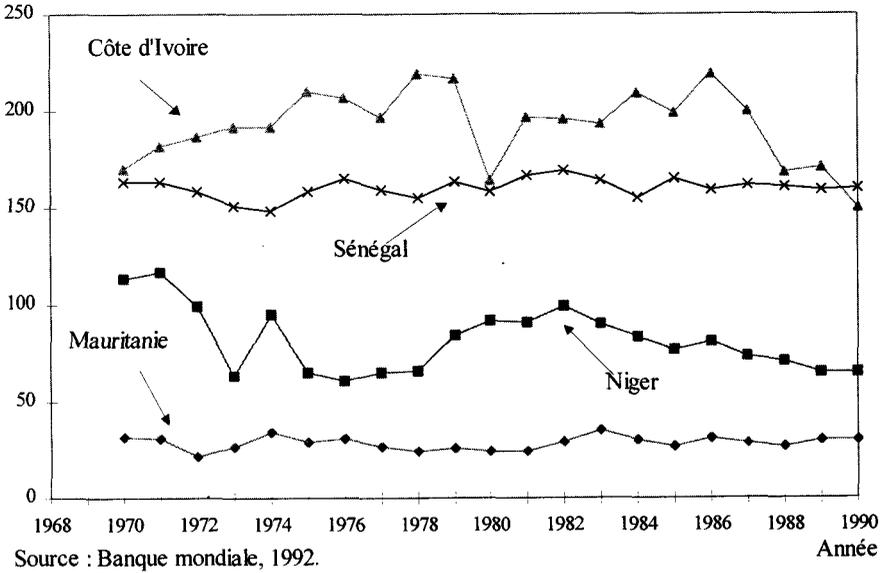


Figure 2a. Évolution, de 1970 à 1990, de la consommation par tête en francs CFA constants (base 1987) : Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal et Mauritanie

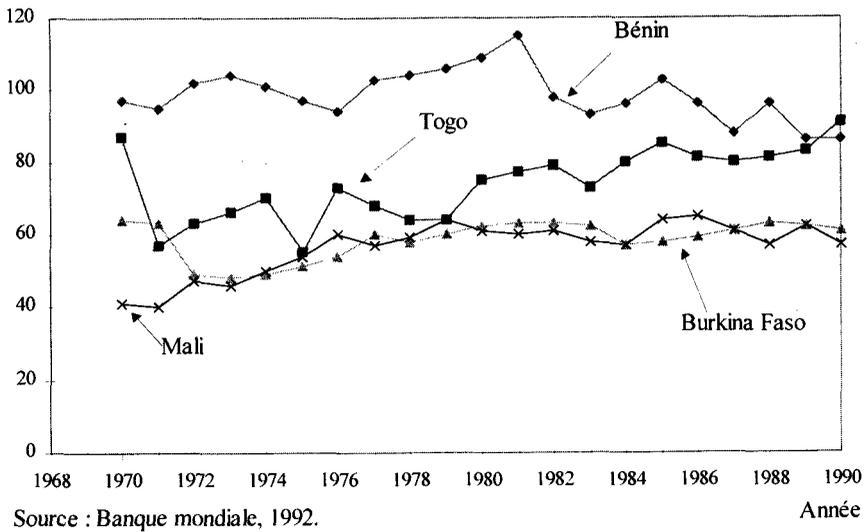
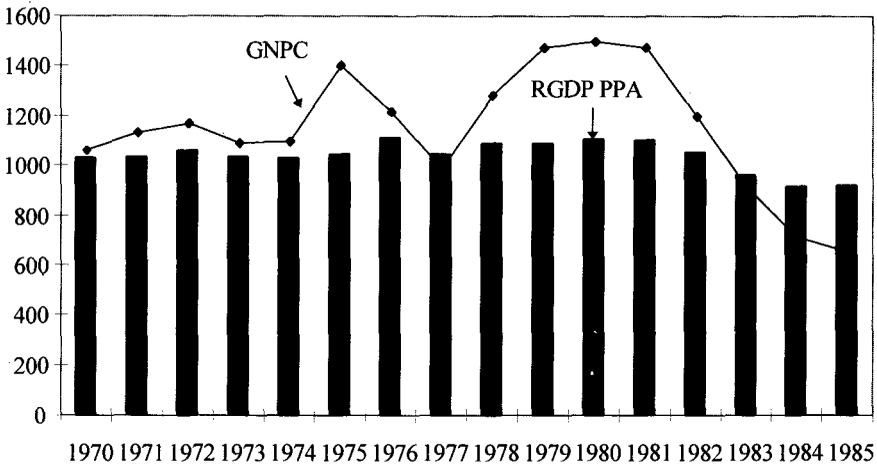


Figure 2b. Évolution, de 1970 à 1990, de la consommation par tête en francs CFA constants (base 1987) : Burkina Faso, Mali, Togo et Bénin

## 2. Récession dans les comptes et récession dans les faits

La mesure de la récession donnée par les comptes nationaux, furent-ils compilés par la Banque mondiale, n'est que grossièrement approximative. La simple comparaison, lorsqu'elle est possible, entre les estimations habituelles des comptes, combinant les prix intérieurs et les taux de change, et les séries établies sur la base de la parité de pouvoir d'achat fournies par les *Penn World Tables (PWT)*, montre, par exemple pour la Côte d'Ivoire (figure 3), que ce qui apparaît dans les comptes nationaux comme une croissance irrégulière mais rapide du PNB par tête entre le début des années 1970 et 1982 se ramène à une décevante stabilité lorsqu'on se débarrasse des différences artificielles créées par le recours à des taux de change qui n'ont souvent pas grand-chose à voir avec le pouvoir d'achat comparé des monnaies considérées ; de même la chute amorcée en 1981, qui paraissait dramatique, se révèle en fait assez modérée.



Source : Summers et Heston, 1988, tableau 17.

Année

**Figure 3. Évolution, de 1970 à 1985, du revenu national par tête d'après les comptes nationaux et en parité de pouvoir d'achat en Côte d'Ivoire**

Mais des critiques plus fortes encore ont été apportées récemment aux comptes disponibles. L'équipe du projet *Perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest* a relevé dans les *PWT* plusieurs exemples d'incohérences qu'elle considère comme manifestes : le PIB par tête de la Mauritanie peut-il être en 1989 deux fois supérieur

par tête entre 1965 et 1989 (Naudet, 1992, p. 2) ? De même, cette équipe conteste les résultats des *PWT*, par exemple en ce qui concerne la Côte d'Ivoire, où le PIB par habitant de 1990 serait très légèrement inférieur à celui de 1960 ; *"pourtant, il n'est pas difficile de voir que, toutes proportions gardées, ce pays est nettement mieux aménagé et équipé sur l'ensemble de son territoire, que le niveau de vie de la population rurale s'est élevé, que le niveau des échanges y est incomparablement plus élevé, que le nombre et la qualification des hommes formés sont nettement supérieurs, et qu'il est donc économiquement plus structuré et plus sophistiqué qu'il ne l'était il y a trente ans"* (Cour, 1994, p. 8).

Même si les faits, à partir desquels l'auteur conclut au progrès, n'impliquent pas que le niveau de la production par tête ait été, en fin de période, supérieur à ce qu'il était au début, on admet volontiers que, dans des pays où les opérations les plus visibles (exportations de troupeaux, importations de céréales, etc., pour ne pas parler des exportations d'or ou de billets) peuvent échapper à tout contrôle et même à tout enregistrement douanier, la méthode habituellement suivie pour dresser les comptes nationaux (et sur la base des données recueillies par les administrations) ne convient pas et doit être remplacée par une autre, indirecte, et qui partirait de la dépense finale des agents, pour remonter de là aux revenus, et de ces derniers aux productions et valeurs ajoutées (Cour, 1994, p. 13). On nous propose donc la construction de matrices de comptabilité sociale démo-économique, en précisant que celles qui ont déjà été élaborées conduisent à penser que le PIB des comptes nationaux officiels *"pourrait être surestimé d'au moins 30 % dans le cas du Cameroun et sous-estimé d'environ 30 % dans le cas de la Côte d'Ivoire"* (Cour, 1994, p. 24) ; malheureusement, il n'est pas possible d'utiliser cet instrument pour apprécier la croissance économique sur la longue durée (Cour, 1994, p. 17).

Aussi, pour décrire l'évolution des économies d'Afrique de l'Ouest entre 1960 et 1988, les chercheurs du groupe *Perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest* se fondent eux-mêmes principalement sur les *PWT*, en cherchant simplement à recouper leurs données (notamment en ce qui concerne le rythme d'évolution des principaux agrégats) par le recours aux autres sources (Naudet, 1992, p. 4-5). Et en fin de compte, si l'on cherche à savoir quelle a dû être l'évolution du produit par tête dans les pays d'Afrique de l'Ouest entre 1960 et 1988, on doit reconnaître que, lorsqu'il y a eu croissance, elle a été très modeste (en moyenne annuelle sur la période : Togo environ 1,5 %, Burkina Faso environ 1 %, Côte d'Ivoire environ 0,4 %, Mauritanie environ 0,2 %, Mali environ 0,1 %), et que certains pays ont enregistré un déclin (Bénin - 0,3 %, Sénégal - 0,6 %, Niger - 0,7 %, voir Naudet, 1992, graphique p. 12).

Que devient la santé dans ce contexte ?

## II. L'AJUSTEMENT STRUCTUREL, L'ÉTAT DE SANTÉ, L'ACTIVITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

### 1. Évolution de l'état de santé

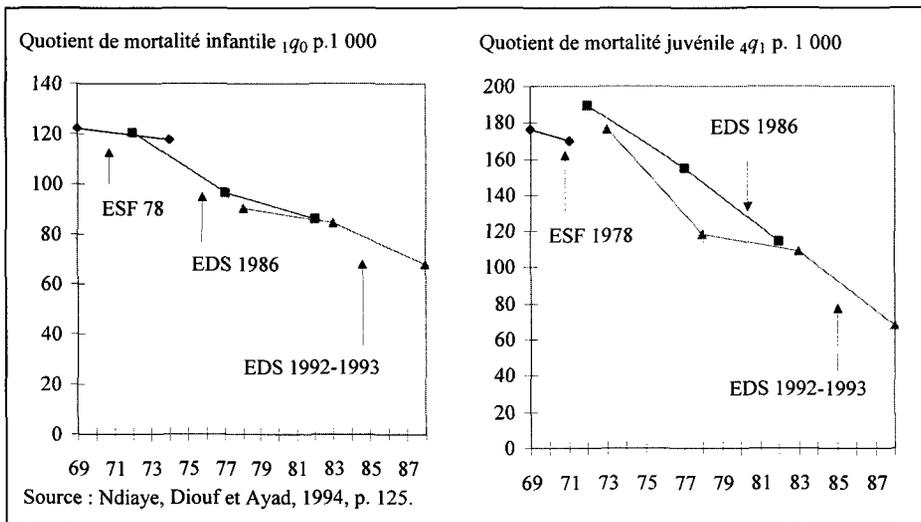
Après un siècle de progrès fulgurants dans l'art de soigner les malades, après des décennies employées à construire une industrie de la santé et à organiser son marché, on ne dispose toujours pas de mesures du produit final. L'argument selon lequel la santé doit être évaluée à l'aide d'indicateurs objectifs et non par tout un chacun de façon subjective (comme la théorie l'admet pour la plupart des biens économiques) est cependant souvent évoqué par ceux qui font valoir les spécificités notamment économiques et éthiques de la santé pour protéger leur activité de la concurrence, et même de la simple transparence. Mais les mêmes refusent obstinément de proposer et de mesurer les indicateurs qui seraient susceptibles de traduire son niveau réel et sa valeur objective (Brunet-Jailly, 1990). Ils veulent ignorer aujourd'hui encore que toute la statistique épidémiologique issue de l'activité des services de santé ne reflète que l'activité de ces derniers et ne nous apprend rien sur l'état de santé (Hunter et Arbona, 1984). Les mêmes se contentent donc généralement d'emprunter aux démographes ou aux nutritionnistes des indicateurs dont chacun sait qu'ils sont partiels, indirects, et donc très peu satisfaisants (Audibert, 1982).

Faisons au mieux de ce qui est disponible : examinons les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, le statut nutritionnel, et complétons par un cas typique.

#### *a) Comment ont évolué les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile d'après les meilleures enquêtes ?*

Au Sénégal, le rapport de la seconde enquête démographique et de santé (EDS-II) de 1992-1993 confronte les résultats de cette opération avec ceux des précédentes : l'enquête sénégalaise de fécondité de 1978 et la première enquête démographique et de santé (EDS-I) de 1986, donnant ainsi une vue d'ensemble sur la période allant des années 1970 aux années 1985-1990 (figure 4) (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, p. 125). La mortalité infantile et la mortalité juvénile ont continué de baisser au cours des deux dernières périodes quinquennales au même rythme que

précédemment. Or, ces données nationales correspondent bien, localement, aux données plus précises recueillies à Niakhar par la technique des passages répétés (Garenne et van Ginneken, 1994 ; voir aussi DP et DPS, 1991, p. 5/11-5/13, pour les données relatives à Saint-Louis et à Ngayokhème). Au début des années 1980, la mortalité infantile était de l'ordre de 90 p. mille et elle n'est plus que de 68 p. mille à la fin de la décennie ; dans le même temps, la mortalité infanto-juvénile est tombée de 198 p. mille à 131 p. mille (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, p. 124). La seule information qui va pas tout à fait dans ce sens nous vient de Saint-Louis, où l'on voit la mortalité infantile remonter légèrement depuis 1986 (DP et DPS, 1991, p. 5-11), mais beaucoup moins, toutefois, qu'elle ne l'avait fait entre 1975 et 1978, avant tout ajustement structurel.

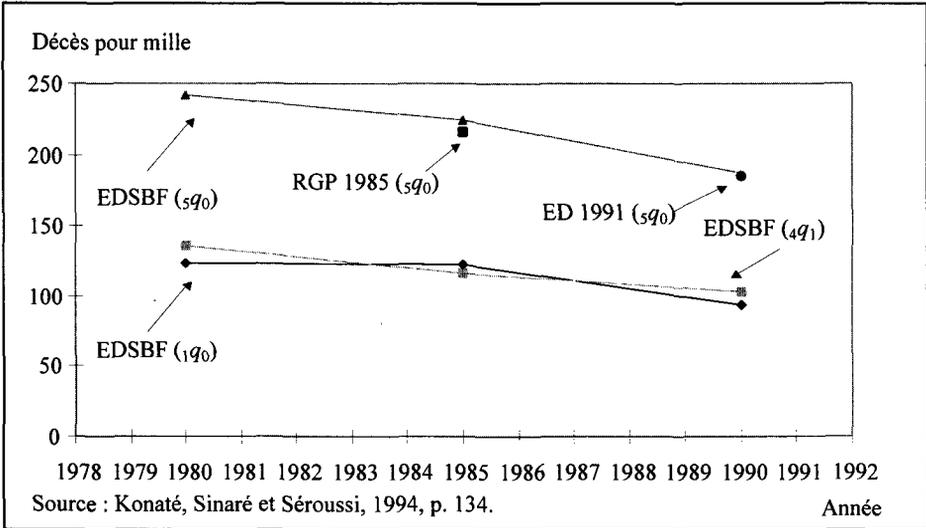


**Figure 4. Mortalité infantile et mortalité juvénile selon trois sources, des premières années 1970 aux dernières années 1980, au Sénégal**

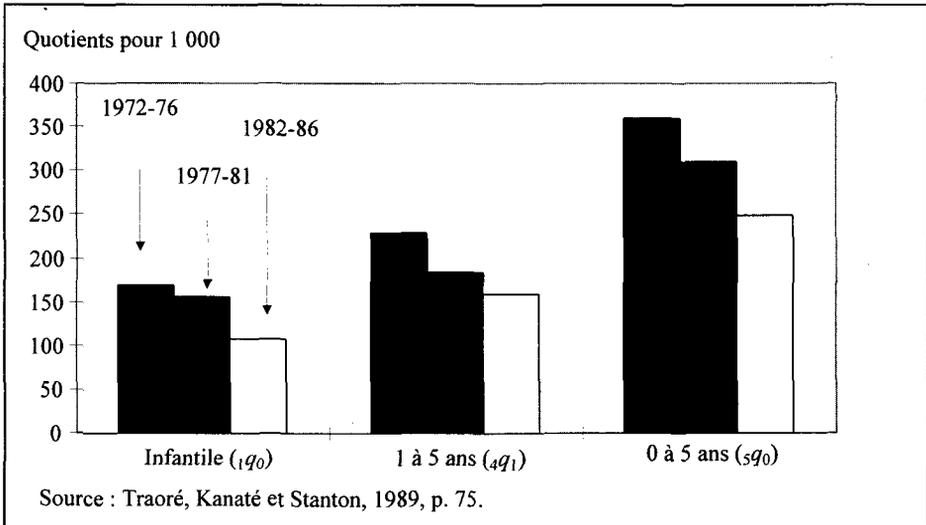
Au Burkina Faso (figure 5), l'enquête démographique et de santé 1993 montre aussi une réduction de la mortalité infanto-juvénile au cours des années 1980 : 240 p. mille en 1980, 223 p. mille en 1985 et 187 p. mille en 1990. La baisse de la mortalité infantile se limite cependant à la seconde moitié des années 1980 : 123 en 1980, 122 en 1985 et 94 en 1990 (Konaté, Sinaré et Séroussi, 1994, p. 133), la mortalité juvénile diminuant davantage en première période. Rappelons que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile étaient respectivement de l'ordre de 172 p. mille et 282 p. mille en 1971 (Cornia et Mkandawire, 1992, p. 50).

Pour le Mali (figure 6), l'enquête démographique et de santé, qui date de 1987, montre l'évolution de la mortalité infantile et de la mortalité infanto-juvénile des années 1972-1976 aux années 1982-1986. La première tombe de 170 p. mille à 108

p. mille et la seconde de 360 à 249 p. mille (Traoré, Konaté et Stanton, 1989, p. 75). Pourtant, deux grandes crises agricoles se sont produites pendant cette période, respectivement en 1973-74 et 1983.



**Figure 5. Mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile, pendant les années 1980 au Burkina Faso**



**Figure 6. Quotients de mortalité infantile et juvénile au Mali, selon la période (1972-76, 1977-81, 1982-86)**

Au Niger, en revanche, qu'il s'agisse de la mortalité infantile ou de la mortalité infanto-juvénile, entre les années 1980 et 1992, d'après l'enquête démographique et de santé, "*aucune tendance nette ne peut être dégagée des variations du niveau de la mortalité*" (Kourgueni, Garba et Barrère, 1993, p. 135). Cependant, on ne doit pas exclure que "*la mortalité ait connu une certaine augmentation durant la période quinquennale centrée autour de 1985, avant de diminuer légèrement dans la période plus récente*" (idem, p. 137), en raison probablement de la grande sécheresse de 1985, de la famine qui la suivit et de la grande épidémie de rougeole qui se produisit cette même année.

### ***b) Comment ont évolué les indicateurs de malnutrition d'après les meilleures enquêtes ?***

Au Sénégal, les résultats d'EDS-I et EDS-II pour les deux indicateurs anthropométriques les plus intéressants (taille pour âge, mesurant le retard de croissance ou la malnutrition chronique d'une part, poids pour taille, mesurant la sous-nutrition actuelle d'autre part) ne sont pas directement comparables : ils sont fournis pour les enfants de 6 à 36 mois par EDS-I (Ndiaye, Sarr et Ayad, 1988, p. 100-101) et pour les enfants de 1 à 59 mois par EDS-II (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994).

L'enquête démographique et de santé du Burkina Faso a montré qu'en 1993, 29,4 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique (retard de croissance) et 13,3 % de sous-nutrition aiguë (Konaté, Sinaré et Séroussi, 1994, p. 123). Cependant, ces taux sont bien inférieurs à ceux relevés par d'autres voies (Banque mondiale, 1994, p. 2), tant en 1990 (46 % pour les moins de 5 ans) qu'en 1987 : pour les enfants de 0 à 4 ans, moins de 30 % dans une province, entre 30 et 50 % dans quatre provinces, entre 50 et 65 % dans quatre autres.

Au Niger, l'enquête de 1992 indique que 32,3 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et 15,8 % de sous-nutrition aiguë (Kourgueni, Garba et Barrère, 1993, p. 124).

### ***c) Un cas : l'évolution de la malnutrition au Mali***

D'après l'enquête démographique et de santé du Mali de 1987, 24,4 % des enfants de 3 à 36 mois souffraient de malnutrition chronique et 11 % de sous-nutrition aiguë (Traoré, Konaté et Stanton, 1989, p. 93-94).

Beaucoup des travaux réalisés au Mali dans les années 1970 et au début des années 1980 sur la malnutrition protéino-calorique grave 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 coordonnent leurs travaux (mais non l'école de médecine qui s'est tenue à l'écart de cette discussion, de sorte que ses travaux, par exemple ENMP, 1980 et ENMP, 1981, ne peuvent servir à rien ici). 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, p. 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 fortement diminué 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, 1977) ;
- les rares études réalisées à la fin des années 1970 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 (Bénéfice et Chevassus-Agnès, 1981 et Mondot-Bernard, 1980) ; 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 dispose régulièrement d'un surplus céréalier ; même si l'enquête qui le montre, réalisée entre novembre 1984 et février 1985, a suivi de près 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<sup>1</sup>.

Citons encore la conclusion d'une étude récente portant sur la croissance de la population du Gourma de 1900 à 1991 : *"Les données présentées ici suggèrent que, contrairement à ce qui résulte des recensements, la population du Gourma est croissante, comme elle l'a été pendant toute la durée de ce siècle. Les sécheresses récurrentes ne semblent pas avoir eu un effet dévastateur sur la population. La mortalité des jeunes enfants a probablement augmenté au plus fort de la sécheresse, mais le problème de la mortalité est dans son niveau général élevé, plutôt que dans les effets de la sécheresse [...]"* (Pedersen, 1995, p. 126).

Il faut donc bien admettre que, malgré la très faible croissance économique des vingt dernières années, malgré les deux crises agricoles dramatiques, aucun

---

<sup>1</sup> 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).

indicateur ne traduit la terrible détérioration de l'état de santé que l'on aurait pu redouter. Le Mali a des indicateurs qui le classent parmi les pays les plus démunis, mais autant qu'on puisse en juger avec les informations dont on dispose, sa situation n'a pas notablement empiré au cours des dix à quinze dernières années. C'est que, on l'oublie trop, l'état de santé ne dépend pas que des activités du système de santé. Voyons d'ailleurs comment ces dernières ont évolué.

## **2. Évolution de l'activité des services de santé**

L'évolution des taux de fréquentation des formations sanitaires publiques (pour les consultations, d'une part, pour les hôpitaux, d'autre part) montrent, là où l'on dispose de statistiques utilisables, que les services publics de santé étaient à l'abandon avant que l'ajustement ne commence. Pour isoler l'effet de l'ajustement, il faut donc recourir à des observations beaucoup plus précises : celles que fournissent les enquêtes niveau de vie, par exemple. Mais il faudra encore se garder d'imputer ces effets, comme beaucoup le font, à une diminution des budgets sociaux car, à l'examen, les budgets de la santé n'ont pas souffert de l'ajustement.

### ***a) Les services publics de santé étaient à l'abandon avant que l'ajustement ne commence***

Au Mali, des enquêtes directes auprès des formations sanitaires ont été nécessaires pour compléter l'information grossièrement défailante des services ministériels. Elles ont conduit à majorer d'au moins 50 % les estimations administratives (Brunet-Jailly, Coulibaly et Keita, 1993, p. 31-33). Néanmoins, les taux de fréquentation (des consultations) sont encore extrêmement faibles : de l'ordre de 15 % en 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital ; de l'ordre de 25 à 35 % (selon qu'on prend, pour le calculer, le nombre de consultations par consultant égal à 2 ou à 1,5) pour les 2,8 millions d'habitants des cercles plus importants disposant d'un hôpital. Quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas en réalité 0,5 % (il n'atteint 1,4 % que si on le calcule sur la seule population des cercles disposant d'un hôpital). Au total, au milieu des années 1980, un Malien sur quatre avait, dans l'année, un contact avec les services de santé (Brunet-Jailly, Coulibaly et Keita, 1993, p. 29-35). En 1990, le taux de fréquentation n'est encore que de 16 % dans les cercles dépourvus d'hôpital et de 30 % dans les cercles disposant d'un hôpital ; le taux d'hospitalisation, quant à lui, ne dépasse pas 0,6 % (Coulibaly et Keita, 1993, p. 9-18). On ne constate donc pas de changement dans la seconde moitié des années 1980. Pourtant, au milieu des années 1970, il faut le rappeler, le taux de fréquentation était supérieur à 50 %

(Brunet-Jailly, Rougemont et Ellena, 1985, p. 284 ; voir aussi, pour 1974, DNSI 1981, p. 43) : il s'est en fait effondré à la fin des années 1970 ou au début des années 1980, peut-être après la première crise agricole, mais avant tout ajustement.

Au Sénégal aussi l'information est désormais également très défailante. Mais l'essentiel tient en quelques lignes : *"Entre 1978 et 1986, le nombre des consultations enregistrées dans les formations sanitaires publiques a diminué de 58,5 %, le nombre de clients consultant ces services de 35,8 %, le nombre de journées d'hôpitaux de 67,3 % et le nombre de personnes hospitalisées de 22,5 %. Ces chiffres sont d'autant plus frappants que, pendant cette même période, la population sénégalaise a augmenté de près de 25 % et le nombre de formations sanitaires a lui aussi augmenté. Cette baisse d'utilisation est due à une dégradation critique de la qualité des services..."* (Banque mondiale, 1991b, p. 10) Les explications données à ce phénomène (volume insuffisant des crédits de fonctionnement alloués au secteur, utilisation inefficace des ressources disponibles...) restent trop vagues pour être pertinentes.

Au Burkina Faso, les taux d'occupation des hôpitaux nationaux sont tombés, pour Bobo Dioulasso et Ouagadougou respectivement, de 96 et 90 % en 1986, à 45 et 53 % en 1991 (Banque mondiale, 1994, par. 2.26) ; on impute cette évolution à la tarification, sans rappeler que cette dernière est en vigueur dans les hôpitaux depuis 1970 et que le gouvernement n'a fait en 1991 que poser le principe d'une politique d'autofinancement pour les hôpitaux nationaux et régionaux. On ne la relie pas au fait que *"l'effectif du personnel médical et paramédical est passé de 3 281 agents en 1985 à 4 338 en 1993"* (Banque mondiale, 1994, annexe 2.4, parag. 6)<sup>2</sup> ; ni au fait que *"60 % des médecins et des sages-femmes sont localisés dans les deux provinces du Kadiogo et du Houet, de même que 38 % des infirmiers d'État et 28 % des accoucheuses auxiliaires"* (Banque mondiale, 1994, annexe 2.4, parag. 6)<sup>3</sup>. De trop rares enquêtes directes, réalisées au début des années 1990 auprès des familles, dans les zones desservies par les formations sanitaires périphériques, il résulte que si 10 à 20 % des enquêtés disent avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête, deux tiers à trois quarts de ces malades ont eu recours à des soins quelconques, et 10 à 20 % se sont adressés à une formation sanitaire publique : ceci correspond à des taux de fréquentation compris entre 1 et 4 %, vraiment très faibles (Sow, 1994, p. 15-16 et 35-37).

Au Niger, une nette diminution de la fréquentation des services de santé a été constatée entre 1985 et 1987 : entre ces deux années, le taux de fréquentation des consultations tombe de 92 % à 59 % en ville, et de 63 % à moins de 44 % dans les zones rurales (Niger, 1985a et Niger, 1987). Rappelons qu'en 1982, ce taux dépassait 150 % pour l'ensemble du pays (Niger, 1985b, p. 5). Comme cette évolution se manifeste juste après la récession, qui a été particulièrement forte entre

<sup>2</sup> Une autre estimation donne 5 861 agents en 1991 (Banque mondiale, 1994, parag. 2.20).

<sup>3</sup> La province de Kadiogo est celle de Ouagadougou, la province du Houet celle de Bobo Dioulasso.

1982 et 1985, on incline à imputer la chute de la fréquentation à l'accroissement de l'effort de recouvrement des coûts. Mais il faut savoir que ce dernier a été appliqué d'une façon qui défavorisait les pauvres : en langage diplomatique, les exemptions dont devaient disposer ces derniers "n'ont pas toujours été respectées", ni pour les consultations (Niger, 1988), ni pour les hospitalisations, au point que les hospitalisés exemptés ont un statut socio-économique supérieur à celui des patients non exemptés (Wong et Innes, 1991).

### ***b) Les enquêtes niveaux de vie montrent l'impact de la récession sur le recours aux soins en Côte d'Ivoire***

On a vu plus haut que la récession a été relativement forte en Côte d'Ivoire depuis 1985, du moins si l'on se fie aux indicateurs habituels. Or une série de quatre enquêtes sur le niveau de vie a précisément été organisée de 1985 à 1988, années marquées par une diminution d'environ 30 % du revenu réel par tête ; en outre, l'essentiel de cette diminution est intervenu en 1988 (Grootaert, 1993, p. 29-30). Les années "1985-86 étaient les deux dernières d'un effort d'ajustement soutenu qui avait commencé en 1981, et elles ont été aussi marquées par une brève reprise économique ; au contraire, quand la reprise s'est terminée en 1987, le gouvernement a abandonné le programme d'ajustement et 1988 a été une année de récession économique sévère" (Grootaert, 1993, p. 33).

Dans ces études, et par convention, le seuil de pauvreté est le revenu qui délimite le troisième décile de la distribution des dépenses par tête des ménages en 1985, le seuil d'extrême pauvreté étant le revenu délimitant le premier décile (Grootaert, 1993, p. 18)<sup>4</sup>. "Entre 1985 et 1986, l'incidence de la pauvreté n'a pas varié, pendant que l'incidence de l'extrême pauvreté était réduite d'un tiers. En 1987, l'incidence de la pauvreté et celle de l'extrême pauvreté ont augmenté, et cette tendance s'est beaucoup accélérée en 1988. Au cours de la seule année 1988, l'incidence de la pauvreté a augmenté de 32 % et celle de l'extrême pauvreté de 55 %" (Grootaert, 1993, p. 33).

En ordre de grandeur, en 1985, pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire, on dénombre 30 % de pauvres (10 % sont extrêmement pauvres), en 1988 46 % de pauvres (et 14 % sont extrêmement pauvres) (Grootaert, 1993, p. 34-35). Si donc, dans l'ensemble, la pauvreté a significativement augmenté, les mêmes enquêtes mettent aussi en évidence une mobilité considérable entre groupes : d'une année à la suivante, près du tiers des ménages changent de classe, et pendant que certains s'appauvrissent la probabilité de passer à la classe supérieure peut être supérieure à 20 % (Grootaert et Kanbur, 1993, notamment p. 13).

<sup>4</sup> Une analyse de sensibilité et une analyse de dominance ont montré que les tendances générales qui nous intéressent ne dépendent pas de ce choix (Grootaert, 1993, p. 47-55).

Les résultats fournis par cette série en matière de santé (Kanbur, 1990 ; Glewwe, 1991 ; Kozel, 1990) présentent donc un intérêt particulier, surtout après correction des nombreuses imperfections des premières exploitations (Grootaert 1993). Ces résultats sont donnés pour trois groupes de familles, mutuellement exclusifs (alors que précédemment les pauvres incluait les extrêmement pauvres) : *les très pauvres* (dont le revenu en 1985 définissait le premier décile, avec une borne supérieure d'environ 75 000 francs CFA par personne et par an), *les moyennement pauvres* (revenu compris entre la borne supérieure du premier décile et la borne supérieure du troisième décile en 1985, soit 128 000 francs CFA par personne et par an) et *les non-pauvres* (revenu supérieur à la borne supérieure du troisième décile en 1985). Les très pauvres tirent plus de la moitié de leur revenu de l'agriculture, et cette proportion croît entre 1985 et 1988 ; les moyennement pauvres au contraire voient diminuer la part de leur revenu qu'ils tirent de l'agriculture, et les salaires sont la source principale de revenu des non-pauvres. Quelles indications obtient-on pour ces groupes en matière de santé ?

En premier lieu la part des dépenses de santé s'est probablement maintenue de 1985 à 1988 : pour le groupe des très pauvres, elle passe de 2,7 % à 2,5 %, pour le groupe des moyennement pauvres de 4,2 % à 4 %, et pour le groupe des non-pauvres de 4,3 % à 4,9 %<sup>5</sup>.

Notons que ces proportions correspondent, tant en 1988 qu'en 1985, à des dépenses par tête et par an de l'ordre de 1 400 francs CFA pour le groupe des très pauvres, 3 550 francs CFA pour les moyennement pauvres, et 12 000 francs CFA pour les non-pauvres<sup>6</sup>. Les écarts entre les groupes n'ont pas augmenté<sup>7</sup>, mais ils restent plus importants en ce qui concerne les dépenses de santé (de l'ordre de 1 à 9 entre les groupes extrêmes) qu'en ce qui concerne les dépenses moyennes par tête, car, là, les écarts se sont réduits : de l'ordre de 1 à 4 en 1988 contre 1 à 5,5 en 1985 (Grootaert, 1993, p. 38).

L'utilisation des moyennes des données individuelles des ménages révèle cependant un fait qui n'apparaît pas à l'examen des rapports entre les sommes concernant chacun des trois groupes : la dépense réelle de santé par tête a diminué entre 1985 et 1988, et plus chez les non-pauvres (- 28 %, de 11 332 à 8 091 francs CFA) que chez les moyennement pauvres (- 10 %, de 3 318 à 2 998 francs CFA) ou chez les très pauvres (- 12 %, de 598 à 526 francs CFA) (Grootaert, 1993, p. 93).

<sup>5</sup> On obtient ces chiffres en combinant les données des tableaux de Grootaert (1993, p. 65 et p. 70) ; si on calcule la moyenne des parts observées dans les ménages, on obtient des chiffres plus faibles d'environ un point de pourcentage, et en légère diminution au cours de la période pour le groupe des moyennement pauvres, mais stables pour les deux autres (Grootaert, 1993, p. 93).

<sup>6</sup> On obtient ces chiffres en combinant les proportions calculées ci-dessus et les données du tableau de Grootaert (1993, p. 38) ; là encore, la moyenne des données individuelles des ménages observés sont plus faibles, mais surtout pour les très pauvres : moins de 600 francs CFA (Grootaert, 1993, p. 93).

<sup>7</sup> Ils ont même diminué entre les groupes extrêmes si on utilise la moyenne des données individuelles (Grootaert, 1993, p. 93).

En second lieu, bien que, comme on vient de le voir, les dépenses de santé résistent relativement bien à la crise, la structure du recours aux soins se modifie de façon très appréciable, notamment chez les très pauvres. En effet, parmi les très pauvres qui ont été malades, la proportion de ceux qui ont consulté un médecin ou un infirmier est passée entre 1985 et 1988 de 32,2 % à 19,1 % chez les hommes, et de 30,2 % à 16,2 % chez les femmes ; elle a donc diminué presque de moitié. Chez les moyennement pauvres, les mêmes proportions traduisent une diminution beaucoup plus modérée du recours aux soins qualifiés : on passe de 36,9 % à 32,8 % chez les hommes, et de 36,2 % à 31,3 % chez les femmes. Quant aux non-pauvres, ils ont augmenté leurs recours, puisque les proportions sont de 48,6 % à 52,6 % chez les hommes, et de 50,8 % à 54,8 % chez les femmes. Et, dans le même temps, les trois groupes, mais beaucoup plus les très pauvres et les moyennement pauvres que les non-pauvres, ont augmenté leurs recours aux consultations préventives, essentiellement les soins prénataux et les vaccinations (Grootaert, 1993, p. 88).

Il s'est donc produit, en peu de temps, au plus fort de la crise, des changements dont certains, mais pas tous (il faut bien le reconnaître) sont inquiétants.

### *c) Les dépenses publiques de santé ont-elles diminué ?*

Dans bien des cas, la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques a commencé à diminuer avant 1980 : au Sénégal par exemple, cette proportion était de 5,9 % pour les années 1975-79 et de 4,1 % pour les années 1980-85 (Ogbu et Gallacher, 1992, p. 616), mais la diminution a été beaucoup plus brutale entre 1969 et 1979 que de 1979 à 1989 (DP et DPS, 1991, p. 5-33). Au Mali, également, la part de la santé atteignait environ 9 % des dépenses publiques au début des années 1970, et 6 % seulement au début des années 1980, pour tomber à 4 % à la fin de cette décennie (Brunet-Jailly, Coulibaly et Keita, 1993, p. 112). En Côte d'Ivoire, les années 1980 ont connu une augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget de l'État : elle est passée de moins de 6 % au début de cette période à près de 10 % en 1986 et 1987 (France et Côte d'Ivoire, 1991, p. 20). Au Niger, on consacrait entre 7 et 9 % du budget de l'État à la santé durant la première décennie après l'indépendance ; dans les années 1970 et au début des années 1980, on est tombé à 4 %, pour remonter à 5 ou 6 % depuis 1984 (Diop, Bitran et Makinen, 1994, p. 5). Au Burkina Faso, la part du budget de la santé dans le budget national a été supérieure à 7 % pour toutes les années de 1980 à 1990 sauf 1986, 1987 et 1988 (INSD, 1993, p. 64), qui sont celles des "vaccinations commandos" et de l'opération "un village, un poste de santé" ; mais cette part était de 9 à 10 % dans les années 1960 (Zagre, 1994, p. 77). Les années 1993 et 1994, qui sont les premières de l'ajustement "orthodoxe", voient cette part passer en dessous de 6 % (DEP, 1995, p. 2).

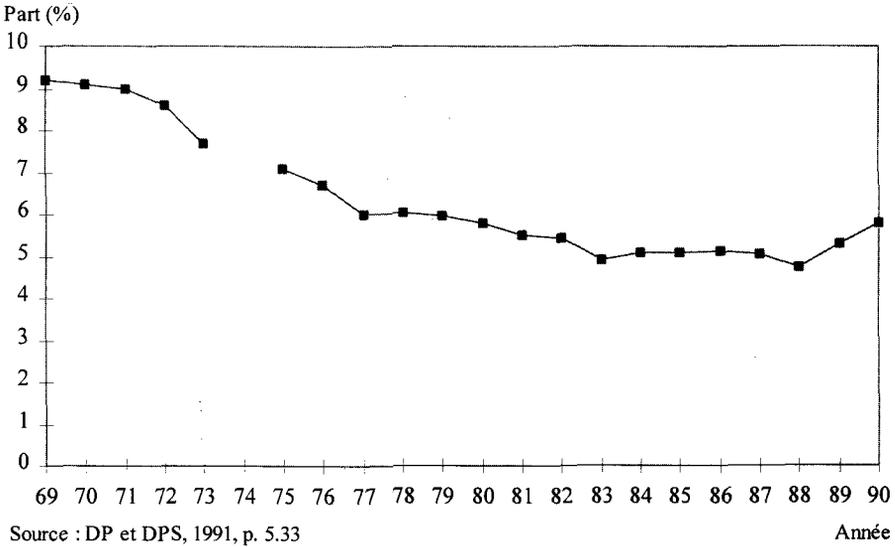


Figure 7. Évolution de la part de la santé dans le budget du Sénégal, 1970-1990

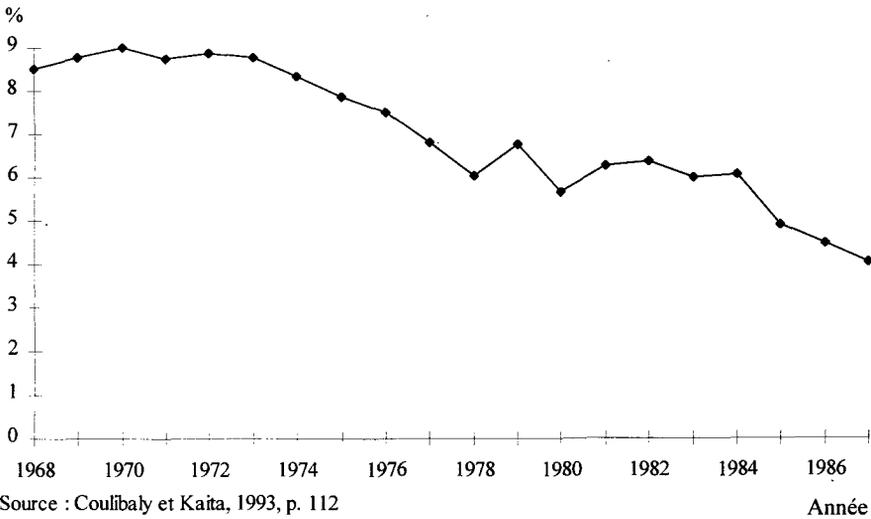


Figure 8. Évolution de la part de la santé dans le budget du Mali, 1968-1987

La comparaison des deux moitiés de la décennie 1980 montre que, pour 38 pays africains pour lesquels les données voulues sont publiées dans *African Development Indicators 1991* (PNUD/Banque mondiale), la dépense publique par

tête est passée de 120 à 97 dollars de 1987, et que la part relative de la santé dans ce montant est restée constante et égale à 5 % (Gallagher, 1994, p. 70). Au Mali et au Burkina Faso, la dépense publique par tête en dollars constants n'a d'ailleurs pas diminué : au contraire, elle a augmenté d'environ 10 % ici et là ; en revanche, au Togo, elle a diminué de 11 % et au Niger de 18 % (Gallagher, 1994, p. 73). Mais globalement, pour les 16 États sur lesquels une analyse plus poussée peut être menée, si l'augmentation du poids de la dette a entraîné, durant cette décennie, une réduction des dépenses de défense, d'éducation et d'infrastructures, on ne voit pas un effet similaire ni sur les dépenses de santé, ni sur les dépenses en faveur de l'agriculture (Gallagher, 1994, p. 87).

Tels sont les constats essentiels que l'on peut faire concernant l'évolution de l'état de santé et celle des activités des systèmes de santé dans cette période d'ajustement structurel. Tournons-nous maintenant vers les politiques de santé, et notamment vers celles qui ont été financées par la Banque mondiale.

### **III. L'AJUSTEMENT STRUCTUREL, LA POLITIQUE DE SANTÉ ET LES FINANCEMENTS EXTÉRIEURS**

L'ajustement structurel a été l'occasion, pour les généreux donateurs et autres bailleurs de fonds, notamment pour la Banque mondiale, d'intervenir massivement dans le secteur de la santé. Dès le début des années 1980, cette dernière publiait un document de politique sectorielle qui contenait d'ailleurs, il faut le reconnaître, beaucoup d'observations justes et courageuses sur les déficiences des services de santé au regard de leur mission (Banque mondiale, 1980). Mais les interventions conçues au cours des années 1980 ont été marquées à la fois par le caractère massif des financements qu'il fallait introduire dans les pays sous ajustement et par l'état d'esprit résolument favorable au libéralisme économique qui prévalait pendant cette décennie (Banque mondiale, 1987). Le contexte était particulièrement favorable, de ce double point de vue, en Afrique sub-saharienne : plusieurs pays de cette région ont eu besoin de financements extérieurs allant, certaines années, jusqu'à représenter 30 % du PIB ; et, partout, il fallait, malgré la faillite des systèmes de santé publics, satisfaire aux ambitions des abondantes cohortes de professionnels de santé formés depuis les indépendances.

## 1. Contenu des programmes de santé financés par la Banque mondiale

Examinons à grands traits la stratégie qui a été retenue et mise en œuvre dans chaque pays.

### *a) Mali : étendre le réseau à l'extrême périphérie*

Sur le Mali, je reprendrai ici les conclusions d'un travail antérieur (Brunet-Jailly, 1995). Dans ce pays, les districts de santé étant déjà en place (mais sans la moindre autonomie de décision et de gestion), le programme de la Banque consiste, pour l'essentiel, à financer une augmentation considérable du nombre des formations sanitaires périphériques, au-delà du réseau public des centres de santé d'arrondissement. Aucune justification n'est donnée du caractère prioritaire que cette extension du réseau pourrait recevoir, et rien ne permet de comprendre en quoi elle est justifiée soit par les résultats du programme antérieur de la Banque dans le même pays, soit par un choix politique national. Mais, en se plaçant à la périphérie, la Banque va naturellement prétendre contribuer au développement de la couverture sanitaire. Mieux, ses experts vont prétendre que leur projet atteindra ce résultat sans qu'il en coûte quoi que ce soit à l'État. Le projet vise en effet à créer 120 centres de santé villageois (Banque mondiale, 1991a, para. 3.07), chacun devant desservir 10 000 personnes, enregistrer 4 000 à 5 000 consultations dans l'année, et percevoir en moyenne 500 francs CFA par consultation (Banque mondiale, 1991a, para. 3.09).

Ces hypothèses sont totalement irréalistes. Le taux de fréquentation supposé (environ 50 % : 5 000 consultations pour 10 000 habitants) n'a jamais plus été atteint au Mali, depuis quinze ans, même là où le médicament était rendu disponible, même là où les moyens de fonctionner étaient à nouveau donnés au personnel, même là où ce personnel était à nouveau supervisé (voir sur ce point une récapitulation de toutes les données disponibles dans Brunet-Jailly, Coulibaly et Keita, 1993, p. 47-50 et 64). Quant au recouvrement moyen de 500 francs CFA par contact, il n'a jamais été obtenu, même en faisant appel à la collectivité pour compléter les paiements privés. Et il ne faut certainement pas attendre des collectivités locales qu'elles consacrent 7 % du produit de la taxe locale de développement à la santé (Banque mondiale, 1991a, para. 3.06) : elles n'existent encore que sur le papier, et, plus grave, on sait déjà qu'elles auront d'autres priorités que la santé.

Cette extension périphérique des services de santé permettra cependant de dépenser une bonne partie du financement en constructions, équipements et

matériels (en ordre de grandeur 6 milliards francs CFA sur les 16 que coûte au total ce projet, dans lequel la planification familiale et l'hydraulique rurale sont les autres postes importants). Qu'il s'agisse avant tout, pour les bailleurs de fonds, de dépenser, apparaît bien dans le fait que, à tel endroit, en 1995, "on termine un bâtiment neuf dont le financement communautaire (25 %) est difficile à obtenir" alors que "l'ancien bâtiment (comité local de développement) est en bon état et parfaitement fonctionnel" (Mali, 1994a, p. 56).

### **b) Côte d'Ivoire : investir en constructions et aménagements dans le secteur public**

La déclaration ivoirienne de "*Politique de développement des ressources humaines*" a sélectionné les objectifs suivants (Côte d'Ivoire, 1991, p. 6-7) :

- doter l'État d'instruments tels que le Comité de suivi pour la valorisation des ressources humaines, et de services de planification renforcés, pratiquant la planification, programmation, budgétisation (PPB), la gestion par objectif, etc. ;
- améliorer l'efficacité externe du système par une meilleure maîtrise de la demande (planification familiale et régulation de l'immigration, définition des besoins essentiels et choix des priorités en accord avec les populations) et une meilleure adaptation à la demande (application effective d'une politique des soins de santé primaires, ajustement des effectifs et des programmes de formation aux besoins du marché du travail et aux besoins du secteur de la santé...) ;
- l'efficacité interne par la rationalisation de l'emploi des ressources actuelles (renforcement des moyens des niveaux périphériques et primaires, adoption d'une carte sanitaire plus rationnelle, utilisation optimale des infrastructures existantes, baisse de la part des dépenses de personnel et redéploiement des effectifs, organisation et contrôle du secteur privé...) et par la mobilisation de ressources nouvelles (recouvrement des coûts, partenariat avec les collectivités locales et les communautés villageoises, participation du secteur privé non lucratif, appel à l'aide extérieure...).

Le premier et le troisième de ces objectifs sont parfaitement significatifs de l'idée que la santé des Ivoiriens dépend du système de santé public, et que la gestion bureaucratique de ce dernier doit donc être renforcée. La mise en œuvre de ce choix fait en outre appel à des techniques qui sont, hélas, depuis longtemps dépassées. Ainsi, le programme de la Banque en Côte d'Ivoire prévoit de mettre en œuvre une classification normative des établissements, telle que celle qui avait déjà été

ébauchée en 1988. Mais, cette fois-ci, on n'y comptera pas moins de neuf niveaux (Côte d'Ivoire, 1991, p. 13-17) :

- centre de santé rural,
- base de secteur de santé rurale,
- centre de santé urbain,
- hôpital de jour,
- hôpital de deuxième catégorie,
- hôpital de première catégorie,
- centre hospitalier régional (CHR),
- centre hospitalier spécialisé (CHS),
- centre hospitalier universitaire (CHU).

Pour chacun de ces niveaux, on entreprend de définir, comme on le faisait il y a trente ans, des normes de personnel (Côte d'Ivoire, 1991, tableau p. 17). Par exemple, pour la base de secteur de santé rurale : *"Son personnel est composé de trois médecins, un pharmacien, seize infirmiers, deux sages-femmes, neuf aides-soignants, deux techniciens et deux administratifs"* (Côte d'Ivoire, 1991, p. 13). Mais on ne craint pas de poursuivre, à propos du CHR par exemple : *"Son personnel est composé en moyenne de 23 médecins, 5 pharmaciens, 2 dentistes, 2 radiologues, 81 infirmiers, 15 sages-femmes, 64 aides-soignants, 9 techniciens, 19 administratifs"* (Côte d'Ivoire, 1991, p. 16). Dans tous ces établissements, on procédera à une réorganisation interne fondée sur les techniques *"Organisation et méthodes"* : s'agirait-il d'une nouveauté sur le marché ivoirien ?

En ce qui concerne le développement du système, on parle d'objectifs de résultats (Côte d'Ivoire, 1991, p. 19) ; toutefois, sous ce titre, on ne trouve qu'une règle (distance maximale d'accès de 17 km) qui sert à calculer le nombre de formations à créer pour maintenir les taux de couverture en vigueur en 1990 ! On parvient ainsi à prévoir, pour la période 1991-2000, les créations suivantes : 154 dispensaires ruraux (dont 68 à équiper et ouvrir, et 86 à construire, dont 73 sont déjà agréés) ; 228 maternités rurales (20 à équiper et à ouvrir, 122 à construire dont 90 sont déjà agréées) ; 50 dispensaires urbains ; 69 maternités urbaines ; 4 hôpitaux de deuxième catégorie, sans doute à Abidjan, pour compléter les 56 existant déjà dans le pays, et qui sont à réhabiliter (Côte d'Ivoire, 1991, p. 19-21). Pour faire aboutir ces projets, il faudra naturellement suspendre toute autorisation nouvelle de construire une formation rurale (dispensaire ou maternité), et, au contraire, en milieu urbain, créer les formations nouvelles dans les zones à faible densité médicale et à haut risque sanitaire (Côte d'Ivoire 1991, p. 21-23).

Mais, comme il s'agit de placer rapidement de grands montants d'aide, le résultat est là : alors que les mesures entrant dans le programme ne devraient pas coûter au total plus de 46 milliards, on a réussi à chiffrer en un tournemain des travaux de réhabilitation des infrastructures qui exigeraient à eux seuls 43 milliards de plus que les financements déjà acquis (Côte d'Ivoire, 1991, annexe 1), ces

derniers se montant eux-mêmes à 17 milliards (Côte d'Ivoire, 1991, p. 38-39). Que voilà donc un bon projet !

On ose à peine faire remarquer que d'autres documents, tout en conservant une pondération dont on apprécie tout le mérite, émettent des jugements autrement plus profonds, comme par exemple le suivant : *"La motivation professionnelle est insuffisante pour que soient valorisées à leur meilleur niveau les compétences acquises. Le sens du service public n'a pas atteint toutes les consciences, ce qui induit de graves lacunes dans l'accueil et la prise en charge des patients"* (Côte d'Ivoire 1995, p. 5). Cette analyse n'empêche nullement de présenter aux bailleurs de fonds des projets d'investissement se montant à 82 milliards francs CFA pour le secteur de la santé au cours des années 1995 à 1997 (Côte d'Ivoire, 1995, p. 14 et annexes).

### c) *Sénégal : structurer des districts*

L'essentiel du *Projet de développement des ressources humaines* que finance la Banque mondiale au Sénégal semble être la création de districts. À quelle impérieuse nécessité cette création répond-elle ? Le rapport d'évaluation du projet de développement des ressources humaines (Banque mondiale, 1991b) ne le dit pas.

Il contient pourtant quelques éléments d'un diagnostic objectif. Le secteur privé des soins de santé est actif, mais essentiellement concentré dans la région de Dakar. Au début des années 1990, *"il y a 25 cliniques privées, 47 postes de santé et 272 médecins ou dentistes et 32 infirmiers ayant une pratique privée. Le secteur privé à but non lucratif gère un hôpital et 85 postes de santé"* (Banque mondiale, 1991b, para. 2.21). Notons que, lorsqu'on lit *"ayant une pratique privée"*, il faut certainement comprendre *"installés en clientèle privée"*, car on n'imagine pas que sur les 200 médecins fonctionnaires du ministère de la Santé, aucun n'ait la moindre pratique privée complémentaire. En 1980, les dépenses privées atteignaient environ 13 milliards de francs CFA (dont 8 pour les médicaments, 2 pour l'hôpital principal, 0,7 d'honoraires médicaux privés et 1,8 de dépenses dans les cliniques privées), et représentaient la moitié du total des dépenses courantes de santé du Sénégal (Brunet-Jailly, Rougemont et Audibert, 1984, p. 162) ; mais le nombre de médecins privés était alors deux fois moins grand qu'en 1990 (130, et 19 dentistes, Banque mondiale, 1982, p. 43).

Entre le secteur public et le secteur privé, les tarifs étaient dans le rapport de 1 à 35 pour les consultations de médecine générale adulte, et dans le rapport de 1 à 25 pour l'accouchement normal (Mashayekhi, 1982, p. 48 et 82). Suffit-il de dire que le secteur privé *"cohabite de façon harmonieuse avec le système public, et est particulièrement actif dans la région de Dakar"* (Sénégal, 1993, p. 7) ? N'est-ce pas éviter de voir l'évidence : le Sénégal a mis en place un système de santé

fondièrement inégalitaire, qui ne laisse à l'immense majorité de la population que l'accès à un système public en déconfiture, pour réserver à la population aisée des soins privés de qualité ? Il est déjà beaucoup plus judicieux de remarquer : *"le Centre hospitalier universitaire de Dakar a limité ses activités de soins, de recherche et de formation à la région de Dakar. Ainsi les médecins spécialistes formés par le CHU n'exercent pas dans les hôpitaux régionaux compte tenu de leur statut d'universitaires"* (Sénégal, 1993, p. 12). Ou encore : *"hormis Dakar, aucune des régions ne compte de gynécologue, de médecin anesthésiste et d'ophtalmologue sénégalais. Les pharmaciens et préparateurs en pharmacie font défaut dans la quasi-totalité des régions, au moment où la politique de médicaments essentiels est mise en œuvre. Il en est ainsi pour les radiologues et les chirurgiens dentistes"* (Sénégal, 1993, p. 16).

Mais quel sens y a-t-il à chiffrer le déficit en personnel, par rapport à ce que prévoient les normes du Projet de développement des ressources humaines, à 845 agents pour les centres de santé, plus 387 pour les hôpitaux régionaux, plus 426 pour les nouvelles infrastructures à réaliser d'ici 1995, soit plus de 1 600 agents, ou 30 % de l'effectif total du ministère (Sénégal, 1993, p. 19-20) ? Croit-on vraiment que la Faculté de médecine va former et que l'État va recruter les effectifs annoncés dans le plan de formation (Sénégal, 1993, p. 48 et annexes 15 à 18) ?

#### ***d) Burkina Faso : renforcer la pyramide bureaucratique***

Sur le Burkina Faso, on dispose d'un diagnostic particulièrement clair de la situation des services de santé, en résumé : *"les formations sanitaires sont utilisées à moins de 30 % de leurs capacités"* et essentiellement parce que la *"qualité des services est considérée comme médiocre (...) avant tout à cause de l'impossibilité de trouver des médicaments d'un coût abordable et de l'attitude des agents de santé, jugée souvent arrogante"* (Banque mondiale, 1994, para. 2.22). On imagine donc que le financement de la Banque mondiale pourrait servir à modifier d'une part les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique, d'autre part les éléments qui déterminent l'attitude du personnel.

Laissons de côté ici la politique pharmaceutique, on y viendra plus loin. Concernant le second point que le projet prétend traiter, le raisonnement est, semble-t-il, le suivant : comme *"l'insuffisance de la supervision du personnel des CSPS<sup>8</sup> par les autorités provinciales et de district crée un sentiment d'isolement et démotive le personnel de santé"* (Banque mondiale, 1994, para. 2.23), on va lutter contre l'arrogance par *"le renforcement des services périphériques grâce à l'organisation en districts sanitaires centrés autour des CMA<sup>9</sup>"*; c'est là *"l'élément-*

<sup>8</sup> Centre de santé et de promotion sociale : formation sanitaire de base tenue par un infirmier.

<sup>9</sup> Centre médical amélioré : centre disposant d'une antenne chirurgicale et employant une vingtaine d'agents dont deux médecins.

*clé de la stratégie gouvernementale", et de la sorte "les autorités responsables de la santé dans les districts superviseront et contrôleront les prestations de soins de santé primaires (...)" (Banque mondiale, 1994, para. 2.34).*

Autrement dit, puisque la bureaucratisation de la santé favorise des comportements arrogants, et puisque en conséquence *"les communautés ne se sentent guère propriétaires de leurs formations sanitaires"* (Banque mondiale, 1994, para. 2.23), nous allons créer un échelon supplémentaire dans la pyramide bureaucratique pour superviser et contrôler plus étroitement ! Bien entendu, ce choix n'est pas présenté en ces termes, puisqu'on peut prétendre qu'il s'agit en fait de favoriser l'accessibilité des services de santé, et pour cela de procéder à un nouveau découpage sanitaire qui permettra de redéfinir les zones de responsabilité respectives et les tâches spécifiques à chaque échelon, etc. (Banque mondiale, 1994, annexe 3.1). On continue même à faire semblant de penser que le problème de l'accessibilité des services de santé peut être résolu *"bringing them closer to the population and minimizing the number of cases moved to the hospital for treatment"*<sup>10</sup>.

Mais le but de l'opération est peut-être plutôt de parvenir à placer plus de 200 millions de francs CFA (ce qui n'est tout de même pas rien pour une unité de ce niveau !) dans chaque centre médical qui devra être construit ou rénové pour jouer son nouveau rôle dans la pyramide sanitaire renforcée (Banque mondiale, 1994, par. 3.10) ; et accessoirement, on justifiera les achats de véhicules par les nécessités de la décentralisation (Banque mondiale, 1994, para. 3.21) ! Le même document nous apprend que le premier projet de santé financé par la Banque mondiale a permis d'établir, entre 1985 et 1990, 142 CSPPS dans des zones rurales et urbaines (Banque mondiale, 1994, para. 2.46), grâce à un effort tel que *"presque toutes les activités du projet étaient concentrées sur l'exécution de la composante investissement"* (Banque mondiale, 1994, para. 2.50). Maintenant on propose de continuer (en construisant 45 CSPPS de plus) et d'édifier le niveau supérieur, sans avoir réglé quelque problème que ce soit. En particulier, alors que 30 CSPPS sont fermés faute de personnel, alors que *"67 % des sages-femmes, 33 % des accoucheuses formées, 40 % des infirmiers et 60 % des médecins, pharmaciens et techniciens médicaux"* (Banque mondiale, 1994, para. 2.25) sont concentrés dans deux provinces (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) où vivent 15 % de la population du pays, le projet de la Banque ne traite pas de ce problème : le gouvernement a donné l'assurance qu'un plan national serait mis au point (Banque mondiale, 1994, para. 3.18), et l'on présume probablement que son exécution ne coûtera rien (en tout cas rien n'est prévu dans les enveloppes de la Banque). De leur côté, certains experts font comme si de rien n'était : ils continuent de prendre les normes de personnel de l'OMS pour argent comptant, afin de prouver, sans difficulté, que le Burkina devrait

---

<sup>10</sup> Extrait tiré de la Letter of health sector policy, - elle est en anglais s'il vous plaît ! - (Banque mondiale, 1994, annexe 2.4, para. 22) : "En les rapprochant de la population et en minimisant le nombre de cas envoyés pour traitement à l'hôpital".

former d'urgence 25 000 agents supplémentaires pour ses services de santé (DANIDA, 1994).

En bref, comme le notent des consultants qui ne cherchent pourtant pas à se brouiller avec les bailleurs de fonds, "en l'absence de modifications complémentaires dans les effectifs, l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière, il est probable que la construction de formations sanitaires et l'extension de leurs équipements, comme proposé dans le plan de développement national 1991-1995, obtiendront très peu de résultats" (McLees, 1994, p. 25). Mais on les construira, puisque l'argent est là !

## **2. Une interprétation : les lois de la confraternité**

Une façon simple et directe de savoir quelle est l'orientation des programmes de santé financés par la Banque mondiale, serait de poser les questions suivantes : le cœur bio-médical du système de santé (c'est-à-dire le lieu où sont formés les professionnels, le lieu où exercent les plus titrés et les plus réputés d'entre eux) est-il concerné par le programme ? Le programme lui donne-t-il des orientations qui l'amènent clairement à se préoccuper de la santé publique, c'est-à-dire de la santé du plus grand nombre ? Le programme lui confie-t-il des missions différentes de celles qu'il s'assigne à lui-même spontanément ? Le programme lui donne-t-il des méthodes différentes de celles qu'il a toujours utilisées ?

La réponse à chacune de ces questions tient en peu de mots, on vient de le voir. Le cœur bio-médical du système de santé est à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux nationaux où exercent les professeurs de médecine ; il est aussi au ministère de la Santé lui-même, qui décide sous le contrôle des grands patrons. Ce cœur bio-médical n'est pas concerné par les programmes de la Banque mondiale, il invente sous nos yeux depuis une génération des manœuvres qui le protègent en déplaçant l'attention vers la santé rurale, vers la santé des pauvres. Ce qui surprend dans les priorités effectives qu'on vient de mettre en évidence s'explique par cette nécessité de protéger le cœur bio-médical. La règle du jeu est en effet : faites un peu pour les pauvres, faites un peu pour les campagnes, mais, au nom de la confraternité, faites tout pour défendre les revenus médicaux et pharmaceutiques. Parti pris ? C'est ce qu'on va voir.

### a) Protéger les revenus médicaux

Dans tous les pays, la Banque prescrit de recouvrer les coûts plus fermement dans les hôpitaux que dans les autres formations sanitaires. En Côte d'Ivoire, par exemple, on se fixe comme objectif un taux de recouvrement de 80 % dans les CHU dès 1992, un taux de 60 % dès 1994 dans les autres formations, sauf les formations primaires pour lesquelles on se contentera de 40 % (Côte d'Ivoire, 1991, p. 45). Officiellement, il s'agit de peser sur la demande pour la détourner en partie des hôpitaux et la diriger vers les formations capables de faire face aux premiers secours. La question n'est pas posée de savoir si les formations publiques de premier recours sont capables de faire face à la demande actuelle ou future ; la réponse eût été, au moins pour Abidjan, nécessairement négative (France et Côte d'Ivoire, 1991).

Mais, fort heureusement, le secteur privé est bien développé en Côte d'Ivoire. Apparemment seuls 31 médecins sont installés en exercice libéral en 1989 (certains cabinets libéraux disposent de lits), et 29 autres exercent à plein temps et 105 à temps partiel dans l'une des 23 cliniques privées qui totalisent plus de 500 lits (Côte d'Ivoire, 1989). Au-delà, chacun sait qu'une clinique de 229 lits, installée à Abidjan et offrant toutes les spécialités, n'emploie pas un seul médecin à plein temps, mais 75 médecins à temps partiel. Au-delà encore, il faudrait considérer la partie immergée de l'iceberg : d'une part l'exercice privé, toléré en pratique à mi-temps, pour les agents des formations sanitaires publiques, ce qui explique leur absentéisme massif ; d'autre part les infirmeries qui, échappant à tout contrôle, ont infesté Abidjan et sont désormais tenues par qui veut.

Le programme de la Banque se préoccupe de ce problème. Il prévoit *"la libération des praticiens durant un certain quota d'heures hebdomadaires (8 heures correspondant à 20 % du total hebdomadaire) soit pour des activités privées extérieures à l'hôpital, soit pour des activités privées organisées dans le cadre de l'hôpital"* (Côte d'Ivoire, 1991, p. 36). Il prévoit aussi une aide à l'installation des jeunes médecins, combinée avec une tarification nationale des consultations, différente de celle pratiquée dans les établissements publics, et d'un montant modique, pour permettre *"la consultation d'une clientèle nombreuse"* (Côte d'Ivoire, 1991, p. 35). Modicité ? Le syndicat des médecins privés fait avaliser ses tarifs par l'administration (sans d'ailleurs qu'on sache pourquoi cette dernière intervient : il n'y a pas de système de tiers-payant), et ces tarifs rendent les prestations médicales inaccessibles à l'immense majorité de la population : en 1994, 10 000 francs CFA pour la consultation d'un généraliste, soit le tiers du salaire minimum. Une certaine modicité de la tarification s'imposerait en effet, et d'autant plus qu'il y a désormais surabondance de l'offre. Mais une tarification au niveau qu'on vient de dire est un moyen de veiller aux privilèges des grands anciens, qui, officiellement autorisés à développer leur pratique privée en marge du service public, voudront probablement se réserver la clientèle intéressante d'Abidjan et des grandes villes, et souhaiteront

être protégés de la concurrence indécoute de leurs jeunes confrères. Quelle merveille que le libéralisme ainsi conçu !

Dans ce pays qui, pendant une génération, a pu concentrer tous les avantages de l'exercice médical au profit des premiers diplômés (et par exemple donner à ses praticiens débutants dans le service public des salaires 6 fois supérieurs à ceux que pratique le Mali, alors que les PIB par habitant sont, entre ces deux pays, dans un rapport de 1 à 3), le nombre de médecins actifs atteint aujourd'hui le millier, et le flux annuel de nouveaux diplômés est supérieur à 200. La libéralisation du marché n'aurait pu qu'entraîner une diminution générale des revenus relatifs, et une réduction corrélative du coût des prestations pour les malades : la solution de la Banque, probablement celle aussi de l'*establishment* médical que sert le ministère de la Santé, consiste à protéger les revenus de ceux qui sont bien installés, à proposer un "filet social" à ceux qui vont devoir s'installer (en leur laissant le soin de lutter contre les "injectionnistes" ?), et à opposer un *numerus clausus* à ceux qui, désormais, voudraient entrer dans la profession.

Le cas de la Côte d'Ivoire méritait une attention particulière puisque son système de santé est une référence pour les professionnels de tous les pays voisins. Mais la Côte d'Ivoire n'a pas été le seul pays à ajuster le système de santé en préservant les revenus médicaux. Ainsi le Mali, qui a adopté en 1988 des textes fixant le prix de la consultation à 4 230 francs CFA pour le généraliste et à 5 945 francs CFA pour le spécialiste, à un moment où le salaire minimum était de l'ordre de 13 000 francs CFA par mois ; et, à cette occasion, le professeur Bocar Sall, président de l'Ordre des médecins du Mali, n'hésitait pas à écrire dans le quotidien du parti et du gouvernement : *"La question finale qui se pose est de savoir si les Maliens veulent une médecine de qualité ou une médecine au rabais. Si effectivement nous voulons avoir le choix entre aller à l'hôpital ou dans une clinique privée de 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 (...)"* (L'Essor, 1988). Évidemment, le président de l'Ordre des médecins parle d'or, si l'on ose dire !

De son côté, le Niger a remis en vigueur en 1985 un système de recouvrement des coûts dans lequel *"à quelques exceptions près, les sommes perçues sont partagées à parts égales entre le praticien et le Trésor Public"* (Niger, 1989, p. 37) : les conséquences prévisibles de ces dispositions ont été ignorées.

### ***b) Protéger les revenus pharmaceutiques***

En Côte d'Ivoire, le programme pharmaceutique retenu par la Banque semble être simplement celui qui a été lancé en 1990 avec le concours du Fonds européen de développement (FED). Il permet d'approvisionner les établissements publics

nationaux en fonction de leurs budgets (dotation accordée par le ministère de la Santé) et de leurs ressources propres (provenant du recouvrement des coûts) ; ils achètent à la Pharmacie de santé publique au prix d'achat de cette dernière, majoré de 20 %, ils fractionnent et ils revendent aux usagers en majorant de 10 % ; les autres formations sont approvisionnées en fonction de la dotation que leur accorde le ministère de la Santé. Avant d'aller plus loin, il faut savoir que les importations de médicaments sont passées d'environ 12 milliards de francs CFA en 1980 à plus de 30 en 1986 et 1987<sup>11</sup>, pour atteindre 35 en 1991-1993 (Diomandé, Camara, Dramane et Oulaye, 1995, p. 39). Le chiffre d'affaires de la distribution est, en ordre de grandeur, le double de la valeur des importations. En 1991, la Pharmacie de santé publique a fait environ 2 milliards de chiffre d'affaires (sur 10 mois), et elle a atteint 4,4 milliards en 1994 (Diomandé, Camara, Dramane et Oulaye, 1995, p. 58) : le programme de médicaments essentiels lancé avec le concours du FED représente donc 5 à 6 % du marché.

Pour l'avenir, le programme de la Banque imagine que le volume de la consommation ne diminuera pas, que la part des génériques augmentera, *"y compris dans les ventes des officines privées (50 % à partir de 1995), celles-ci conservant leur marge en valeur absolue"* (Côte d'Ivoire, 1991, p. 62). Le sens de la manœuvre est clair : on achètera des médicaments génériques qui coûteront la moitié, le tiers, parfois le dixième, du prix des spécialités correspondantes actuellement commercialisées, mais les pharmaciens conserveront la marge en valeur absolue qu'ils ont l'habitude de prélever sur ces dernières, et donc leur situation restera inchangée ; pour les malades, au lieu de bénéficier d'une réduction de la moitié, des deux tiers ou des neuf dixièmes de leur facture pharmaceutique, ils se contenteront d'une diminution de 15 %<sup>12</sup>. Le programme de la Banque contient alors des perspectives d'expansion très rapide des approvisionnements en médicaments essentiels, qui devraient passer de 2,79 milliards de francs CFA en 1991 à 10 milliards en 1995 et 18,3 milliards en l'an 2000 (Côte d'Ivoire, 1991, p. 42), mais rien ne permet de comprendre comment ces estimations ont été obtenues (en dépit de plus de 200 tableaux dégorés par un programme Lotus probablement contaminé par un vibron).

En bref, cette politique pharmaceutique apparaît sociale, ce qui est très bien, et il s'avère en outre qu'elle respecte scrupuleusement les intérêts privés : elle est donc parfaite.

Au Mali, les objectifs affichés de la politique pharmaceutique sont beaucoup plus ambitieux, puisque, si on lit bien le texte du projet, *"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 œuvre d'une politique des médicaments essentiels"* (Banque mondiale, 1991a,

<sup>11</sup> Statistiques du commerce extérieur, rubriques 30.01 à 30.05.99.

<sup>12</sup> La dépense par habitant passera en francs CFA constants de 3 935 en 1990 à 3 380 en 2000, sans diminution de volume (Côte d'Ivoire, 1991, p. 62).

para. 3.24). Mais cette ambition est déraisonnable, et elle a été contrecarrée par deux conditions posées par la Banque :

1) la poursuite du programme, effectivement lancé en avril 1990, de privatisation des officines de la PPM, alors même que la Banque et le gouvernement du Mali étaient parfaitement informés 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) la levée du monopole d'importation de la PPM alors que la même étude (Brunet-Jailly, 1990) avait montré que le monopole d'importation était la seule façon de donner un contenu effectif à la suppression de 350 spécialités qui devaient être remplacées par 199 médicaments essentiels ; la Banque a préféré, avec l'appui du ministère de la Santé du Mali, imposer à ce pays un système dans lequel la PPM ne pourra 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 qui devraient les remplacer ; comme la vente des spécialités est, pour un pharmacien privé, inévitablement plus lucrative que la vente des médicaments essentiels, la Banque a imposé au Mali une disposition qui condamne la commercialisation des médicaments essentiels.

Depuis lors, la dévaluation est survenue, et elle a permis au concert des généreux donateurs d'affecter environ 5 milliards de francs CFA (le Canada en a fourni 3 à lui seul, la Banque mondiale, le FED, l'UNICEF et la France ont complété) au financement de médicaments essentiels (Mali, 1994a, p. 69-72), alors que les besoins estimés ne dépassent pas le milliard (Mali, 1994b). Cette surabondance d'aide a permis d'éliminer certaines réponses au premier appel d'offres (celle de grossistes tels que UNIPAC ou IDA, qui fournissent des produits "*dont la qualité devrait être contrôlée*", ont affirmé certains experts nationaux), et d'acheter les produits au plus cher (en partie à des fabricants canadiens !) et de les revendre "*à des prix au moins deux fois plus élevés que ceux du GIE-SPT*", un grossiste local à but non lucratif (Mali, 1994a, p. 71). L'opération a donc été profitable pour les industriels canadiens et pour les professionnels maliens, en particulier pour la PPM, société d'État. Peut importe que cette dernière continue à être gérée "*dans une certaine opacité comptable*" (Mali, 1994a, p. 70), et qu'une simple et légère amélioration des procédures d'achat lui ait permis de réduire l'effet de la dévaluation à une hausse de 10 % des coûts au lieu des 50 % prévus, révélant ainsi la taille de ses marges abusives (Mali, 1994a, p. 70) : ce sont des confrères !

Au Burkina Faso, le secteur privé détient aujourd'hui 95 % de l'approvisionnement national en médicaments (Banque mondiale, 1994, para. 10). Ce pays a, comme le Mali, l'expérience de multiples et vaines restructurations de l'approvisionnement pharmaceutique public : on parle ici de Pharmapro, Pharmacie

nationale, ONAP, SONAPHARM et aujourd'hui CAMEG. Les estimations des besoins à satisfaire en médicaments génériques des quelques 600 CSPS, telles qu'elles ont été utilisées pour justifier l'emploi de 3 millions de dollars au lendemain de la dévaluation, sont les suivantes (*Mesures... s.d.*) : une consommation de 6 000 dollars par an et par CSPS ; comme chaque CSPS dessert en moyenne 16 000 habitants, la valeur de la dotation par habitant est donc de l'ordre de 200 francs CFA au prix d'achat et de 500 francs CFA au prix de vente ; pour distribuer ces médicaments, il faut un taux de fréquentation proche de 1, très supérieur à celui que donnent les statistiques d'activité (0,5 environ ; DEP, 1993). Les prévisions sont donc déraisonnables, mais c'est pour d'autres raisons, sans doute, qu'il était convenu entre la Banque et l'État de ne pas précipiter la montée en charge de l'activité de la CAMEG.

En revanche, au lendemain de la dévaluation, l'occasion faisant le larron, la Banque mondiale a autorisé le Burkina Faso à utiliser 3 millions de dollars du Crédit d'urgence à la relance économique pour acheter des médicaments essentiels génériques qu'on ne sait pas comment distribuer (DEP, 1995, p. 8) ; qu'à cela ne tienne, l'UNICEF apportera son appui technique<sup>13</sup> : de tous côtés, le médicament est un bon prétexte pour placer l'aide extérieure sans compter.

Pourtant, même avec cet effort inopiné et surdimensionné, la part des médicaments génériques dans les importations restera modeste, inférieure à 10 %, puisque ces importations atteignaient 9 milliards de francs CFA (non dévalués) en 1991 (Banque mondiale, 1994, para. 2.15)<sup>14</sup> ; au cours des années récentes, cette part était purement symbolique (3 à 4 % ; Burkina Faso, 1994, p. 5). Quant aux autres mesures prises pour lutter contre les effets néfastes de la dévaluation, on y relève aussi la suppression de la marge *ad valorem* sur les médicaments génériques, qui seront soumis à un prix national (pourquoi ? pour se rapprocher, sans doute, d'une solution à l'ivoirienne de cet épineux problème des marges des confrères pharmaciens), mais pas sur les spécialités (où cette marge est de 53,12 % ; Burkina Faso, 1994, p. 4). On y relève aussi l'autorisation donnée aux officines d'ouvrir des succursales : la commercialisation d'un produit aussi particulier que le médicament exige des précautions qui justifient les marges, mais elle peut néanmoins être confiée à un salarié supervisé de loin par le pharmacien diplômé.

Au Sénégal, à lire les documents officiels (et spécialement Sénégal, 1993), il semblerait que le médicament ne pose que des problèmes d'enregistrement, de contrôle de qualité, d'inspection des établissements, de liste des médicaments essentiels. Cette présentation permet de taire que le médicament essentiel est volontairement cantonné dans un rôle marginal : le peu que pourront acheter les formations sanitaires sur leurs ressources (Sénégal, 1993, p. 25). Toute personne informée des enjeux d'une politique pharmaceutique jugera dérisoires les mesures

<sup>13</sup> Aux termes d'une convention signée le 13 juin 1994 (DEP, 1995, p. 9).

<sup>14</sup> On trouve ailleurs des chiffres plus modestes : 5,2 milliards en 1989, 6,5 en 1990, 4,9 en 1991 (Burkina Faso, 1994, p. 5).

proposées sous ce titre dans le document d'orientation le plus récent (Sénégal, 1993, p. 52-55). On comprendra peut-être mieux la situation lorsqu'on saura que *"le marché privé des produits pharmaceutiques s'est (...) développé, avec un chiffre d'affaires annuel d'environ 15 milliards de francs CFA ; par comparaison, le budget du secteur public consacré aux médicaments est de l'ordre de 1 milliard de francs CFA"* (Banque mondiale, 1991b, para. 2.24). À vrai dire, le financement strictement public des médicaments se limite à 396 millions de francs CFA dans le chiffre d'affaires de la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) en 1994, contre 1 170 provenant du recouvrement des coûts, c'est-à-dire payés par les malades (Sénégal, 1995, p. 7). Il faudrait ajouter que les crédits consacrés aux médicaments dans le budget du ministère de la Santé étaient deux fois plus importants au début des années 1980 (Brunet-Jailly, Rougemont et Audibert, 1984, p. 140-156).

En fait, l'approvisionnement public ou communautaire, et notamment l'approvisionnement en médicaments génériques, doit rester entre des mains inexpertes ou corrompues pour que les affaires privées prospèrent sans entraves. Effectivement : la PNA *"n'a procédé à aucun arrêt comptable depuis deux ans, le bilan au 31/12/92 apparaissant lui-même très imparfait"* ; on est dans une situation de *"vide comptable"* (Sénégal, 1995, p. 5) ; la seule rationalisation du système d'approvisionnement ayant permis, ici comme au Mali, *"d'atténuer presque complètement les effets de la dévaluation"* (Sénégal, 1995, p. 10), on imagine comme l'intérêt des patients était pris en considération avant le 12 janvier 1994 et quelles marges se partageaient les opérateurs ; pourtant, on enregistrera 300 millions de déficit en 1994 (17 % du chiffre d'affaires), malgré la prise en charge d'une partie du fonctionnement par la Banque mondiale : une gabegie tout simplement éhontée au vu et au su de tout un chacun.

## Conclusions

Les analyses que nous venons de présenter montrent que les questions de santé ne relèvent pas, comme certains innocents le croient encore et comme beaucoup de roués tentent d'en entretenir l'idée dans l'opinion, de la compassion et du dévouement. Elles sont entrées dans le champ de la compétition politique et des grands équilibres : on n'hésite ni à manipuler les chiffres, ni à adopter les positions les plus démagogiques et, pendant que les badauds sont ainsi bernés, les malins défendent qui son pouvoir, qui ses intérêts.

Qu'il y ait des enjeux dans la diffusion des vraies valeurs de certains indicateurs démographiques est évident. La manipulation apparaît bien dans les documents de la Banque mondiale. Dans le cas du Mali, par exemple, les estimations les plus faibles du taux de mortalité infantile sont données dans les

documents traitant de politique de population (Brunet-Jailly, 1995, p. 228) : on comprend immédiatement que plus la mortalité infantile est faible, plus est grand le spectre d'une croissance incontrôlable de la population.

De fait, 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 se serait effondré entre 1960 et 1976, passant de 250 p. mille à 120 p. mille "grâce au progrès des techniques médicales et à la pédiatrie", et une nouvelle baisse très sensible aurait eu lieu entre 1976 et 1987, puisque le recensement de cette dernière année aurait donné une estimation de 76 p. mille (DNP, 1990, p. 14 et 23). Or, on le rappelle, les résultats révisés du recensement de 1987 donnent un taux de mortalité infantile de 102 p. mille (les résultats publiés dans BCR, 1991, p. 46 ont été corrigés, d'ailleurs sans la moindre explication, par Mali, 1991) et, de son côté, l'EDS 87 donne un taux de 108 (Traoré, Konaté et Stanton, 1989, p. 75). On continue aussi à utiliser les taux de croissance naturels 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 net constaté entre ces deux dates a été de 1,8 % (DNP, 1990, p. 52 ; DNSI, 1991, p. 32-35) alors qu'il est peu probable que l'émigration puisse seule expliquer la différence. Tout se passe comme si, pour justifier l'effort demandé par l'extérieur en matière de planification familiale, on devait faire croire que le taux de 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 que l'estimation la plus fiable.

Il va de soi que les âmes charitables sont, elles aussi, capables de manipuler les chiffres : pour prouver que l'ajustement fait passer les pays pauvres du développement à la crise (plutôt que l'inverse), certains n'hésitent pas à inventer une recrudescence de la mortalité infantile et juvénile au Mali entre 1980 et 1985 (Kanji, Kanji et Manzi, 1991, p. 990-991 ; voir aussi, dans le même esprit, mais en matière de nutrition, Cornia et Mkandawire, 1992 p. 47).

Pourtant, en matière de santé comme dans bien d'autres domaines, il n'y a de science que par la mesure. Cette position, ouvertement rétrograde, a le mérite de rappeler que beaucoup d'illusions sont possibles lorsqu'on se dispense de mesurer. Nous ne nions aucunement les difficultés de la tâche, dans beaucoup de domaines ; et dans celui de la santé nous savons qu'elles sont redoutables. Mais ces dix dernières années ont montré, que, dans les pays qui le veulent, des mesures utiles de l'état de santé peuvent être développées. Si on s'y refuse, ce n'est probablement pas par inadvertance.

Ainsi, en tendance, en Afrique de l'Ouest, les services de santé ont été gérés par leurs hauts responsables médicaux de telle sorte que les effectifs croissaient indépendamment de l'évolution de l'activité, jusqu'à ce que les dépenses de personnel atteignent de telles proportions qu'aucun moyen n'était plus disponible

(sous forme de médicaments ou de consommables médicaux par exemple) pour produire le service à fournir aux malades ; cette pénurie favorisait tous les trafics, tant au sein de formations publiques qu'en dehors d'elles, parce que la pratique privée, fut-elle illicite, reste le modèle idéal pour tous les professionnels de santé, affiché en exemple puisqu'il est appliqué sans la moindre gêne par les grands patrons. Les services de santé sont entrés dans le cercle vicieux de la dégradation de la qualité et de la diminution de la fréquentation et de la diminution de l'activité au cours des années 1970, au fur et à mesure que disparaissait une première génération de professionnels formés au temps de la colonisation. De la sorte, dans tous les cas pour lesquels on dispose de données utilisables, la diminution de l'activité des services de santé a été antérieure à la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel.

Or, par ailleurs, aucun indicateur disponible susceptible de refléter l'évolution de l'état de santé ne traduit le recul dont certains semblent faire grand cas. Si grande que soit notre surprise, et jusqu'à plus ample informé, nous devons nous en tenir à cette conclusion. Serions-nous donc en train de découvrir, à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, que l'état de santé ne dépend que très marginalement de l'activité des professionnels et services de santé ? Même pas : la découverte est ancienne, elle est le fait des épidémiologistes anglais qui, eux, se préoccupent de santé publique depuis un siècle (Cochrane, 1977).

Dans cette période de crise et d'ajustement, la santé est devenue un secteur de prédilection pour les bailleurs de fonds : qui pourrait contester qu'une aide massive soit accordée à l'amélioration des infrastructures sanitaires, à leur approvisionnement en médicaments, et même à leur fonctionnement courant ? Aussi, l'ajustement structurel a été l'occasion d'un afflux massif de ressources dans les services de santé : il suffisait d'obtenir l'accord des pays, donc d'abord des ministères de la Santé. De ce fait, c'est le développement de l'offre, et dans le secteur public, mais sans considération ni de sa qualité, ni de la productivité des facteurs, ni des résultats obtenus en termes de santé, qui est financé en abondance depuis quinze ans. Les systèmes de santé publics, depuis le ministère jusqu'au moindre infirmier de brousse, deviennent totalement dépendants des financements extérieurs : il leur faut sans cesse de nouveaux projets financés par l'aide pour maintenir leur niveau de vie, leur activité, leur motivation, c'est le "*syndrome du projet permanent*" (Wang'ombe, 1995). Cette dépendance interdit aux pays concernés tout effort autonome d'évaluation des actions proposées ou entreprises, et à vrai dire les prive de toute liberté de choix, surtout si certains avantages liés aux projets sont correctement distribués aux décideurs, ce que les négociateurs savent parfaitement faire, et si certains intérêts, ceux du secteur privé notamment, sont respectés ou défendus, ce que les négociateurs n'ont jamais oublié.

Dans ce contexte, la défense de l'idée de santé publique et la recherche des moyens de promouvoir cette dernière ont, pour l'essentiel, échappé dans tous les pays que nous connaissons au corps médical, et même à l'institution spécialisée du

système des Nations Unies. C'est une équipe réunie par la Banque mondiale qui a, récemment, fait le constat le plus utile à la santé publique (Banque mondiale, 1993 ; Jamison, Mosley et Measham, 1993), en évitant simplement de mettre au premier plan les intérêts des professionnels : "Une grande partie de l'argent dépensé pour la santé est de l'argent gaspillé, parce qu'on achète des produits pharmaceutiques de marque au lieu de se contenter de médicaments génériques, parce que le déploiement et l'encadrement des agents de santé sont mal organisés, et parce que les lits d'hôpitaux sont sous-utilisés. (...) Dans les pays à faible revenu, les pauvres se trouvent lésés parce qu'une très forte part des dépenses publiques de santé va à des services hospitaliers très coûteux dont bénéficient de manière disproportionnée des populations urbaines mieux loties" (Banque mondiale, 1993, p. 4).

Ce n'est pas ici le lieu d'expliquer pourquoi la Banque mondiale finance des analyses qu'on estime excellentes et des projets concrets qu'on juge si lamentables. On se bornera à constater que la longue crise économique que nous vivons et les politiques d'ajustement structurel qui ont été adoptées pour y faire face dans beaucoup de pays n'ont fait qu'ajouter aux difficultés qui assaillaient les services de santé ; mais ces difficultés ne proviennent ni de la crise, ni de l'ajustement, elles proviennent de l'incapacité des services de santé, dirigés par le corporatisme le plus obtus, à allouer leurs ressources aux activités les plus efficaces pour leur coût.

## Références bibliographiques

- AUDIBERT Martine, 1982. – "Statistiques sanitaires et indicateurs de santé dans les pays en voie de développement", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 30, p. 437-450.
- BANQUE MONDIALE, 1980. – *Health : Sector policy paper*. – Washington, Banque mondiale, 87 p.
- BANQUE MONDIALE, 1982. – *Rapport d'évaluation, Sénégal, Projet de santé rurale*. – Dakar/Washington, Banque mondiale, 62 p. (Rapport n° 4003-SE, 29 novembre).
- BANQUE MONDIALE, 1991a. – *Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale*. – Bamako/Washington, Banque mondiale, 204 p. (Rapport n° 8683-MLI, 22 février).
- BANQUE MONDIALE, 1991b. – *Rapport d'évaluation, République du Sénégal, Projet de développement des ressources humaines*. – Washington, Banque mondiale, Division opérations, population et ressources humaines, Département du Sahel, Région Afrique, 180 p. (Rapport n° 9180-SE, 12 mars).
- BANQUE MONDIALE, 1992. – *World Tables 1992*. – Washington, The Johns Hopkins University Press, 686 p.
- BANQUE MONDIALE, 1993. – *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*. – Washington, Banque mondiale, 339 p.

- BANQUE MONDIALE, 1994. – *Rapport d'évaluation, Burkina Faso, Projet de développement santé et nutrition*. – Washington, Banque mondiale, Division de la population et des ressources humaines, Département du Sahel, Région Afrique, 41 p. + annexes. (Rapport n° 12416-BUR, 20 juin).
- BÉNÉFICE Éric et CHEVASSUS-AGNÈS Simon, 1981. – *Situation nutritionnelle d'une population vivant dans la zone du programme régional de lutte contre l'onchocercose au Mali, enquête réalisée du 24 juillet au 23 août 1979*. – Dakar, ORANA.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1990a. – *La pharmacie populaire du Mali dans le contexte de l'initiative de Bamako*. – Bamako, INRSP/UNICEF, juin, 138 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1990b. – "Santé", in : GREFFE Xavier, MAIRESSE Jacques et REIFFERS Jean-Louis (éds.), *Encyclopédie économique*, p. 1 341-1 397. – Paris, Economica, 2 vol., XII p. + 2188 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1995. – "L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé au Mali", in : AUPELF-UREF (éd.), *Environnement macro-économique et santé, avec études de cas dans les pays les plus démunis*, p. 219-248. – Genève, OMS/ESTEM, 291 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph, COULIBALY Seydou, DIARRA Kafing et KOITA Amadou, 1989. – *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*. – Genève, OMS, 121 p. + annexes. (Document WHO/SHS/NHP/89.10).
- BRUNET-JAILLY Joseph, ROUGEMONT André et AUDIBERT Martine, 1984. – *Évaluation du système de formation médicale au Sénégal, son adaptation aux objectifs du système de santé*. – Aix-en-Provence, Centre d'économie de la santé, 404 p. + annexes.
- BRUNET-JAILLY Joseph, ROUGEMONT André et ELLÉNA Guy, 1985. – *Évaluation du système malien de formation médicale : son adaptation aux objectifs du système de santé*. – Aix-en-Provence, Centre d'économie de la santé, 434 p.
- BCR, 1991a. – *Recensement général de la population et de l'habitat au Mali : Analyse, tome 2, Mouvement de la population, natalité, fécondité, mortalité, migration*. – Bamako, ministère du Plan et de la coopération internationale, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement, juin, 191 p.
- BCR, 1991b. – *Recensement général de la population et de l'habitat (1er au 14 avril 1987). Principaux résultats d'analyse*. – Bamako, ministère du Plan et de la coopération internationale, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bureau central du recensement, juillet, 43 p.
- Burkina Faso, 1994. – *Impact de la dévaluation du CFA et stratégies de mise en œuvre des mesures prises sur le plan sanitaire et social*. – Ouagadougou, ministère de la Santé, de l'action sociale et de la famille, 13 p. (Troisième CASEM, Ouagadougou, 17-18 mars 1994).
- COCHRANE Archibald L., 1977. – *L'inflation médicale, réflexions sur l'efficacité de la médecine*, adaptation française par ROUGEMONT André et GUBÉRAN Étienne. – Paris, Éditions Galilée, 185 p.
- CORNIA Giovanni Andrea, MKANDAWIRE Thandika et VAN DER HOEVEN Rolph (dir.), 1992. – *L'Afrique vers la reprise économique, de la stagnation et l'ajustement au développement humain (une étude de l'UNICEF)*. – Paris, Economica, 421 p.
- CÔTE D'IVOIRE, 1991. – *Programme de valorisation des ressources humaines, Planification-Programmation-Budgétisation dans le secteur de la santé*. – Abidjan, ministère de la Santé et de la protection sociale, octobre, 65 p. + annexes.
- CÔTE D'IVOIRE, 1995. – *Stratégie et programme d'investissements publics 1995-1997, Développement des ressources humaines, Secteur Santé*. – Abidjan, mai, 16 p. + annexes. (Réunion du groupe consultatif, mai 1995).

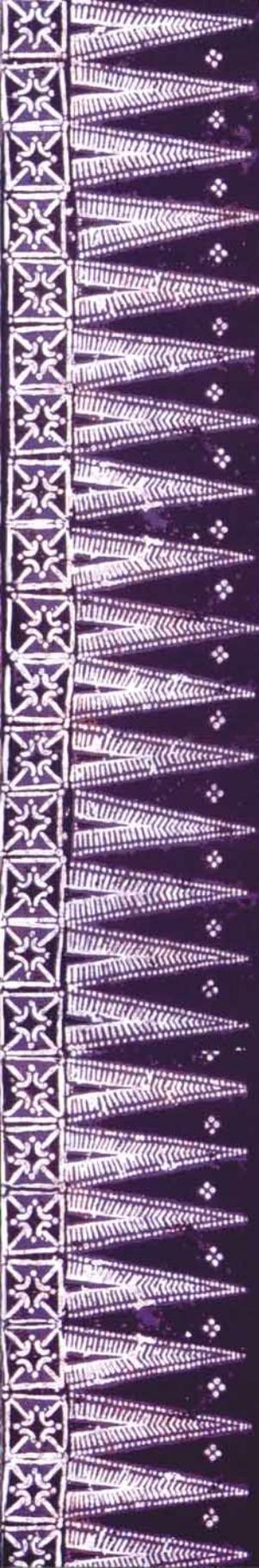
- COULIBALY Seydou et KEITA Moussa 1993. – *Les comptes nationaux de la santé au Mali 1988-1991*. – Institut national de recherche en santé publique, Bamako, mars, 147 p.
- COUR Jean-Marie, 1994. – *Analyse démo-économique rétrospective et esquisse d'image à long terme de la Région Afrique de l'Ouest. Étude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest*. – Document de travail n° 2, SAH/D(93)410, juin, 140 p.
- DANIDA. – *Revue du système sanitaire du Burkina*, mai 1994.
- DIOMANDE Kanvaly, CAMARA Aïssata, DRAMANE Bakary et OULAYE Hubert, 1995. – *Médicaments et dévaluation*. – Abidjan, Centre ivoirien de recherches économiques et sociales, mai, 69 p. + annexes
- DIOP François P., BITRAN Ricardo et MAKINEN Marty, 1994. – *Évaluation économique des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier*. – Atlanta, Abt Associates, 8 juillet, 42 p.
- DEP, 1993. – *Rapport annuel des statistiques sanitaires 1991*. – Ouagadougou (Burkina Faso), ministère de la Santé, de l'action sociale et de la famille, direction des Études et de la planification, juillet, 82 p.
- DEP, 1995a. – *Bilan de mise en œuvre de la stratégie Initiative de Bamako, problèmes et perspectives*. – Ougadougou (Burkina Faso), ministère de la Santé, direction des Études et du plan, 18 p. + annexes. (Communication à la 9<sup>e</sup> conférence des partenaires du développement sanitaire, mai 1995).
- DEP, 1995b. – *Bilan physique et financier des interventions des partenaires pour la période 1991-1993*. – Ougadougou (Burkina Faso), ministère de la Santé, direction des Études et de la planification, mai, 24 p. + annexes.
- DNP, 1990. – *Politique de population du Mali, Diagnostic de la situation démo-économique, document de base*. – Bamako (Mali), ministère du Plan, direction nationale de la Planification, juillet, 57 p.
- DNSI, 1981. – *Annuaire statistique du Mali 1974*. – Bamako (Mali), ministère du Plan et des transports, direction nationale de la Statistique et de l'informatique, mars, 225 p.
- DP et DPS, 1991. – *Tableau de bord annuel de la situation sociale au Sénégal, 1991*. – Dakar (Sénégal), ministère de l'Économie, des finances et du plan, direction de la Planification et direction de la Prévision et de la statistique, pagination multiple.
- DPSS, 1989. – *Annales de la santé 1989*. – Abidjan (Côte d'Ivoire), Ministère de la Santé et de la population, direction de la Planification et de la statistique sanitaires, sans date, 187 p.
- ENMP, 1980. – *État de santé des populations riveraines avant la mise en eau du barrage de Sélingué (mars 1980)*. – Bamako (Mali), PNUD/École nationale de médecine et de pharmacie/Autorité pour l'aménagement du barrage de Sélingué, sans date, 2 vol., 400 p. + annexes.
- ENMP, 1981. – *Évaluation sanitaire des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita (Mali 1981), Projet de développement sanitaire*. – Bamako, Banque mondiale/École nationale de médecine et de pharmacie, sans date, 360 p.
- FRANCE ET CÔTE D'IVOIRE, 1991. – *Projet Santé Abidjan 1992-1996*. – Abidjan/Paris, ministère de la Coopération et du développement/ministère de la Santé et de la protection sociale, s.d., 163 p.
- GALLAGHER Mark, 1994. – "Government Spending in Africa: a Retrospective of the 1980s", *Journal of African Economies*, vol. 3, n° 1, p. 63-91.
- GARENNE Michel et VAN GINNEKEN Jeroen, 1994. – "Enquêtes rétrospectives et suivi longitudinal, comparaison sur les Serer", in : CHARBIT Yves et NDIAYE Salif, *La population du Sénégal*, p. 385-407. – Dakar/Paris, DPS/CERPAA, 618 p.

- GLEWWE Paul, 1991. – "Investigating the determinants of household welfare in the Côte d'Ivoire", *Journal of Development Economics*, vol. 35, p. 307-337.
- GROOTAERT Christiaan, 1993. – *The evolution of welfare and poverty under structural change and economic recession in Côte d'Ivoire 1985-1988*. – Washington, Banque mondiale, janvier, 114 p. (WPS 1078).
- GROOTAERT Christiaan et KANBUR Ravi, 1993. – *The lucky few amidst economic decline, distributional change in Côte d'Ivoire as seen through panel data sets 1985-1988*. – Washington, Banque mondiale, janvier, 114 p. (WPS 1113).
- HOGAN Robert C. et al., 1977. – Sahel Nutrition Surveys, 1974 and 1975, *Disasters*, vol. 1, n° 2, p. 117-124.
- HUNTER John M. et ARBONA Sonia, 1984. – "Disease rate as an artefact of the health care system, tuberculosis in Puerto Rico", *Social Science and Medicine*, vol. 19, n° 9, p. 997-1008.
- INSD, 1993. – *Annuaire statistique du Burkina Faso 1991-1992*. – Ouagadougou (Burkina Faso), Institut national de la statistique et de la démographie, décembre, 258 p.
- JAMISON Dean, MOSLEY Henry, MEASHAM Anthony et BOBADILLA Jose Luis, 1993. – *Disease control priorities in developing countries*. – Oxford, Oxford Medical Publications/Banque mondiale, 746p.
- KANBUR Ravi, 1990. – *Poverty and the social dimensions of structural adjustment in Côte d'Ivoire*. – Washington, Banque mondiale, 60 p. (Social dimensions of adjustment working paper, n° 2).
- KANJI Najmi, KANJI Nazneen et MANZI Firoze, 1991. – "From development to sustained crisis : structural adjustment, equity and health", *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 9, p. 985-993.
- KEITA Bintou, 1988. – *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*. – Bamako, ENMP, xvi p. + 80 p. (Thèse de médecine).
- KONATÉ Désiré Lohé, SINARÉ Tinga et SÉROUSSI Michka, 1994. – *Enquête démographique et de santé Burkina-Faso 1993*. – Ouagadougou (Burkina Faso)/Calverton (Maryland, États-Unis), Institut national de la statistique et de la démographie/Macro International Inc., juin, 296 p.
- KOURGUENI Idrissa Alichina, GARBA Bassirou et BARRÈRE Bernard, 1993. – *Enquête démographique et de santé, Niger 1992*. – Niamey (Niger)/Columbia (Maryland, États-Unis), Direction de la statistique et des comptes nationaux/Macro International Inc., septembre, 296 p.
- KOZEL Valérie, 1990. – *The Composition and Distribution of Income in Côte d'Ivoire*. – Washington, Banque mondiale, 74 p. (LSMS Working Paper n° 68).
- L'Essor*, 8 février 1988, p. 8.
- MALI, 1991. – *Communiqué de presse relative (sic !) à la publication des résultats de l'analyse des données du second recensement*. – Bamako, sans date, 1 p.
- MALI, 1994a. – *Projet santé, population et hydraulique rurale : Rapport d'évaluation à mi-parcours*. – Bamako, ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées, décembre, 134 p. + annexes.
- MALI, 1994b. – *Assurer la disponibilité du médicament essentiel au prix le plus bas après la dévaluation*. – Bamako, ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées, avril, 69 p. (Rapport du groupe de travail constitué le 4 mars 1994).
- MARTIN John, 1987. – *Financing health services in developing countries, an agenda for reform, a World Bank policy study*. – Washington, Banque mondiale, VI p. + 93 p.

- MASHAYEKHI Adnan, 1981. – *A study of the financing of the health sector in Senegal*. – Washington, Banque mondiale, département de la Population, de la santé et de la nutrition, octobre, 92 p.
- MCLEES Suzanne, 1994. – *A survey of costs, revenues, and staffing at PHC health facilities in three provinces of Burkina Faso*. – Alberta, Abt Associates Inc, août, 27 p. (HFS Project, Technical Note n° 30).
- MESLÉ France et VALLIN Jacques, 1995. – *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*. – Paris, CEPED, 26 p. (Les Dossiers du CEPED, n° 30).
- Mesures d'accompagnement relatives à l'accélération de la revitalisation des soins de santé primaires suivant l'approche Initiative de Bamako (IB)*, s.d., 5 p.
- MONDOUT-BERNARD Jacqueline, 1980. – *Satisfaction des besoins alimentaires et développement agricole du Mali. Tome 1 : Résultats d'enquêtes de consommation alimentaire ; Tome 2 : Résultats d'enquêtes médicales et nutritionnelles*. (MONJOUR Loïc et KARAM Marc, col.). – Paris, OCDE, 200 p. + 91 p.
- NAUDET Jean-David, 1992. – *Peuplement et économie en Afrique de l'Ouest (1960-1990), Étude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest*. – Paris, OCDE/CILSS, novembre, 51 p. + annexes. (Document de travail n° 6, SAH/D(93)406).
- NDIAYE Salif, DIOUF Papa Demba et AYAD Mohamed, 1994. – *Enquête démographique et de santé (EDS-II) 1992/1993*. – Dakar (Sénégal)/Calverton (Maryland, États-Unis), DPS, DSD/Macro International Inc., avril, 284 p.
- NDIAYE Salif, DIOUF Papa Demba et AYAD Mohamed, 1988. – *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986*. – Dakar/Washington, DS, DED/IRD, Westinghouse, mars, 173 p.
- NIGER, 1985. – *Le système de santé au Niger*. – Niamey, ministère de la Santé/ministère du Plan, avril, 102 p.
- NIGER, 1985. – *Enquête nationale sur la morbidité et la mortalité*. – Niamey, ministère de la Santé publique, 112 p.
- NIGER, 1987. – *Enquête nationale sur l'utilisation des services de santé*. – Niamey, ministère de la Santé publique, 87 p.
- NIGER, 1988. – *Enquête auprès des patients de l'hôpital national de Niamey*. – Niamey, ministère de la Santé publique, 54 p.
- NIGER, 1989. – *Rapport de synthèse sur la préparation du 2ème PAS, 20 avril 1989*. – Niamey, Secrétariat permanent du PAS, 52 p.
- OGBU Osita et GALLAGHER Mark, 1992. – "Public expenditure and health care in Africa", *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 6, p. 615-624.
- PEDERSEN Jon, 1995. – "Drought, migration and population growth in the Sahel : the case of the Malian Gourma, 1900-1991", *Population Studies*, vol. 49, p. 111-126.
- SÉNÉGAL, 1993. – *Communication du Ministre Assane DIOP au Conseil interministériel sur la santé et l'action sociale, septembre 1993*. – Dakar, ministère de la Santé et de l'action sociale, 72 p. + annexes.
- SÉNÉGAL, 1995. – *Revue des flux physiques et financiers de la PNA, Rapport provisoire (février 1995)*. – Dakar, FINORG, 62 p. + annexes
- SUMMERS Robert et HESTON Alan, 1988. – "A new set of international comparisons of real product and price levels estimates for 130 countries, 1950-1985", *The Review of Income and Wealth*, vol. 34, n° 1, p. 1-25. (Accompagné de trois disquettes de tableaux).
- SUNDBERG Shally, 1988. – *Aperçu de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle au Mali*. – Bamako, mars, 47 p. + annexes. (Rapport présenté au bureau chargé du développement agricole de l'USAID/Mali).

## APRÈS QUINZE ANS D'AJUSTEMENT

- SOW Boubacar, 1994. – *Enquête sur la volonté et la capacité des ménages à payer pour les soins de santé dans trois des provinces du Burkina Faso.* – Ouagadougou, HFS Project/Abt Associates Inc, août, 53 p. + annexe. (Note technique 34F).
- TRAORÉ Baba, KONATÉ Mamadou et STANTON Cynthia, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987.* – Bamako/Columbia (Maryland, États-Unis), Institut du Sahel, CERPOD/IRD Westinghouse, 187 p.
- VALLIN Jacques (dir.), 1985. – *Populations africaines et sida.* – Paris, La Découverte/CEPED, 224 p.
- WANG'OMBE Joseph K., 1995. – "The 'permanent project syndrome', a counter productive consequence of philanthropy", *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 5, p. 603-604.
- WONG Holly et MCINNIS D. Keith, 1991. – *Niger public expenditure review, the health sector.* – Atlanta, Abt Associates, mai, 135 p.
- ZAGRE Pascal, 1994. – *Les politiques économiques du Burkina Faso, une tradition d'ajustement structurel.* – Paris, Karthala, 244 p.



Les Études du Ceped n° 13

Sous la direction de  
Jean COUSSY et Jacques VALLIN

# CRISE ET POPULATION EN AFRIQUE

Crises économiques, politiques d'ajustement  
et dynamiques démographiques



Centre français sur la population et le développement  
(EHESS - INED - INSEE - ORSTOM - Université Paris VI)

1996