

SANTE ET DEVELOPPMENT DURABLE
PROPOSITION D'UNE GRILLE DE LECTURE DE LA CONTRIBUTION DES POLITIQUES DE
SANTE AU DEVELOPPMENT DURABLE

Stéphane TIZIO

Résumé

Économie du développement et économie de la santé ont évolué selon des dynamiques qui leurs sont propres. Les questions concernant le rôle de la santé dans les pays en développement, si elles n'ont pas eu autrefois le retentissement qu'elles revêtent aujourd'hui, ont malgré cela concerné un assez grand nombre de spécialistes. Les approches en termes de capital humain, de croissance endogène... tendent actuellement à reconnaître la santé et l'éducation comme des piliers du développement humain. Mais l'objectif de développement, qualifié depuis le rapport Bruntland, de "durable", fait-il place au développement des systèmes de santé ? L'objectif de ce papier est double : d'une part, il consiste à tenter une clarification du concept de développement durable en général et à identifier le(s) rôle(s) de la santé et des politiques sanitaires dans la poursuite de cet objectif. D'autre part, on tente d'évaluer les différents modèles de politique sanitaire à l'aune de la durabilité du développement. On propose alors une grille de lecture des politiques sanitaires qui permet d'un côté, d'identifier les conditions selon lesquelles les politiques sanitaires sont "durables" et qui, d'un autre côté, permet d'identifier les raisons des échecs des politiques passées et de mettre en doute la viabilité des réformes actuelles.

Mots clés : Pays en développement, politique de santé, développement durable

Abstract

Development economics and health economics evolved according to dynamics which their are appropriate. The issues concerning the role of health in developing countries, if they had formerly no echo which they take on today, nevertheless concerned a rather big number of specialists. The approaches in terms of human capital, endogenous growth... tend today to recognise health and education as pillars of human development. But the objective of development, qualified since the Bruntland 's report, of "sustainable", does it give way to the development of health systems? The aim of this paper is double: on one hand, it consists in tempting a clarification of the concept of sustainable development generally, and in identifying the role (s) of health and health policies in the achievement of this objective. On the other hand, one tries to estimate the various models of health policies at the ell of the sustainability of the development. One proposes then a framework of health policies which allows on a side, to identify the conditions according to which health policies are "sustainable" and which, on another side, allows to identify the reasons of failures of the last policies and to question the viability of current reforms.

Key words : Developing countries, health policy, sustainable development

Les relations qu'entretient la santé avec le développement sont depuis longtemps reconnues par les scientifiques (Guillaumont 1985). Mais la recherche dans le champ de la santé dans les pays en développement, qui s'intéressait aux impacts de l'état de santé des populations sur les variables macroéconomiques, adopte aujourd'hui une perspective davantage microéconomique d'analyse des systèmes de santé. Par ailleurs, la notion de développement a, elle-aussi, évolué selon une dynamique qui lui est propre. A la notion de développement compris comme croissance économique a succédé le concept de développement "humain", puis enfin de développement "durable".

Les questions sanitaires ne sont pas étrangères à l'objectif de développement durable, affiché depuis maintenant une dizaine d'années par les organisations internationales. La conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992) affirme en effet que "la santé et le développement sont étroitement liés" Les domaines d'activité des nations poursuivant l'objectif de développement durable en matière de santé contiennent entre autres la "satisfaction des besoins en termes de soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales", et la "protection des groupes vulnérables". Cependant, la définition même de développement durable ne semble pas stabilisée : il est possible de retrouver cette expression dans des domaines forts éloignés de l'économie du développement, tels que par exemple la stratégie d'entreprise (Oliver 2001), ou la climatologie ou encore l'écologie (Garde-Bentaleb et alii. 2002, Kaygusus, 2002). En considérant toutefois la définition du développement durable, fournie par Sachs (1994), il apparaît que cette notion intègre des dimensions économique (plus grande efficacité) et sociale (équité). Malgré ce flou concernant les définitions du concept, le processus de développement durable peut s'identifier, selon nous, à l'autoentretien d'un "cercle vertueux" entre croissance économique et développement humain. Quel(s) rôle(s) jouent la santé et les politiques de santé dans le développement durable des pays d'Afrique subsaharienne? Telle est la question qui sous-tend notre réflexion ici.

Le sous-continent africain est en effet depuis une trentaine d'année un terrain d'expérimentation des réformes des systèmes nationaux de santé. Les politiques sanitaires poursuivent, depuis les années 70, un objectif de "santé pour tous". Cet objectif va pourtant se trouver dévoyé, au fil des différentes réformes des systèmes de santé, pour des raisons qui tiennent entre autres à l'implication grandissante d'institutions internationales dans les politiques des pays et à la situation économique même de l'ensemble du sous-continent africain. On cherche à montrer que les politiques sanitaires menées depuis 1979 ont échoué parce qu'elles ne prenaient pas suffisamment en considération leur rôle dans la "durabilité" du développement. Les réflexions actuelles, qui cherchent à fonder les politiques sanitaires sur des approches contractuelles gagneraient certainement à envisager cette dimension.

Une première relecture des relations entre croissance, développement et santé nous permettra, dans un premier temps d'identifier le rôle central joué par les politiques de santé dans le développement durable et de dresser une première grille de lecture des politiques qui permet d'identifier à son tour les conditions d'une politique de santé "durable". Dans un second temps, cette grille de lecture permet d'appréhender les échecs des modèles polaires de politique sanitaire (étatisés, puis marchandisés) dans le sens de la durabilité du développement. Le troisième temps de cet article sera consacré aux approches actuelles. Il met en exergue une dimension négligée par ces dernières, la dimension politique ou démocratique. Démocratie sans laquelle la viabilité à moyen

terme des politiques de santé, et donc de leur contribution au développement durable, semble hypothéquée.

I UN ROLE CENTRAL DES POLITIQUES DE SANTE DANS LE DEVELOPPEMENT DURABLE : UNE GRILLE DE LECTURE NORMATIVE

I. 1 Développement durable et santé : prolégomènes

Avant de passer à l'analyse des relations entre santé et développement, il convient tout d'abord de revenir en quelques lignes sur la notion de développement. En effet, le terme de "développement" est polysémique : plusieurs conceptions, attachées au développement s'affrontent, à la fois dans le temps, mais aussi selon les différentes écoles de pensée. Hugon (1989) qualifie le développement de "notion à géométrie variable" :

1.11 Le développement : une notion à géométrie variable

On peut tout d'abord assimiler le développement à la croissance économique. Dans cette perspective, le développement est mesuré à l'aune de l'augmentation du PIB, ou du PIB par tête. D'autres indicateurs connexes sont utilisables pour quantifier le développement, comme la croissance de la productivité des facteurs.

Le développement fait ensuite référence à la croissance économique à laquelle on ajoute une dimension d'équité. Cette conception n'est pas unifiée, tant il est vrai que peuvent se ranger dans cette perspective, les conceptions structuralistes de Perroux (1961) - pour lequel le développement fait référence au changement des structures conduisant un accroissement du produit par tête- et celles de Sen (1981) et du PNUD (1990) pour lesquels le développement est le processus d'expansion des capacités, c'est à dire d'élargissement des possibilités offertes à chacun.¹

Enfin, le développement caractérise, dans une acceptation davantage sociologique, un projet de société. Le développement est alors une dynamique sociale d'une société qui entre dans un nouveau type de civilisation, ou encore un mouvement par lequel les peuples se constituent comme sujets historiques de leur avenir (Penouil 1979, Goussault 1985).

Malgré cette polysémie, deux grandes tendances se dégagent cependant, quant à la conception du développement.

La première stipule que le développement est un développement économique. Elle assimile, dans la tradition classique, développement et croissance des richesses matérielles. Il n'y aurait, selon cette perspective aucune spécificité de l'économie du développement, relativement à la théorie économique. Les modèles de croissance, de préférence néo-classiques, deviennent ainsi autant de modèles de développement. De cette première tendance, découlent les modèles de développement utilisés par la Banque Mondiale ou le FMI et, au plan de la politique économique, une focalisation sur l'équilibre monétaire et toute mesure qui, sous cette contrainte, conduit à l'expansion de la richesse nationale.

A cette conception s'oppose celle qui considère que la mesure du développement ne se limite aucunement à l'accroissement du produit national par tête. Le développement devient un processus centré sur l'homme – d'où la dénomination de développement "humain" - et sur son bien-être au sens large. Le développement devient un processus centré sur l'homme – d'où sa dénomination de développement humain - et sur son bien être au sens large. Ainsi, *"les individus sont la véritable*

¹ *"The basic objective of development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy, and creatives lives"* Le PNUD définit ainsi le développement comme un processus d'extension des choix individuels *"a process of enlarging people 's choices"* (PNUD 1990).

richesse d'une nation. Le développement doit donc être un processus qui conduit à l'élargissement des possibilités offertes à chacun. Il a pour objectif fondamental de créer un environnement qui offre aux populations la possibilité de vivre longtemps, et en bonne santé, d'acquérir les connaissances qui les aideront dans leurs choix et d'avoir accès aux ressources leur assurant un niveau de vie décent" (PNUD 1990). Dans cette dernière perspective, la croissance économique est alors un facteur nécessaire quoique non suffisant de développement. Cette conception, défendue entre autres par Sen et le PNUD, appelle la prise en considération d'une palette de déterminants plus large que les seuls déterminants économiques traditionnels et intègre les dimensions sociale, culturelle, politique et éthique du développement (Mahieu 2000).

Aujourd'hui, on associe volontiers au développement le qualificatif de "durable", traduction approximative de l'anglais "sustainable". Ce développement durable n'est pourtant pas un concept vraiment nouveau. Il est fondé sur les conceptions du développement humain, médiatisées par le PNUD.

1.12 Définitions du développement durable : un essai de clarification

Le développement durable apparaît dans les années 80 en résonance avec une double prise de conscience. D'une part, les différents promoteurs du développement se sont rendus à l'évidence de la limitation du stock de ressources naturelles. D'autre part, le processus de développement, centré sur la croissance économique produit des externalités négatives. Ces deux phénomènes concourent alors à la remise en cause à long terme de la pérennité de la croissance économique et de la continuation du processus de développement. Le rapport Brundtland de 1987, intitulé "our common future" popularise le concept de développement durable (WECD 1987).

Le développement à la fois humain et durable possède trois dimensions : une dimension environnementale, selon laquelle les ressources naturelles limitées doivent être protégées. Une dimension économique ensuite, selon laquelle le développement passe également par une croissance régulière, une dimension sociale enfin, selon laquelle les conditions de vie doivent être améliorées. Ces trois dimensions du développement durable sont en outre en interaction. Les stratégies de développement sont alors appelées à les intégrer.

La perspective ouverte par le rapport Brundtland conduit à s'intéresser à quatre grands problèmes : premièrement, il existe des interactions entre les domaines de l'économique, du social et de l'écologie. Ainsi, une analyse de la pérennité du développement doit prendre en considération les relations entre ces grands domaines. Deuxièmement, certaines irréversibilités, en particulier environnementales et sociales sont à l'origine de situations socio-économiques qui hypothèquent le retour à une situation de stabilité favorable au développement à long terme. L'extrême pauvreté, les phénomènes d'exclusion sociale, les guerres civiles en sont des illustrations particulièrement flagrantes. Troisièmement, la problématique de l'équité est étendue aux générations futures. En effet, l'accumulation actuelle de capital humain et de capital social conditionne directement le bien-être des générations à venir. La nécessité se fait jour alors d'une définition à la fois courante et intergénérationnelle des règles de partage équitable du bien-être. Quatrièmement enfin, la multiplicité des facteurs intervenant dans la pérennité du développement engendre un risque sur les résultats attendus des stratégies de développement et accroît la vulnérabilité des populations. Des critères généraux de choix, entre les différentes stratégies possibles sont alors nécessaires. Le principe de précaution, selon lequel les choix sont orientés vers les alternatives les plus prudentes est alors un de ces critères généraux de décision.

Il apparaît ainsi que le développement durable est une approche intergénérationnelle et qualitative de l'évolution des sociétés. Il est important de léguer aux générations futures, un environnement écologique, économique et social au moins aussi bon qu'aujourd'hui. En adoptant une terminologie économique, on peut dire que le développement durable repose sur l'accumulation

de capital sous ses différentes formes, principalement le capital physique, humain et social. Le capital physique est la forme du capital la plus courante pour les économistes : ce sont les facteurs matériels de production au sens traditionnel du terme. Le capital humain est un concept forgé par Schultz (1961) et Becker (1964) qui retrace les effets sur l'individu de son éducation et de sa santé. La formation et l'accumulation de ce capital humain résulte de la durée d'étude ou de formation et d'une alimentation et de soins de santé "consommés". Le capital social (Bourdieu 1979, Coleman 1988) quant à lui a trait aux interactions qui existent dans la société entre les individus qui partagent un ensemble de normes de valeurs communes. une partie de ce capital peut être utilisée afin de permettre à une personne d'en obtenir un rendement, sous différentes formes, telles que l'accès à l'information, à l'emploi, l'accès à un certain nombre de transferts en numéraire ou en nature... Cette forme de capital sert par ailleurs de support à l'accumulation du capital humain et de mode de transfert de ce capital entre les générations (Dubois, Mahieu, Poussard 2001).

1.13 Deux perspectives pour le développement durable

Il est possible, à l'instar de Heidiger (2000), de distinguer deux approches théoriques du développement durable. L'une dérive du courant libéral dominant – version faible du développement durable - l'autre adopte une perspective davantage hétérodoxe – version forte de la durabilité.²

Les conceptions "faibles" du développement durable

Pour le mainstream, les formes de capital – physique, humain et social - sont substituables. La durabilité du développement implique alors que le stock de capital total s'accroisse dans le temps. Le mouvement des prix, qui valorise les ressources selon leur rareté devrait permettre cette substitution entre les différentes formes de capital, à l'avantage de la plus abondante, la plus rare se trouvant délaissée, du fait de son prix devenu prohibitif. Il en découle une conception des politiques de développement centrées sur les équilibres budgétaires : Ainsi, la durabilité du développement est-elle mesurée par l'aptitude nationale à gérer correctement la balance des paiements et les principaux agrégats macroéconomiques. Pour développer cette conception, il est nécessaire de remonter dans les années 80, et les politiques préconisées par le Fonds Monétaire International.

La conception exclusivement macroéconomique du développement durable n'est en effet pas nouvelle, dans la mesure où elle fonde les politiques qui visent à l'ajustement structurel des économies en développement. L'objectif des années 80 était bien d'assurer les conditions d'une balance des paiements durable, où tout déficit est couvert par des flux de capitaux durables. En d'autres termes, il convenait de s'assurer que les transferts volontaires en capital des pays développés étaient compatibles avec le service de la dette des pays en développement. Pour cette raison, les interventions publiques furent jugées déséquilibrantes : les dépenses publiques excessives, induisaient un excès de demande domestique, incompatible avec les entrées de capitaux étrangers. La modification dans la répartition des ressources au détriment de la rentabilisation des capitaux privés induisait en outre une fuite des capitaux domestiques, et une désincitation aux investissements directs étrangers. Les politiques d'ajustement structurel visaient alors un premier objectif de stabilisation selon lequel les gouvernements devaient contribuer à réduire la demande, afin d'épuiser le déficit du compte courant de la balance des paiements, et un second objectif d'ajustement et d'intégration des états dans le commerce international, en limitant les distorsions des prix induites par les subventions à la production ou à la consommation, en limitant les interventions

² Nous ne reprenons pas en intégralité la typologie des "différents" développements durables de Heidiger : nous en retiendrons seulement une distinction entre forte et faible durabilité. En ce qui le concerne, Heidiger affine cette typologie pour distinguer le développement très faiblement durable – "*very weak sustainability*" et le développement très fortement durable – "*very strong sustainability*".

publiques, et en augmentant les capacités privées de production, susceptibles d'attirer les investissements directs étrangers.

Les conceptions "fortes" du développement durable

Le courant hétérodoxe en revanche revendique une version forte de la durabilité, induite par la complémentarité entre les formes de capital. Le développement implique de maintenir le capital total à un niveau supérieur au minimum, tout en veillant à sa composition. Ceci implique que la croissance économique – accumulation du capital économique – ne peut s'effectuer au détriment du capital humain ni du capital social. La perspective de "l'écodéveloppement" (Sachs 1993) qui consiste en un *"développement des populations par elles-mêmes utilisant au mieux les ressources naturelles, s'adaptant à un environnement quelles transforment sans le détruire"*, s'inscrit dans les conceptions fortes du développement durable, au même titre que le rapport Brundtland (WECD 1987) qui met au premier plan la nécessité de *"répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs"*. Ces conceptions du développement sont en rupture avec l'idéologie dominante depuis la deuxième guerre mondiale qui assimile le développement à l'accroissement du revenu et à l'industrialisation. Elles prennent en considérations d'autres dimensions du bien être telles que la conservation de l'environnement biophysique, l'équité, la participation politique à la vie de la cité... et impliquent ainsi une transformation graduelle de la société et de l'économie. (Elamé 2001).

C'est ainsi que le PNUD associe au développement humain durable, dans la perspective ouverte par Sen, la capacité à s'approprier et à gérer le développement – capacity building -. Dans les années 90, cette hétérodoxie a conquis les agences internationales de développement, telles que la BIRD qui préconise des approches nationales des "programmes de développement". Cette perspective conduit à identifier trois axes selon lesquels le développement doit être conduit. Tout d'abord le développement est à la fois humain et durable. L'homme est placé au cœur de la réflexion, tant dans les objectifs – développement des capacités – que dans les méthodes – la mesure du développement n'est pas réductible à la mesure macro sociale de l'IDH. Par ailleurs, le développement est durable dans le sens où il implique la préservation de l'environnement physique et social dans la conception même des stratégies de développement. Ensuite, la perspective adoptée par le PNUD implique une approche institutionnelle du développement. La réforme des institutions des économies du Sud signifie entre autres choses une participation accrue de la société civile à la gestion de l'économie nationale. Enfin, la capacité à gérer le développement est une question essentielle posée par cette approche. Dans quelle mesure les institutions et les individus sont-ils assez organisés pour accompagner et impulser le processus de développement?

I. 2 Santé, croissance et développement humain : des relations complexes

La santé n'est pas à proprement parler intégrée en tant que déterminant spécifique du développement. Néanmoins, en adoptant un point de vue restrictif qui sera celui de l'assimilation de la santé au capital humain, on trouve un assez grand nombre d'études empiriques qui montrent que la causalité entre croissance économique et développement humain fonctionne dans les deux sens. Au plan théorique, cette relation bi univoque était déjà depuis longtemps mise en évidence *"Conséquence du développement économique, l'augmentation des dépenses de santé peut aussi être interprétée comme l'une de ses conditions"* (Gadreau 1983)³

1.21 les liens entre croissance économique et développement humain

La croissance économique joue sur le développement humain de manière directe et indirecte. Les liens directs sont de trois ordres : tout d'abord, la croissance engendre des modifications dans

³ Cette double causalité est mise en avant par Gadreau pour les pays développés, mais d'autres analyses ont conduit aux mêmes conclusions pour les pays en développement (cf. par exemple, Behrman et Deolalikar (1988))

les comportements des ménages, en particulier par le biais de la hausse de leur propension à consommer. Ensuite, la croissance économique induit aussi des modifications dans les comportements des autorités publiques : l'afflux de recettes fiscales additionnelles, générées par la croissance de la production, permet aux États une marge de manœuvre plus importante pour augmenter les dépenses publiques affectées aux consommations qui améliorent le développement humain – telles que les dépenses de santé et d'éducation, par exemple - . Enfin, la croissance économique induit des modifications dans le rôle et l'action de la société civile – les Organisations Non Gouvernementales -. L'impact des ONG sur l'amélioration du développement humain semble toutefois devoir être relativisé d'emblée, tant il est vrai que leur action dépend de facteurs qui sont propres à chaque pays et à chaque organisation – facteurs historiques, culturels...-. on peut cependant penser que la croissance économique favorise le "capacity building" et l'adaptation des différentes institutions aux objectifs du développement humain.

De manière indirecte, la croissance économique s'accompagne d'une réduction de la pauvreté : ce lien est d'autant plus fort que la distribution du revenu national est équilibrée.⁴Cette réduction de la pauvreté est favorable à l'augmentation des dépenses de santé et d'éducation qui, à leur tour, favorisent le développement humain.

L'intensité du lien entre la hausse des revenus des ménages et l'augmentation de leurs dépenses en capital humain est liée au sexe de la personne qui contrôle ces dépenses. L'évidence montre que ce lien est d'autant plus intense que le contrôle des dépenses du ménage est attribué à une femme.

Concernant les modifications de comportement des autorités publiques, l'intensité du lien entre l'augmentation des dépenses publiques et l'amélioration du développement humain dépend de plusieurs facteurs : tout d'abord et de manière fondamentale, il est nécessaire que l'augmentation du revenu national s'accompagne d'une augmentation des recettes fiscales. A cet égard, l'organisation des services fiscaux doit permettre une efficacité maximale du prélèvement sur les revenus : en d'autres termes, la méthode de prélèvement de l'impôt doit être assez simple pour que les coûts de gestion de la fiscalité ne viennent pas amputer de manière excessive les recettes générées. La répartition des dépenses publiques est ensuite un déterminant important de l'amélioration du développement humain : selon l'affectation des ressources additionnelles, l'effet d'une hausse de la dépense publique sur le développement humain est différent. Les recettes fiscales collectées doivent donc en priorité être affectées à des dépenses en santé et en éducation, afin que leur impact soit maximal.⁵Enfin, les pratiques clientélistes, la corruption et les luttes de pouvoirs à l'intérieur du secteur administratif sont à prendre en considération, sachant que l'efficacité de la dépense publique sera d'autant moindre que ces comportements sont nombreux. A ce niveau, la décentralisation semble apporter une réponse à l'amélioration de l'efficacité du prélèvement fiscal : elle permet de rapprocher géographiquement la collecte de l'utilisation des ressources. Par ailleurs, la décentralisation permet d'orienter plus finement les dépenses publiques en direction des actions de développement humain, directement en liaison avec les acteurs de terrain – professionnels de santé, population, enseignants... -. Néanmoins, les tentatives de validation empiriques de ce lien positif entre décentralisation et développement humain sont sujettes à caution.⁶

⁴ Le Lien entre la réduction des inégalités et l'accroissement du niveau de l'état de santé est mis en évidence, tant pour les pays développés que pour les pays en développement. Pour une revue de la littérature, voir Ulman (1999) et le rapport du PNUD (1996).

⁵ Il s'agit en particulier de statuer sur le poids du service de la dette extérieure et d'éviter que cette génération de recettes fiscales soit affectée au service de la dette. Le désendettement ne constitue pas forcément une priorité, dans la perspective d'une amélioration du développement humain.

⁶ Certaines expériences de décentralisation ont été menées avec succès. En Malaisie, en Inde ou au Chili par exemple, la décentralisation administrative semble avoir des effets positifs sur le niveau de développement humain ; en revanche, ce n'est pas le cas dans d'autres pays, comme l'Argentine, le Brésil ou le Bangladesh.

Une étude, menée en longue période par Ranis et alii.(2001) conduit à trois résultats : premièrement, l'augmentation du revenu par tête améliore significativement le niveau de développement humain : un point de croissance du revenu par tête entraînerait un gain en espérance de vie de trois points. Deuxièmement, l'augmentation de dépenses sociales favorise également le développement humain. Troisièmement enfin, et de manière contre intuitive, la distribution des revenus n'a pas d'effet significatif sur le niveau de développement humain. Néanmoins, ce résultat reste à relativiser selon les différentes régions.⁷

1.22 La santé influence positivement la croissance économique et le développement humain

Le niveau de développement humain affecte également la croissance économique, et ceci de manière plus directe que dans le premier cas. Une population bien nourrie, bien soignée et bien éduquée est en effet un facteur déterminant de la croissance économique. L'augmentation de la productivité du travail, induite par l'amélioration des "capabilités" (Sen op. cit.) des individus, génère une augmentation du revenu national.

Concernant la santé, elle produit une amélioration des capacités individuelles de développement personnel, ceci tant au plan physique, qu'intellectuel et émotionnel (WHO 2001). Elle permet également d'assurer aux individus une certaine sécurité économique dans l'avenir. La santé est ainsi, dans cette perspective un input de la croissance économique et du développement humain à long terme. Le tableau suivant souligne que les pays doté d'un mauvais état de santé ont été incapables d'obtenir des taux de croissance moyens importants. Les pays les moins avancés – PNB par tête initial inférieur à 750 \$ par tête et mortalité infantile supérieure à 15% - sont d'ailleurs dans des situations de récession.

Taux de mortalité infantile initiale (1965)	Inférieure ou égale à 50 p. mille	entre 50 et 100 p. mille	entre 100 et 150 p. mille	supérieure à 150 p. mille
PNB/habitant initial (1965)*	Taux moyen de croissance annuelle (période 1965 – 1994)			
PNB < 750	-	3,7	1,0	0,1
750 < PNB < 1500	-	3,4	1,1	-0,7
1500 < PNB < 3000	5,9	1,8	1,1	2,5
3000 < PNB < 6000	2,8	1,7	0,3	-
PNB > 6000	1,9	-0,5	-	-

*en US\$ 1990 à parité de pouvoir d'achat

Source adapté de WHO 2001, p. 23.

Les modèles de croissance macroéconomiques qui utilisent la santé (Barro, Sala-i-Martin (1995), Bloom, Sachs (1998)) s'accordent d'ailleurs sur le fait qu'une augmentation de 10% de l'espérance de vie induit une croissance du PNB de 0,3 à 0,4 points. Le différentiel d'états de santé

⁷ Il semblerait en effet que la distribution des revenus ne soit pas significativement corrélée aux améliorations du niveau de développement humain – mesurés par les gains en espérance de vie -. Cependant, dans le cas des régions les plus défavorisées au départ, telle que l'Afrique subsaharienne ou l'Amérique Latine, la variable distribution des revenus devient au contraire significative.

explique d'ailleurs une grande part des écart de croissance entre les différentes régions du monde (Bloom, Sachs op. cit.)⁸

La mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale. La maladie agit sur le développement de quatre manières principales : tout d'abord, elle engendre une perte de bien-être individuel, ensuite, la maladie d'aujourd'hui possède un impact non négligeable sur la vie de demain, ou la vie de la famille de l'individu malade. Enfin, la mauvaise santé revêt des aspects sociétaux.

En termes de bien-être, la maladie occasionne des perte de possibilité de consommation selon plusieurs canaux : les traitements médicaux sont coûteux et, en l'absence de couverture maladie – comme c'est le cas dans les pays les plus défavorisés – les sommes affectées amputent les revenus des ménages. La maladie entraîne également une perte de revenu courant du fait des absences au travail et une perte des revenus futurs du fait de la mort prématurée. Ces pertes de revenu font stagner la consommation individuelle et ne permettent pas d'alimenter la demande globale au niveau macroéconomique.⁹

Les conséquences de la maladie sur le cycle de vie ne sont pas négligeables : les infirmités mentales et physiques engendrées par les maladies infantiles se traduisent sur l'ensemble de la vie par des pertes de productivité individuelles. Une mauvaise santé durant l'enfance induit des difficultés à l'apprentissage qui se traduisent à l'âge adulte par des gains salariaux diminués.¹⁰ La hausse de la productivité du travail permise par l'emploi d'une main d'œuvre bien soignée et bien nourrie permettrait aux entreprises de réaliser des profits et aux investisseurs étrangers d'être moins frileux pour accorder les financements aux firmes des pays en développement. Cette corrélation forte entre la productivité du travail et la croissance économique est d'autant plus importante dans les pays en développement où le travail est surtout un travail manuel. Ainsi, une population en bonne santé voit son espérance de vie augmenter et son cycle de vie s'allonger. L'espérance de gains futurs augmente avec l'horizon de planification des individus qui sont alors d'autant mieux disposés à investir en éducation, en santé et à se constituer une épargne financière.

La maladie revêt en outre une dimension intergénérationnelle. Lorsque la maladie frappe un individu, elle peut avoir des répercussions sur les autres membres de la famille. Les enfants sont touchés en premier lieu par la maladie de leurs parents, dans la mesure où ces derniers ne peuvent plus assumer les dépenses afférentes à l'éducation, voire à l'alimentation des enfants. La démographie des pays en développement est caractérisée par un taux de mortalité infantile et par un taux de fécondité élevés : la prévalence des maladies infantiles est élevée – elle explique que le taux de mortalité infantile est élevé – et les familles prennent la décision de faire beaucoup plus d'enfants – taux de fécondité élevé -, dans la mesure où la probabilité de survie des enfants est faible. Ces comportements engendrent un cercle vicieux de trappe à pauvreté : en l'absence de couverture sociale familiale, les familles nombreuses ne peuvent allouer à chacun de leurs enfants qu'une part d'autant plus faible du revenu pour les éduquer et les nourrir. Leur probabilité de survie est donc d'autant plus basse que les fratries sont importantes et leur chance d'accéder à des revenus élevés d'autant plus faibles. Ces effets intergénérationnels au niveau microéconomique se traduisent au niveau macroéconomique par un fort accroissement naturel de la population avec un âge moyen faible. La population en âge de travailler, le PNB par tête et le taux d'épargne stagnent.

⁸ L'écart entre l'Afrique subsaharienne et l'Asie de l'Est est expliqué pour plus de la moitié par un différentiel de charge de morbidité, de situation démographique et géographique.

⁹ Les évaluations économiques en termes de Disability-Adjusted Life years (DALYs) concluent que un an de vie gagnée en bonne santé est considérablement supérieure à un an de revenus.

¹⁰ Une étude, menée par Strauss et Thomas (1998) confirme que la taille à l'âge adulte est fortement et positivement corrélée avec les gains salariaux. La taille adulte résulte quant à elle des conditions de nutrition pendant l'enfance. Un adulte de faible constitution est donc moins productif qu'un adulte bien nourri pendant son enfance.

Enfin, la maladie engendre des coûts élevés pour la société. Une morbidité élevée, à côté du turnover important de la main d'œuvre qu'elle engendre, décourage les investissements des entreprises, donc leur rentabilité et décourage le tourisme, source de revenus en devises. De plus, lorsqu'une proportion importante de la population est malade, les budgets publics sont affectés prioritairement aux dépenses de santé, au détriment des autres services sociaux. La confiance de la population envers les autorités publiques s'affaiblit, tandis que les services sociaux sont saturés.¹¹ La collecte des impôts est également d'autant plus difficile et d'autant moins efficace que l'activité économique décline. Par ailleurs, certaines études, menées en particulier par la CIA, font apparaître que les problèmes de santé se traduisent bien souvent par de l'instabilité politique – coups d'État, guerres civiles -.¹²

En définitive, le développement humain influence positivement la croissance économique si le niveau de l'investissement en capital humain est élevé, si la distribution des revenus est égalitaire – du moins en tendance – et si les choix de politique économique sont appropriés.¹³ Les diverses tentatives de validation empirique des effets du développement humain sur la croissance économique semblent confirmer ces différents faits stylisés. Toutefois, si l'impact du développement humain sur la croissance est positif, les coefficients de corrélation des différentes variables explicatives – niveau initial de développement humain, espérance de vie, taux d'alphabétisation et la valeur de l'IDH - restent faibles.

I. 3 Un rôle central de la politique de santé dans le développement durable : la proposition d'une grille de lecture

La durabilité du développement peut alors dans cette perspective se rapporter à la circularité des relations entre croissance économique et développement humain. Dans cette optique, un processus de développement durable serait matérialisé par le cercle vertueux croissance économique → développement humain → croissance économique → développement humain.... Un processus de développement non durable serait alors un processus dans lequel les liens entre croissance économique et développement humain se rompraient. Il est assez clair, au regard des analyses ci dessus que la croissance économique sans développement humain ne saurait aboutir à un processus cumulatif, préservant et augmentant à la fois le niveau des formes sociale, économique et environnementale du capital national. Si on excepte la dimension environnementale du développement durable, pour ne se concentrer que sur les formes économique et sociale du capital total, la circularité de la relation entre croissance et développement durable se noue autour de la politique économique. Sans un contrôle, même minimum, des autorités publiques, le bouclage du développement sur la croissance ne peut s'opérer : le modèle présenté supra ne détermine pas ce qui produit de la croissance économique. Autrement dit, l'amélioration des capacités, requise pour créer un environnement favorable à la croissance économique, ne peut se traduire par une élévation du produit national que dans la mesure où une politique de mise en valeur de ces capacités est en œuvre. une population bien nourrie et bien soignée participera-t-elle à la croissance économique si,

¹¹ cette situation est manifeste dans le cas de l'épidémie de SIDA qui frappe actuellement l'Afrique subsaharienne. L'OMS estime que hormis les millions de morts de cette maladie, le nombre d'orphelins est appelé à augmenter considérablement pour atteindre une quarantaine de millions à l'horizon 2010. La prise en charge de ces orphelins est un problème crucial pour les services sociaux des pays africains.

¹² Sur la période 1960 – 1994, 113 faillites des États ont été identifiées par la CIA dans les pays de plus de 500 000 habitants. Parmi les facteurs explicatifs de ces faillites de l'État, les plus significatifs sont le taux de mortalité infantile et le protectionnisme.

¹³ Cette adéquation des choix de politique économique est une affirmation normative. Néanmoins, il semble que le niveau d'éducation et de l'état de santé favorisent la prise de décision en matière d'investissement public en faveur des secteurs productifs qui génèrent de la croissance. Toutefois, il s'agit de nuancer cette affirmation en prenant en considération les possibles effets nocifs des comportements de clientélisme sur l'efficacité de la dépense publique en général.

par exemple, le marché du travail n'est pas favorable à l'emploi de cette main d'œuvre ? Une hausse de la productivité du travail n'est productive que si la force de travail est employée.

1.31 La santé et les politiques de santé au cœur d'un développement durable

En isolant le rôle de la santé dans la durabilité du développement, il résulte des études précédemment citées que la santé joue à la fois sur la croissance économique – par le biais de l'élévation de la productivité du travail qu'une amélioration de l'état de santé induit – et sur le développement humain lui-même – par l'extension du domaine des choix individuels qu'un meilleur état de santé permet -. Par ailleurs, tant la croissance que le développement humain ont une incidence sur l'état de santé de la population, à travers l'extension du système de santé et la satisfaction d'un nombre plus important de besoins de la population : la croissance économique permet en théorie d'accroître l'allocation des ressources dévolues au secteur de la santé. Le développement humain, entendu par exemple au sens de l'allongement de l'espérance de vie individuelle et de l'extension des capacités au sens de Sen, permet l'élévation du niveau de vie et permet aux individus de se préoccuper davantage de leur santé, ce qui contribue à faire augmenter la demande de santé et la fréquentation des unités de soins, générant un revenu additionnel dans ce secteur.

Il apparaît ainsi que la santé en tant qu'état, mais aussi en tant que système, est au cœur des liens qu'entretiennent santé et développement. Cette interface sanitaire permet donc de renforcer – ou d'affaiblir – les liens qui assurent l'auto-entretien d'un cercle vertueux de croissance et de développement, c'est-à-dire un développement durable.

Au plan macroéconomique, l'état de santé est à prendre en considération, mais l'organisation et le fonctionnement de système de santé constituent un enjeu majeur du développement durable. Les politiques de santé qui modifient à la fois l'organisation et le financement des systèmes de santé remplissent un rôle central dans la marche vers le développement durable : une politique de santé inadéquate, c'est à dire inefficace et/ ou inéquitable, peut contribuer à fragiliser le lien entre croissance économique et développement humain ; en revanche l'adéquation des politiques de santé à ces objectifs de croissance économique et de développement peut contribuer à renforcer la dynamique du lien biunivoque entre croissance et développement.

1.32 Vers une grille de lecture : contributions des politiques de santé au développement durable

Une politique de santé contribue au développement durable sous certaines conditions :

Tout d'abord, et de manière fondamentale, la politique de santé doit permettre une amélioration de l'état de santé des populations. C'est en fait la notion d'efficacité du système de santé qui est en question ici. Cette efficacité est en outre conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé stricto sensu, mais aussi en matière d'infrastructures – adéquation du nombre et de la qualité des services de santé, relativement aux besoins en termes de soins primaires et de soins hospitaliers -.

Ensuite, la politique sanitaire contribue au développement durable dès lors qu'elle permet de réduire les inégalités devant la santé. En effet, une redistribution inégalitaire du revenu influence négativement le développement humain, mais aussi la croissance. Cette inégalité financière est d'ailleurs l'apanage des pays en développement. Pour contrebalancer les effets négatifs d'une telle redistribution, les politiques de santé doivent contribuer à aplanir les obstacles à l'accessibilité aux soins. Les inégalités sont de deux ordres : elles sont financières d'une part et géographiques d'autre part. Une dimension d'équité est alors en question, équité assurée ou non par le fonctionnement et l'évolution du système de santé, identifiée alors comme un facteur déterminant de la durabilité du développement.

Une politique de santé contribue de plus au développement durable dans la mesure où elle vise et où elle assure la pérennité du financement du système de santé. La pérennité du financement permet en effet d'assurer la continuité des approvisionnements en biens médicaux, notamment en médicaments, mais elle doit permettre également le recouvrement des charges récurrentes ou non, comme l'entretien des locaux. La stabilité financière du système de santé permettrait en outre d'étendre le système lui-même – construction d'infrastructures nouvelles –, mais aussi son champ d'intervention – soins de nouvelles pathologies, extension du domaine de la santé publique... - Cette dimension financière de la durabilité du système de santé et donc du développement pose toutefois un certain nombre de questions qui relèvent des choix publics. Primo, qui finance la santé ? L'étude des différents systèmes de santé fait ressortir quatre grandes catégories d'acteurs : les ménages qui paient de leur propre poche les soins qui leurs sont dispensés, le secteur public qui finance tout ou partie des soins, le secteur privé, c'est à dire les compagnies d'assurance ou les mutuelles de santé et enfin les Organisations Non Gouvernementales, locales ou internationales.¹⁴ Il s'agit alors de statuer sur la contribution effective de l'organisation du financement à la pérennité financière du système de santé lui-même. Secundo, lorsque diverses sources de financement coexistent – c'est le cas le plus fréquent – il convient de s'interroger sur les rôles respectifs de chaque financeur dans le système de santé. Dans quelle mesure la catégorisation des acteurs, en relation avec les types d'interventions qu'ils financent, est-elle propre à favoriser la pérennité du financement des systèmes de santé ?¹⁵ Enfin, le mode de financement lui-même n'est pas neutre vis-à-vis de la pérennité des systèmes de santé. Au plan microéconomique, les modifications dans le mode de rémunération des producteurs de soins – paiement à l'acte, procédures de prépaiement individuels ou socialisés... - induisent des comportements différenciés des différents acteurs du système de santé, comportement dont il convient de tenir compte. Au plan macroéconomique, l'identification des circuits de financement est également un préalable pour statuer sur la pérennité des systèmes de santé : la présence d'un marché financier efficient constitue une des conditions d'existence d'un marché de l'assurance privée ; dans le cas contraire, le circuit public de financement de la santé doit être efficace, tant au plan du prélèvement - fiscalité – qu'au plan des prestations – efficacité de la dépense publique–

Dernière condition de la contribution positive des politiques de santé au développement durable, il semble opportun que celles-ci répondent effectivement aux attentes de la population. Les politiques sanitaires s'inscrivent en effet dans une dimension politique et institutionnelle qui conditionne leur légitimité. Les mesures de politique de santé et de protection sociale, dès lors qu'elles ne correspondent plus aux préférences de la population, peuvent être source de mécontentement, voire de tensions sociales qui hypothèquent la viabilité – même à court terme – du système dans son ensemble et l'autoentretien du cercle vertueux entre croissance économique et développement humain. Au-delà de la seule équité, c'est une dimension démocratique qu'il convient de donner aux politiques sanitaires et sociales, afin qu'elles contribuent effectivement au développement durable.

¹⁴ Certains programmes de santé sont financés par l'aide au développement. Nous assimilerons tantôt l'aide au financement public, lorsqu'il s'agit de crédits alloués aux gouvernements qui gèrent ainsi ces fonds sur le budget de l'État, et au financement des ONG, lorsque ce financement est alloué, par une agence d'aide étrangère, à des projets de santé ciblés.

¹⁵ La perspective adoptée depuis quelques années par la Banque Mondiale et par l'OMS conduit à différencier les acteurs de la santé, notamment les financeurs des systèmes de santé, selon le type d'intervention en question. Le Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993 (Banque Mondiale 1993) distingue en effet les interventions de santé publique – soins préventifs et grandes campagnes nationales –, dont le financement est dévolu à la puissance publique, des interventions de santé dites "discrétionnaires" – soins curatifs lourds –, dont le financement doit rester privé. Les approches contractuelles en matière de santé, utilisées pour justifier l'introduction du managed care dans les systèmes de santé des pays développés, sont adaptées aux pays en développement, dans une perspective transactionnelle (Mills 1998).

En bref, une politique de santé contribue au développement durable si elle conduit à l'efficacité productive du système de soins, si elle améliore l'équité dans le recours aux soins, si elle permet la pérennité d'un financement domestique du système de santé et enfin, si elle répond aux attentes légitimes de la population.

II LES DEUX MODELES POLAIRES DE POLITIQUES DE SANTE ET LEURS ECHECS EN MATIERE DE DURABILITE

Les politiques de santé constituent, donc une courroie de transmission privilégiée entre croissance et développement humain. Même si les conceptions les plus médiatiques du développement durable sont relativement récentes, les différentes grandes options des réformes de politique sanitaire contenaient, au moins implicitement, certains éléments qui visaient à l'autoentretien du processus de développement. A l'aide de la grille de lecture proposée précédemment, il est alors possible de les identifier et de statuer, dans la lettre des réformes, sur leurs potentialités à entretenir le développement durable.¹⁶ Cet historique est nécessaire, dans la mesure où il débouche sur les approches actuellement proposées par les organisations internationales, telles que l'OMS ou la Banque Mondiale. Ces approches actuelles sont fondées en grande partie sur les échecs récurrents auxquels ont été confrontées les réformes précédentes, construites tant sur la Déclaration d'Alma-Ata - en 1979 - que sur l'Initiative de Bamako - en 1987 -, qui tentaient de répondre aux dysfonctionnements des systèmes de santé d'une manière radicalement opposée. La question de la contribution des politiques de santé au développement durable se pose aujourd'hui dans ces termes, mais la pérennité du développement était de toute manière un objectif, sous-jacent aux anciennes tentatives de réforme des systèmes de santé.

Dans la régulation des systèmes de santé des PED, des années 70 au milieu des années 90, et en particulier en Afrique subsaharienne, on distingue deux grandes époques. Tout d'abord, les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma-Ata mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé par les gouvernements. Ces politiques de santé n'ont pas été en mesure de réduire les disparités d'accès aux soins, ni de permettre un financement pérenne des systèmes de santé. Les politiques fondées ensuite sur l'Initiative de Bamako ont tenté de répondre aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle quasi-exclusivement financier : la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes, dans le cadre de politiques dites de "recouvrement des coûts" visaient à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système. Ce faisant néanmoins, les réformes ont négligé la dimension de l'équité, pourtant fondamentale en matière de santé. Le bilan en demi-teinte de l'Initiative de Bamako dans les pays l'ayant adoptée montre par ailleurs que les objectifs financiers n'ont pas non plus été tenus.

Au total, il apparaît que les différentes options, par ailleurs radicalement opposées, qui ont été adoptées, n'ont pas permis de renforcer le lien entre croissance économique et développement humain; La question du renforcement de ce lien et du rôle des politiques de santé dans cette perspective se pose alors avec d'autant plus d'acuité aujourd'hui, d'autant que les différentes organisations internationales se réclament toutes du développement durable.

II. 1 Deux modèles polaires de politique de santé : déclaration d'Alma-Ata et Initiative de Bamako

D'Alma-Ata à Bamako, les stratégies de santé ont évolué selon un retournement de logique. D'une primauté donnée à l'équité égalitariste, on est passé à une primauté donnée à l'efficacité

¹⁶ L'objectif ici consiste à évaluer les politiques de santé davantage dans leur lettre que dans leurs résultats concrets, sachant qu'une étape ultérieure pourrait consister en une évaluation davantage factuelle des effets des politiques sanitaires sur le développement et/ou la croissance économique.

économique, absente des recommandations de la déclaration d'Alma-Ata (Flori, Tizio 2000). Par ailleurs, on est passé à une conception du développement économique fondé sur la primauté de l'État – modèles socialiste et keynésien – à un développement fondé sur le marché – modèle libéral - ; ce dernier retournement idéologique se traduit dans le domaine de la politique de santé par la destruction des monopoles étatiques de la santé, l'émergence d'un secteur privé et l'introduction de la tarification des soins.

II.11 Le modèle d'Alma-Ata.

La déclaration d'Alma-Ata, ratifiée en 1978 par les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, instaure l'objectif mondial de "santé pour tous en l'an 2000". Selon ce texte, les gouvernements des signataires s'engagent à travers la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) à traiter également toutes les populations de leur territoire, et prioritairement ceux qui, jusque là n'avaient pas accès aux soins, entre autre pour des raisons de déficit en infrastructures de base.

La déclaration d'Alma-Ata repose sur une primauté donnée à l'équité égalitariste.¹⁷ Le texte stipule que *"la santé est un droit fondamental de l'être humain"* et plus loin que *"les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples (...) sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables"*¹⁸ D'une part, la santé droit fondamental est ainsi un attribut inaliénable de l'individu, ce n'est pas un capital comme un autre ; il ne peut dès lors être question de le marchander. D'autre part, l'égalité d'états de santé qui ressort également du texte de la déclaration d'Alma-Ata, est instrumentalisée par un autre article dans lequel il est stipulé que "le développement économique et social (...) revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible (...) la promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu"¹⁹Le développement économique et social est ainsi un pré requis à l'atteinte de l'objectif de santé pour tous.

Les principes énoncés dans la déclaration d'Alma-Ata se traduisent en pratique par une diffusion des infrastructures de santé dans les zones rurales, notamment les plus enclavées, par la pratique de la planification sanitaire qui s'appuie – au moins théoriquement – sur les évaluations des besoins émanant des communautés et par une catégorisation des soins, entre les SSP et les autres interventions de santé.

Tout d'abord, la construction d'infrastructures permet aux différents pays subsahariens d'élaborer une pyramide sanitaire avec, au sommet l'hôpital central de la capitale, un échelon intermédiaire qui comprend des centres de santé "régionaux" et à la base, un réseau de postes de santé communautaires, chargé de dispenser les soins primaires. Il s'agit de rompre avec la pratique de l'hospitalo-centrisme alors prégnant : le mimétisme des systèmes de santé occidentaux, par les pays du sous-continent subsaharien, avait conduit ces États à développer de lourdes infrastructures urbaines, au détriment des zones rurales. Cette conception hospitalière de la politique de santé n'a pas permis, à la veille de la déclaration d'Alma-Ata, de répondre efficacement aux besoins sanitaires exprimés par une grande partie de la population, éloignée des centres urbains. La diffusion des infrastructures doit ainsi réaliser l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population dans son ensemble, sans distinction de localisation.

Ensuite, la planification sanitaire est guidée par les autorités publiques qui sont dans une situation de monopole du secteur de la santé. La déclaration d'Alma-Ata, en faisant de la santé un droit fondamental de l'être humain, a conféré en effet aux interventions de santé – les soins et les produits de santé – la qualité de biens tutélaires (Musgrave 1959) produits et financés par l'État. Le

¹⁷ Pour une discussion détaillée des objectifs d'équité poursuivis par la déclaration d'Alma-Ata, cf. Tizio 1998, 1999, Gadreau, Tizio 2000.

¹⁸ Déclaration d'Alma-Ata

¹⁹ *Ibid.*

secteur privé de santé n'existe qu'à l'état embryonnaire, il est d'ailleurs illégal dans certains pays. Même si la dimension du financement de la stratégie d'Alma-Ata n'est pas clairement évoquée dans le texte, il semble logique que les autorités sanitaires, agissant en tutelle décentralisée – à chaque échelon de la pyramide – assument le financement, en même temps que la production des soins de santé. La conception de la planification sanitaire, véhiculée par la déclaration d'Alma-Ata, possède cependant une particularité : elle s'appuie sur la participation des communautés au repérage des besoins au niveau local et à la distribution même de ces derniers. Ce sont certains des principes du socialisme autogéré, très à la mode à cette époque, qui sont mis en œuvre.²⁰

Enfin, la stratégie des SSP qui catégorise les actions de santé selon leur efficacité médicale, introduit une discrimination dans les rôles respectifs des différentes formations de santé. Elle confie à l'échelon périphérique les soins de dispenser les SSP et aux autres échelons de la pyramide sanitaire, le rôle de produire des soins davantage élaborés, selon le principe de la référence. Il s'agit de promouvoir, avec la stratégie des SSP, des actions de santé prioritaires au niveau local. L'objectif est ici d'assurer l'adéquation offre de soin / besoin et de lever au moins une partie de l'obstacle géographique à l'accès aux soins, afin de restaurer l'égalité des possibilités de consommation des soins (Olsen et Rogers 1991, Schneider-Bunner 1997, Tizio 1999).

II.12 Le modèle de Bamako

Faisant suite aux échecs subis par les politiques de santé fondées sur la déclaration d'Alma-Ata, les États africains, sous la triple égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), lancent en 1987 l'Initiative de Bamako. Selon cette initiative, les États africains, qui désirent poursuivre l'objectif de "santé pour tous" s'engagent à mettre en œuvre une série de réformes qui libéralisent les systèmes de santé et désengagent l'État du secteur. Trois grands axes de réformes doivent être menés : tout d'abord, le recouvrement des coûts consiste purement et simplement à recourir au financement des patients, en substitution ou en complément du financement public défaillant. Ensuite, la notion de participation communautaire est élargie, au-delà de la fonction d'identification des besoins sanitaires qui était la sienne auparavant, au financement décentralisé des services de santé dispensés sur son territoire. Enfin, l'Initiative de Bamako préconise la fourniture de médicaments essentiels génériques, moins coûteux que les médicaments de marque, dans les centres de santé au niveau périphérique.

Le recouvrement des coûts se fonde sur deux grandes hypothèses. Une première hypothèse consiste à supposer que les individus sont prêts à payer pour les soins qui leur sont dispensés. Cette conjecture se trouve justifiée par le fait que les populations avaient déjà coutume de payer, de manière clandestine, leurs recours aux services de santé – dans le secteur privé, mais également dans le secteur public -. Il existerait donc une capacité à payer les soins de la part des individus, la demande est donc potentiellement solvable. De manière sous-jacente, les promoteurs de la réforme ont supposé que cette capacité à payer – ability to pay - coïncidait avec une volonté de payer – willingness to pay - les soins. Ceci est d'ailleurs conforté par la seconde hypothèse d'une faible élasticité prix de la demande de soins. L'augmentation – ou l'instauration - d'une tarification pour les services de santé ne doit pas, en conséquence, faire baisser leur fréquentation, du moment que la qualité des soins s'améliore.²¹ Le recouvrement des coûts est conçu comme une réponse à la dégradation de la fréquentation du secteur public, à relier avec la dégradation de la qualité des soins

²⁰ Les valeurs de l'autogestion qui fondent à cette époque les conceptions de la participation communautaire relèvent de l'application, dans certains pays en développement d'un socialisme autogéré. Certains États, tels que Madagascar ou la Tanzanie, choisissent en effet la voie du socialisme, organisé toutefois autour de la communauté villageoise. L'organisation politique et sociale de ces pays mêle à la fois une idéologie autogestionnaire "ancestrale" et la planification dans la tradition soviétique. (Arvon 1980)

²¹ La qualité des soins est une notion assez large qui recouvre à la fois l'efficacité médicale du soin proprement dite, mais également d'autres dimensions indirectes, comme la réduction de la durée d'attente et la disponibilité en médicaments.

dispensés dans les infrastructures publiques de santé.²² Dans la mesure où les recettes, collectées auprès des patients, sont réutilisées pour améliorer la qualité des soins – par exemple, servir à assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques –, la fréquentation des services de santé pourra augmenter. Du même coup, il sera possible d'assurer la pérennité financière des unités de soins primaires qui vont s'autofinancer.

La participation communautaire, au cœur de l'idéal autogestionnaire de la déclaration d'Alma-Ata est conservée, mais sa conception évolue. Cette participation communautaire devient alors à la fois un objectif et un moyen (Fournier, Potvin 1995). C'est un objectif tout d'abord, dès lors que l'on se rend compte que le financement individuel des soins n'est pas à la portée de tous, il convient de faire participer la communauté tout entière à l'effort financier. En d'autres termes, on entend ici par participation communautaire, la mise en œuvre de mécanismes de mutualisation du financement des soins, tels que l'organisent une assurance maladie ou une mutuelle de santé.²³ La participation communautaire est ensuite un moyen de faire fonctionner le recouvrement des coûts : la conception de la participation communautaire est étendue, au-delà de son rôle financier, au repérage des indigents – c'est à dire ceux qui ne peuvent payer les soins – En l'absence de mécanismes de redistribution, la communauté doit identifier ces individus pour que leurs soient appliqués des tarifs moins élevés, ou nuls. Concrètement, la communauté doit fixer les règles d'exemption de paiement et en même temps identifier ceux qui y auront droit. Le modèle de l'Initiative de Bamako, au contraire de celui d'Alma-Ata, préconise non-plus un système de santé organisé par la base, mais bien un système de santé financé par la base. A l'extrême, la participation communautaire dans l'acceptation de l'Initiative de Bamako se conçoit comme une stratégie pour les autorités publiques de se défaire de leur rôle de financeur sur les communautés (Russell, Guilson 1997), comme un moyen de formaliser l'existence de marchés locaux de la santé, via les mécanismes de recouvrement des coûts et enfin, comme un objectif de formaliser également des mécanismes de mutualisation financière au sein des communautés.

L'Initiative de Bamako réforme donc les stratégies de santé dans un sens résolument libéral : par les hypothèses sous-jacentes à la justification du recouvrement des coûts, elle introduit la rationalité économique dans le fonctionnement des systèmes de santé. Par l'élargissement du concept de participation communautaire au financement et au repérage de l'indigence, elle met en outre simultanément en place des politiques catégorielles de protection sociale au niveau local, et des marchés décentralisés de la santé. L'objectif d'efficacité économique prend le pas sur la promotion de l'équité. Plus précisément, l'équité égalitariste qui fondait la stratégie de santé pour tous selon la déclaration d'Alma-Ata est abandonnée au profit d'une conception davantage différentielle de la justice, inspirée de Rawls. Les systèmes de santé fondés sur l'Initiative de Bamako assurent ainsi la "santé minimale pour tous" et laisse, au-delà de ce minimum, la "maladie pour chacun" (Tizio, Flori 1997, Tizio 1999).

II. 2 Une recherche de pérennité compromise d'Alma-Ata à Bamako

Les dimensions des politiques de santé identifiées auparavant permettent alors de repenser l'évolution des réformes de santé préconisées d'Alma-Ata à Bamako. On montre que ces évolutions, en termes d'efficacité productive, d'équité, de pérennité du financement et de démocratie hypothèquent toute velléité des systèmes de santé à assurer le lien entre croissance économique et développement humain.

²² Pour de plus amples développements sur le cercle vicieux de la mauvaise qualité des soins, cf. Tizio, Flori 1997.

²³ La mise en œuvre de tels mécanismes de socialisation du financement au niveau de la communauté doit en théorie s'appuyer sur les systèmes de solidarité préexistants, comme les tontines par exemple.

II.21 D'une efficacité technique à une efficacité économique

L'efficacité médicale des soins de santé primaires est au cœur de la déclaration d'Alma-Ata. La diffusion des infrastructures de base – niveau périphérique de la pyramide sanitaire – doit permettre une meilleure réponse médicale aux problèmes de santé identifiés au niveau le plus local.²⁴ Cette réponse médicale est favorisée en théorie par deux des innovations contenues dans la Déclaration d'Alma-Ata : d'une part, l'élaboration d'une pyramide sanitaire, organisée sur le principe de la référence, permet un meilleur suivi des soins et du patient à l'intérieur du système de santé dans son ensemble. D'autre part, la participation communautaire, qui permet le repérage des besoins, met en avant l'objectif de réaliser une adéquation la plus stricte possible entre les situations épidémiologiques locales et les infrastructures et les interventions de santé pratiquées ou planifiées.

La dimension médicale de l'efficacité du système de santé est ici mise en avant. L'efficacité organisationnelle, c'est à dire la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population est alors maximisée. En revanche, la dimension purement économique de l'efficacité, c'est à dire la répartition optimale des ressources disponible pour le fonctionnement du système est éludée : en effet, la référence implicite à la gestion monopoliste de la santé par l'État ne fait pas référence à une quelconque recherche d'efficacité de la dépense ou de la production publique des soins.

Le passage à l'Initiative de Bamako voit se modifier la notion d'efficacité : Tout d'abord, les SSP, toujours au centre des politiques de santé, sont définis non-plus comme les interventions les plus nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population, mais comme des interventions dont le rapport coût efficacité justifie leur prise en charge, au moins partiellement, par les autorités publiques. La logique de la rationalisation du système de santé prend le pas sur la logique du besoin. Ensuite, la décentralisation des politiques de santé est lancée avec la création de districts ou de zones sanitaires, dotés d'une certaine autonomie à l'égard des orientations nationales de politique de santé. En particulier, une grande part du financement de ces zones de santé est autonome. L'objectif de ces mesures consiste à mieux gérer les ressources financières collectées auprès de la population.²⁵ Cette notion d'efficacité économique est fortement corrélée à l'efficacité organisationnelle de la pyramide sanitaire, mais cette recherche de l'efficacité organisationnelle est dirigée davantage en amont – allocation des ressources productives dans la pyramide sanitaire – qu'en aval – efficacité du traitement des patients -. Enfin, la participation communautaire, qui change de paradigme, n'est plus seulement une participation au repérage des besoins des individus, mais un appel à leur participation financière. La mise en œuvre de ce financement communautaire vise ici encore à améliorer l'utilisation des ressources et la collecte des fonds. Le prélèvement sur le revenu des ménages doit correspondre localement à leur propension à payer les soins qui leur sont dispensés. Quant à l'efficacité médicale, elle n'est plus recherchée, elle est postulée.

En résumé, on observe un glissement dans la logique de l'efficacité qui est proposée par les deux réformes. Aux objectifs d'efficacité productive et médicale, recherchés par les politiques de santé fondées sur la déclaration d'Alma-Ata succède, dans la perspective de l'Initiative de Bamako, la recherche d'une efficacité davantage économique et organisationnelle.

L'abandon implicite de la motion de besoin, au profit de la logique de la demande ne semble pas aller dans le sens du renforcement des liens entre croissance économique et développement humain, ce dernier faisant une place assez conséquente à la satisfaction des besoins, avant la satisfaction d'une demande.

²⁴ L'accent porté sur les soins de santé primaires conduit à une vision sélective de l'efficacité productive des systèmes de santé. En effet, la production publique se focalise d'abord sur les SSP, quitte à élargir cette production aux soins secondaires et tertiaires, lorsque besoin s'en fait sentir. La préoccupation première à l'époque consiste à répondre à un ensemble de besoins, dont les plus aigus relèvent de la santé primaire.

²⁵ Cette efficacité économique est d'autant mieux assurée que la décentralisation est une véritable décentralisation, et non une simple délégation – déconcentration -.

L'échec en matière d'efficacité des politiques fondées tant sur la Déclaration d'Alma-Ata que sur l'Initiative de Bamako s'explique pour un certain nombre de raisons : la diffusion des centres de soins de santé primaire s'est vite essoufflée à la suite de la crise économique du début des années 80. Les budgets alloués à la santé n'ont plus été suffisant pour assurer cette efficacité médicale, au cœur de la problématique des SSP. La rationalisation des systèmes de santé qui a suivi l'Initiative de Bamako n'a pas eu non plus le succès escompté : certains problèmes, liés entre autres à la qualité des soins qui continue de se détériorer, et à la disponibilité des biens médicaux qui reste difficile, n'a pas permis de réaliser l'objectif d'efficacité économique assigné par la réforme.²⁶

II.22 Quelles évolutions en termes d'équité ?

La conception de l'équité sous-jacente à chacune des réformes de politiques est elle aussi en évolution d'Alma-Ata à Bamako.

Dans la déclaration d'Alma-Ata, l'égalitarisme érigé en principe doit être assuré par deux orientations. D'un côté, une production et un financement monopolistes du secteur de santé doivent permettre d'aplanir les obstacles financiers au recours aux soins, la gratuité des soins permettant à toute la population, quel que soit son statut socio-économique, d'en bénéficier. Le monopole d'État dans le secteur de la santé permet aussi d'aplanir les obstacles géographiques au recours aux soins : la diffusion des infrastructures de santé primaires dans les régions les moins dotées, comme les zones rurales, permet à toute une partie de la population de bénéficier des services publics de santé qui n'étaient accessibles auparavant qu'aux prix de plusieurs heures de transports – parfois de marche -. D'un autre côté, la planification sanitaire, organisée autour de la participation communautaire, permet de mieux prendre en compte les besoins locaux spécifiques et d'améliorer les capacités d'y répondre. Cette adéquation des interventions de santé aux besoins conduit à restaurer une égalité de traitement entre les individus. Par ailleurs, l'organisation d'une pyramide sanitaire complète contribue à la restauration de l'égalité des possibilités de consommation : les traitements dans les services de santé primaire, secondaire et tertiaire permettent à tout un chacun de profiter de l'intégralité d'une prise en charge médicale en cas de besoin, quel que soit son statut.

L'Initiative de Bamako remet en cause les principes égalitaristes de la déclaration d'Alma-Ata suivant deux angles d'attaque.

Premièrement, ces réformes conduisent au démantèlement du monopole d'État dans le secteur de la santé. Concernant la production des services de santé, une catégorisation est instituée, entre les activités qui relèvent du champ de la santé publique, comme la prévention par exemple, et celles qui relèvent du secteur privé.²⁷ Il y a donc disjonction de la production de soins des besoins et l'égalité de traitement n'est maintenue que sur la partie des interventions de soins qui relève du secteur public,²⁸ le monopole du financement par l'État est aussi remis en cause. par le système de "recouvrement des coûts" instauré, y compris dans le secteur public. Les patients qui ont les moyens de payer pour se soigner seront mieux traités que les indigents, ceci malgré la mise en place de systèmes de mutualisation communautaire du financement. (Tizio 1999). Concernant

²⁶ Plusieurs travaux remettent en cause la recherche de l'efficacité par les politiques fondés sur l'Initiative de Bamako sur le plan théorique (par exemple, Tizio, Flori 1997, Gadreau, Tizio 2000) et selon les faits (Nolan, Turbat 1995, Musgrove 1996).

²⁷ On a montré par ailleurs (Tizio 1999, Tizio, Gadreau 2000) que la catégorisation des interventions de santé relève sur un plan théorique de la distinction entre bien privatif et bien collectif. Les interventions de "santé publique" sont considérées comme des activités qui génèrent de fortes externalités positives de consommation ou certaines activités qui ne répondent pas aux caractéristiques canoniques de rivalité et d'excluabilité, revêtues par les biens privatifs, donc par les interventions de santé rangées par la Banque Mondiale (1993) dans la catégorie des "soins de santé discrétionnaires".

²⁸ On entend ici par égalité de traitement l'égalité des possibilités de consommation. Les dimensions financière et géographique de l'équité, qui sous-tendent la véritable égalité de traitement ressortent davantage de la remise en cause du financement public des activités de santé. Toutefois, une certaine inégalité de traitement ressort de la catégorisation des interventions de santé, dans la mesure où le traitement est déconnecté du besoin : à besoin inégal peut correspondre un traitement égal, dans la mesure où un des besoins pourrait être couvert par la santé publique – vaccination par exemple – tandis qu'un autre, qui ne rentre pas dans le champ de la santé publique – pontage coronarien, par exemple – ne pourra être couvert autrement que par un recours à une production privée, si et seulement si cette dernière existe.

l'ensemble des soins soumis à la tarification et les médicaments, l'égalité d'accès ne peut être assurée, dans la mesure où cette accessibilité se trouve conditionnée par les dispositions à payer de chacun.

Deuxièmement, le rôle de la participation communautaire est étendu à la gestion et au financement autonomes et décentralisés des systèmes de santé. Ces nouveaux rôles – mutualisation du financement et gestion rationnelle des ressources – conduisent à remplacer l'égalitarisme de la Déclaration d'Alma-Ata par une équité différentielle qui se traduit par une sélectivité dans la prise en charge financière des patients assujettis à la tarification des soins. Cette sélectivité se manifeste tout à la fois entre les différentes communautés, mais également à l'intérieur de chaque communauté (Tizio 1998). Tout d'abord, chaque communauté possède une certaine autonomie quant à la gestion du système de santé local²⁹: ceci implique que certains risques ne seront pas couverts – financièrement, mais aussi médicalement – partout de la même manière ; l'accessibilité géographique n'est plus garantie pour tous. Ensuite, à l'intérieur de chaque communauté, des politiques catégorielles de santé sont mises en œuvre : certains individus, reconnus comme des indigents seront exemptés de paiement – ou subventionnés dès lors qu'ils recourent aux soins – Cette sélectivité des politiques sanitaires témoigne du glissement opéré en termes d'équité de l'égalitarisme à une conception davantage rawlsienne de la prise en charge de la santé dans la perspective ouverte par l'Initiative de Bamako . Enfin, cette conception différentielle de l'équité, où les inégalités admissibles – souhaitables? – sont celles qui conduisent à mieux traiter les plus défavorisés, est subordonnée à l'efficacité financière du système de la prise en charge et en particulier à la disponibilité de fonds nécessaires au subventionnement des soins pour les plus défavorisés.

En résumé, on assiste, au plan de l'équité à un glissement parallèle à celui de l'efficacité. L'objectif, assigné par la Déclaration d'Alma-Ata, d'aplanir les obstacles géographique et financier à la santé pour tous, n'est plus d'actualité dans le cadre de l'Initiative de Bamako . La mise sous tutelle étatique de l'ensemble du secteur de la santé est remise en question par une évolution vers une double sélectivité : catégorisation des interventions de santé d'une part, entre la santé publique qui reste un monopole d'État et les autres activités de soins qui s'ouvrent au secteur privé. Sélectivité dans la prise en charge financière des patients d'autre part, entre les indigents qui continuent à bénéficier d'une gratuité –ou quasi-gratuité – des soins et les individus qui peuvent acquitter un paiement – individuellement ou collectivement -.

Ces politiques catégorielles en situation de faible croissance économique, voire de récession, ne peuvent concourir à lever les différents obstacles à l'accès aux soins. Les régions les plus pauvres ou les plus enclavées, en grande partie dans le milieu rural, ne peuvent que pâtir de cette décentralisation de la politique sanitaire : lorsque l'indigence semble une règle générale, la pratique de prise en charge sélective des besoins de santé ressort davantage d'une restriction d'accès aux soins que d'une rationalisation des systèmes au niveau local.

II.23 Quelles évolutions dans la pérennité du financement ?

La pérennité du financement conditionne étroitement la survie des systèmes de santé et le rôle d'interface qu'ils peuvent jouer entre croissance économique et développement humain. La question du financement dans les politiques de santé n'a toutefois pas eu le même retentissement de la Déclaration d'Alma-Ata à l'Initiative de Bamako .

Dans la Déclaration d'Alma-Ata, il est simplement stipulé que les pays doivent consacrer à la stratégie des SSP des ressources suffisantes. De manière implicite cependant, les autorités publiques, en situation de monopole dans le secteur de la santé, doivent prendre en charge la

²⁹ L'ampleur de cette autonomie dépend du degré de décentralisation atteint par le système national de santé et de la présence plus ou moins importante de prestataires privés. L'autonomie est alors spécifique au pays considéré et à ces structures administratives.

production et le financement des services de santé et de leur développement. Ceci implique un effort budgétaire en augmentation en direction du secteur sanitaire, financé par les rentrées fiscales issues de la croissance économique. Des marges de manœuvre budgétaires supplémentaires peuvent également être dégagées par l'afflux de l'aide extérieure.

Cette générosité budgétaire s'est traduite d'une part, par des recrutements massifs de personnels de santé, comme dans l'ensemble des fonctions publiques, ceci à tel point qu'en vertu de la pénurie de personnels, formés et installés dans les pays industrialisés. Des personnels de santé moins qualifiés sont alors recrutés pour assurer les soins primaires.³⁰ D'autre part, la diffusion des SSP et l'aménagement de la pyramide sanitaire ont nécessité la construction de nouvelles structures de soins, elles aussi onéreuses.

Cette politique publique dispendieuse conduit à conditionner la survie du système de santé à la croissance des recettes fiscales et à l'efficacité de leur prélèvement. Malheureusement, la croissance économique n'a pas été au rendez-vous, alors que les dépenses publiques nécessaires étaient en augmentation, notamment la rémunération des personnels. La crise économique mondiale et la récession qui s'en est suivie ont condamné le financement monopoliste des systèmes de santé. Les infrastructures ont cessé de se développer et la qualité des soins de santé, assurés par des personnels qui ne percevaient parfois aucun traitement, a décliné. La question du financement des systèmes de santé, négligée jusqu'alors, devient la pierre angulaire du lancement de l'Initiative de Bamako .

Selon la doctrine du recouvrement des coûts, les services de santé deviennent payants pour les patients qui en bénéficient. L'instauration d'une telle tarification des soins et des médicaments doit permettre à terme au système de santé de s'autofinancer. La pérennisation du financement du système de santé passe par l'amélioration de la qualité des soins, qualité financée justement par l'utilisation des recettes du recouvrement des coûts. Cette qualité des soins se traduit également par un approvisionnement régulier en médicaments essentiels financé également par les recettes pharmaceutiques. Cette amélioration qualitative des soins vise l'objectif d'augmenter la fréquentation des services de santé et ainsi, de générer à son tour une augmentation des ressources à consacrer à la santé.

Cette idée conduit à remettre en cause le monopole public en matière de santé et à permettre à d'autres acteurs d'entrer sur un marché de la santé. Les politiques qui ont accompagné l'Initiative de Bamako ont incité fortement à la création ou au développement d'un secteur privé et de marchés de la santé. La catégorisation des soins de santé entre la "santé publique" produite par l'État et les "soins de santé discrétionnaires", produits et financés par le secteur privé restreignent le monopole public de la santé à un ensemble d'intervention peu coûteuses, tandis qu'elle livre les autres activités médicales au marché. La tutelle étatique sur les systèmes de santé est alors davantage formelle que factuelle.

L'organisation du financement des services de santé est dévolue, au niveau local, à la participation communautaire. Différents mécanismes de paiement, individuels ou socialisés, ont été mis en œuvre au sein des communautés, dans le but de pallier les insuffisances de capacités individuelles à payer.³¹ L'intérêt de mettre en place de manière décentralisée différents systèmes de recouvrement des coûts réside dans l'adaptation possible de chaque mécanisme à la composition socio-économique de la population de chaque communauté, avec l'objectif d'assurer une efficacité maximale de la collecte de fonds.

³⁰ Ces politiques de recrutement d'agent moins formés ont été soutenues par l'OMS entre autres, avec la politique des Agents de Santé Villageois (ASV), construite sur le modèle des "médecins aux pieds nus" chinois.

³¹ Pour un exposé détaillé des différents mécanismes de paiement des services de santé –mécanismes de recouvrement des coûts – on peut se référer, par exemple, à plusieurs études réunies par Kaddar (1991).

Les recettes collectées n'ont toutefois pas été suffisantes. La désaffectation des centres de santé par les populations continue d'être la règle, car la qualité des soins ne s'est manifestement pas améliorée assez significativement. L'aide extérieure sensée donner l'impulsion nécessaire au démarrage du recouvrement des coûts a dû perdurer.

L'introduction de la rationalité économique dans les politiques de financement de la santé dans les pays en développement n'a pas permis à ces systèmes de s'autofinancer. Même si le financement fut identifié comme le principal facteur d'achoppement des politiques conduites dans la perspective de la Déclaration d'Alma-Ata, sa réforme n'a pas suffi à sauver les systèmes de santé du marasme.

II.24 Quid de la dimension démocratique des réformes sanitaires ?

Par démocratie, on entend la légitimité des politiques menées vis-à-vis des attentes de la population. Les politiques, menée sur le modèle de la Déclaration d'Alma-Ata et sur celui de l'Initiative de Bamako ont-elles tenté de répondre à une demande des citoyens ?

Il semble que la Déclaration d'Alma-Ata cherche à légitimer l'intervention de l'État dans la santé par la nécessité de répondre à une demande sociale grandissante de protection. La participation communautaire, dans cette perspective donne théoriquement la parole aux individus qui relèvent leurs besoins au niveau local. L'organisation de la pyramide sanitaire garantit théoriquement que l'information, recueillie au sein des communautés servent aux autorités gouvernementales de guide pour l'action en matière de planification. Cette organisation constitue une recherche de légitimité intérieure, da la part des jeunes États subsahariens : la population est invitée à participer au développement sanitaire de la Nation, sous l'égide d'un État bienveillant agissant au nom de l'intérêt général.

Cette recherche de légitimité va se retourner dans le passage de la Déclaration d'Alma-Ata à l'Initiative de Bamako : les politiques de recouvrement des coûts sont soutenues par les bailleurs de fonds internationaux. La Banque Mondiale par exemple, salue dans son rapport de 1993 les efforts d'un certain nombre d'États qui encouragent l'émergence d'un secteur privé de santé, qui appliquent les politiques de recouvrement des coûts... Les politiques de décentralisation et l'appel aux fonds privés pour financer la santé peuvent en outre se concevoir comme un volet social des politiques d'ajustement structurel du milieu des années 80. La stabilisation des économies en développement ne peut en effet s'accommoder, dans la perspective libérale d'une prodigalité accrue des États en matière de services sociaux. Les impératifs de réduction de la dépense publique, contenus dans les conditionnalités des prêts d'organismes tels que le Fonds Monétaire International, obligent les gouvernements des pays en développement à se désengager des secteurs sociaux, considérés comme trop coûteux pour les capacités budgétaires. Ces contraintes imposées par les bailleurs de fonds internationaux vont alors peser sur les décisions des pays en matière de libéralisation des systèmes de santé. La recherche de légitimité se poursuit pour ces gouvernements à l'extérieur du pays. Les conditions de l'existence des États, imposées de l'étranger, conduisent les gouvernements à abandonner l'objectif de répondre à la demande sociale, en particulier en matière de santé, qui leur sont adressé. L'Initiative de Bamako contribue ainsi à apporter une réponse non démocratique aux dysfonctionnements des services de santé organisés selon les principes de la Déclaration d'Alma-Ata .

III LES APPROCHES ACTUELLES : VERS UN DEVELOPPEMENT DURABLE?

Les stratégies sanitaires, préconisées aujourd'hui par les organisations internationales d'aide au développement se réclament du développement durable. Mais les politiques recommandées sont-elles cohérentes avec cet objectif? Après une brève présentation des grandes orientations des stratégies sanitaires actuelles, il apparaît qu'elles sont issues d'une maturation simultanément

historique, idéologique et théorique. Une argumentation peut alors être développée qui conduit, dans une perspective critique, à évoquer le rôle de la démocratie dans l'organisation et la gestion de systèmes de santé, dimension manifestement négligée par les promoteurs des réformes récentes.

III. 1 Une rapide présentation

Les approches actuelles, impulsées en grande partie à l'instigation de la Banque Mondiale, mais également de l'OMS, se focalisent davantage sur le problème de la réintroduction de l'État dans les politiques nationales de santé (Banque Mondiale 1997). La question de l'inefficacité de l'État pour la régulation des systèmes de santé était sous-jacente à la promotion de l'Initiative de Bamako : cette stratégie substituait à la régulation étatique, une régulation marchande et décentralisée du secteur de la santé. Les échecs subis par les tentatives de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (Nolan et Turbat 1995) ont montré la nécessité de rechercher un troisième voie, entre l'étatisation complète du secteur sanitaire – modèle d'Alma-Ata – et sa libéralisation – modèle de l'Initiative de Bamako -. Cette troisième voie se caractérise alors par deux grands principes : rationalisation de l'activité du secteur public de santé et recherche d'un équilibre entre secteurs public et privé de la santé.

La rationalisation des activités du secteur public de santé passe par différents canaux. Il s'agit tout d'abord d'une rationalisation budgétaire : dans la mesure où les autorités publiques sont incapables de prendre en charge, sur le budget de l'État, toutes les interventions de santé, elles doivent limiter leur financement à un nombre restreint d'interventions coût efficaces, comme la prévention par exemple. Les réformes préconisées ne proposent pas néanmoins de réduire le financement public de la santé, mais au contraire, de l'augmenter en direction des interventions de santé coût efficaces, constituant le panier minimum de soins de santé – minimum package³² – La rationalisation des activités publique passe ensuite par la rationalisation de l'organisation du secteur. Certaines des activités du secteur public de santé, parmi les moins coût efficaces, doivent être sous traitées³³ par le secteur privé – avec ou sans but lucratif – ou le secteur associatif (Organisation Non Gouvernementales par exemple). Cette réorganisation par le partenariat permet d'économiser les coûts de la production étatique d'un ensemble d'activités dont le secteur privé peut en outre s'acquitter de manière plus efficace. Enfin, la rationalisation de l'activité du secteur public consiste à mettre en œuvre un ensemble de mécanismes incitatifs à l'amélioration de la production des soins proprement dits. Ces incitations, financières pour la grande majorité d'entre elles, sont dirigées vers le personnel médical, afin qu'il augmente la qualité des soins servis et / ou qu'ils abandonnent une pratique clandestine de la médecine privée, pratique génératrice de rentes qui ne profitent pas au secteur public.³⁴

La recherche d'un juste équilibre entre secteurs public et privé de santé est un objectif lié au principe précédent de rationalisation de l'activité du secteur public. Les acteurs amenés à intervenir dans le champ de la santé se diversifient et leur nombre augmente. Il s'agit donc de trouver l'arrangement institutionnel propre à assurer la "bonne gouvernance" du secteur sanitaire. Cela se traduit dans les faits par l'autonomie de gestion de certaines structures de soin, comme les hôpitaux et la possibilité, offerte à tous les intervenants du secteur de santé, d'élaborer des contrats qui peuvent porter indifféremment sur la fourniture des soins – contrats de sous-traitance par exemple -, la couverture des risques – contrats d'assurance – ou le financement des activités. Par ailleurs l'État est remis en jeu dans une telle stratégie : en effet, à la différence du rôle – minimal – s'assurer

³² La thématique du "minimum package" était déjà présente dans la définition, par la déclaration d'Alma-Ata des soins de santé primaires. Elle se trouve revitalisée à la fois par les travaux de la Banque Mondiale (Banque Mondiale 1993) et, plus récemment, de l'OMS (Murray, Frenk 2000).

³³ La sous-traitance n'est pas le seul moyen, pour le secteur public, de coopérer avec le secteur privé. D'autres formes juridiques de coopération sont également évoquées, comme la régie intéressée par exemple. Pour davantage de détails au sujet des formes contractuelles de coopération, cf. Perrot (1999), Perrot et al. (2001)

³⁴ Certains États, comme le Niger et l'Éthiopie, incitent même certains praticiens à passer du secteur public au secteur privé

quelques interventions de santé bien délimitées dans le cadre de l'Initiative de Bamako, les nouvelles stratégies s'appuient sur un État régulateur, dont l'une des interventions légitime consiste à permettre la contractualisation entre les différents acteurs du secteur sanitaire, dont il fait par ailleurs partie.

Une attention particulière est cependant portée, dans ces stratégies, à la santé des plus démunis (Cf. par exemple, Filner et alii 1998, Florencia et alii 2000...). Dans la droite ligne de l'Initiative de Bamako, les différents soins sont catégorisés selon leur rapport coût efficacité, mais ils sont en outre catégorisés selon la population à laquelle ils s'adressent. Certaines interventions de santé sont alors prioritaires, elles doivent toucher en premier lieu les plus défavorisés. Cette préoccupation pour l'équité, davantage formalisée dans les recommandations récentes que dans le cadre de l'Initiative de Bamako, montre, dans la droite ligne de la recherche de "performances" des systèmes de santé (OMS 2000) que l'efficacité économique recherchée par une réorganisation du secteur de la santé ne peut s'effectuer que sous contrainte d'équité. En d'autres termes, une réorganisation du secteur de la santé doit être guidée à la fois par les impératifs d'efficacité, mais elle doit garantir que cette réorganisation profitera en priorité aux plus défavorisés.

De ces recommandations récentes, il ressort que le modèle de système de santé préconisé par les bailleurs de fonds est un modèle hybride, à double égard : tout d'abord, le modèle met en relation les secteurs public et privé- au besoin, il s'agit d'ailleurs de créer un secteur privé, lorsque celui-ci s'avère être prohibé, comme au Mozambique par exemple -. Ensuite, le modèle contractuel hybride les ressources dans la construction d'arrangements particuliers entre l'État ou les collectivités locales, les patients eux-mêmes – mécanismes de la tarification des soins et mutualisation des risques -, et les différents bailleurs de ressources, comme les ONG ou les organisations internationales.³⁵

III. 2 Un aboutissement historique, idéologique et théorique, les approches contractuelles et le développement durable

les recommandations récentes des organisations internationales reviennent dans une certaine mesure sur la libéralisation des systèmes sanitaires des pays en développement les moins avancés. En Afrique subsaharienne, l'Initiative de Bamako devait permettre, via la reprise de la fréquentation des centres de santé, une certaine autosuffisance des systèmes de santé nationaux. De toute évidence, et certaines études le confirment, ce n'a pas été le cas (cf. par exemple Nolan, Turbat 1995 ou encore Dugbatey 1999) ; La fréquentation des centres de santé, et particulièrement des centres de santé primaires continue de stagner, hypothéquant toute possibilité d'améliorer la viabilité financière – puisque tel était l'objectif – des services de santé. Les dysfonctionnements qui persistent ont donc conduit les bailleurs de fonds à préconiser d'autres modèles d'organisation et de financement des systèmes de santé (cf. supra) dans le but d'améliorer à la fois leur efficacité, mais également l'équité. L'État, dont le rôle auparavant n'était pas déterminant dans la marche vers l'autosuffisance des systèmes de santé, réapparaît comme un véritable acteur, régulateur du "marché" de la santé.

L'État et les modes de gouvernances dans lesquels il s'insère posent un compromis entre les secteurs public et privé de la santé. Il ne s'agit donc plus désormais de promouvoir un monopole étatique en matière de santé, ni de désengager les autorités publiques de toute fonction de fourniture ou de financement de la santé, mais au contraire d'amener ces différents acteurs à coopérer dans l'objectif de restaurer la performance des systèmes de santé, c'est à dire en définitive d'assurer leur viabilité, condition sine qua non du développement durable. La notion de performance qui est employée, entres autres par l'Organisation Mondiale de la Santé dépasse la simple notion

³⁵ Notons à ce sujet que l'hybridation des ressources peut tout aussi bien concerner les ressources financières proprement dites, mais également les ressources humaines : certaines ONG internationales, comme Médecins Sans Frontières envoient sur le terrain des médecins qui participent à la production de soins au même titre que les praticiens locaux.

d'efficacité économique, dès lors qu'elle intègre une mesure – et un objectif – d'équité, à atteindre simultanément à l'efficacité des systèmes.³⁶

Ces approches, qualifiées de contractuelles, partenariales ou transactionnelles visent à instaurer un environnement institutionnel propre à favoriser l'émergence de la coopération entre les intervenants du secteur de la santé. L'État est alors chargé de garantir, par la réglementation, que de tels arrangements institutionnels puissent perdurer et atteindre ainsi les objectifs – d'efficacité et d'équité – qui leurs sont assignés. Les recommandations actuelles sont ainsi le fruit d'une maturation théorique, historique et idéologique.

Cette évolution est théorique : d'abord, le modèle d'Alma-Ata était fondé sur la primauté de l'État dans la marche vers le développement des nations africaines. Ce modèle était très fortement inspiré des modèles marxistes et/ ou keynésiens qui voyaient dans les autorités publiques, la seule entité capable de réaliser les investissements nécessaires au développement et de faire face aux besoins sociaux de la population.

Le modèle de l'Initiative de Bamako quant à lui s'inspire de la théorie économique néoclassique. Il suppose, dans une perspective individualiste, que l'exercice de la rationalité individuelle conduit la société à la meilleure situation possible, via les mécanismes marchands. Le rôle dévolu à l'autorité publique est minimal ;, il ne doit assurer en théorie que ses fonctions régaliennes augmentées de la fourniture des biens collectifs que le marché est incapable, pour des raisons techniques, de distribuer (Stiglitz 1989). Certaines interventions de santé sont alors considérées comme des biens collectifs.

Enfin, les stratégies de santé actuelles se fondent davantage sur les amendements de la théorie néoclassique standard, amendements médiatisés entre autres par les travaux de Coase ou de Williamson (1985). Les approches transactionnelles ou contractuelles qui fondent la "bonne gouvernance" du secteur de la santé ont en elle-même un aboutissement théorique, dans le sens où elles étendent certaines des hypothèses de la théorie standard d'une part et, où elles introduisent le droit dans l'analyse économique d'autre part. Cette évolution est particulièrement manifeste dans le rôle que les recommandations des institutions internationales souhaitent faire jouer aux États : Les autorités publiques, à côté de leur rôle éventuel de producteur ou de financeur des soins, doivent garantir juridiquement le bon fonctionnement des arrangements contractuels conclu entre les différentes parties prenantes du secteur sanitaire. L'État devient ainsi un État régulateur.

De manière simultanée et connexe, l'évolution des stratégies de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne est aussi conditionnée par l'histoire. Les faits vont également faire converger les politiques de santé vers le modèle contractuel. L'épuisement successif des deux modèles de régulation des systèmes de santé, vis-à-vis de la réalité concrète du terrain est un ressort de leur transformation. La stratégie monopoliste d'Alma-Ata fut mise en échec par la conjoncture qui lui était défavorable. Les problèmes de financement de la stratégie des SSP, qui ne devait pas constituer un obstacle au développement sanitaire, furent déterminants dans l'abandon du monopole étatique sur la santé, notamment parce que la croissance économique, sur laquelle était fondé ce financement ne fut pas au rendez-vous.

Ce sont également les échecs récurrents des tentatives de mise en œuvre des mécanismes de recouvrement des coûts qui guidèrent, dans le milieu des années 90, les réformes en direction des approches contractuelles. La raison identifiée pour ces succès mitigés fut attribuée à un contrôle insuffisant de l'État sur un système de santé trop décentralisé, et à une sensibilisation des acteurs à l'importance du recouvrement des coûts insuffisante. Les améliorations de la qualité des soins n'ont pas été manifestement suffisant pour que les individus fréquentent de manière plus assidue les

³⁶ Ces préoccupations dépassent par ailleurs le strict cadre des pays en développement. Le cadre théorique transactionnel utilisé l'est aussi pour les pays développés (par exemple Vining, Gliberman 1999).

structures de santé. Par ailleurs la tarification des soins a induit dans certains endroits une baisse de la fréquentation, en contradiction avec l'hypothèse d'inélasticité prix de la demande de soins (Carrin et alii. 1993). La prise en charge des indigents devient alors une des priorités à laquelle les approches contractuelles doivent s'attacher.

L'évolution idéologique qui accompagne les changements de stratégie de santé sont-elles aussi significatives. Le modèle d'Alma-Ata était fortement inspiré des idéologies socialistes autogestionnaires à l'africaine (Arvon 1980), plus précisément des expériences politiques de la Tanzanie ou de Madagascar. Mais, dans les années 80, ces idées sont tombées en déshérence, remplacées par la pensée libérale, au sein des plus grandes agences de développement, pensée libérale qui va s'amender au fil du temps pour prendre en compte des considérations davantage sociales, telles que la promotion de filets de sécurité pour les plus démunis. Cette doctrine "sociale libérale". s'impose tant aux pays en développement qu'aux pays développés aujourd'hui et conditionne, dans une large mesure, la convergence des modèles de politique économique du marché au contrat. En matière de politique de santé, les amendements portés à l'Initiative de Bamako par les bailleurs de fonds internationaux respectent cette évolution, qui trouve son aboutissement dans les approches contractuelles. Dans le même temps, les conceptions et les débats autour de la notion de développement durable émergent.

Les approches contractuelles en matière de politique de santé procèdent-elles de ce développement durable?

III. 3 Une dimension négligée : le rôle du politique

III.31 Les avantages de la contractualisation

Les approches contractuelles des stratégies de santé possèdent, vis-à-vis du développement durable trois avantages principaux : elles permettent de prendre en considération l'équité, au même titre que l'efficacité dans la performance des systèmes de santé, elles desserrent la contrainte financière qui pèse sur la viabilité des systèmes de santé et enfin, elles redonnent un rôle actif à cet acteur particulier qu'est l'État.

Premièrement, tant l'efficacité que l'équité deviennent des objectifs davantage tangibles dans les approches contractuelles que dans les stratégies de santé fondées sur l'Initiative de Bamako. Tout d'abord, L'accessibilité des pauvres aux soins de santé est un objectif affirmé avec autant de force que celui qui consiste à améliorer l'efficacité. Les pauvres ou indigents doivent être visés en priorité par les stratégies contractuelles. Ces politiques promeuvent toujours une conception de la justice sociale rawlsienne : elles admettent que l'on doit traiter en priorité les plus démunis. Ensuite, un des avantages de la contractualisation, relativement aux modèles précédents réside dans l'implication de tous les acteurs dans la fourniture des soins aux plus démunis. Le partenariat, organisé par l'approche contractuelle permet alors de redéployer les ressources existantes entre les secteurs public et privé : les interventions de santé ciblées sur les plus pauvres peuvent tout autant être produites ou financées par le secteur privé, le public, les ONG ou les organisations internationales. Ceci permet de lever en partie la dichotomie entre "le secteur public pour les pauvres et le secteur privé pour les riches" Enfin, la dimension de l'équité n'est plus considérée comme subsidiaire à l'efficacité des systèmes de santé. Ces deux dimensions coexistent simultanément dans le concept de performance, inauguré par l'OMS (OMS 2000), dont l'amélioration constitue finalement l'objectif des politiques sanitaires. L'efficacité médicale redevient un objectif revendiqué : la qualité des soins est au cœur des incitations prévues en direction des producteurs, elle est susceptible d'être contrôlée par les autres acteurs du système, comme les associations d'usagers, les pouvoirs publics et les divers autres intervenants, selon des modalités prévues contractuellement. L'allocation efficace des ressources dans le secteur de la santé est également garantie à deux niveaux : l'organisation systémique du secteur, construite au regard de la théorie des coûts de transaction permet, par l'identification des rôles respectifs de chacun des acteurs, de réaliser d'importantes

économies de ressources – financières et humaines – qui pourront être allouées de manière davantage rationnelle. A un autre niveau, les dispositifs contractuels, notamment les batteries d'incitations à la performance, permettent de contrôler les comportements individuels des différents acteurs : les gaspillages et les détournements alors prégnants doivent être éliminés par la décentralisation des décisions et du contrôle permis par les approches contractuelles.

Deuxièmement, la contrainte financière est desserrée par les approches contractuelles de deux manières. D'une part, la recherche de modes de gouvernance adéquats pour gérer les divers contrats qui se nouent au sein des systèmes sanitaires permet, selon la théorie des coûts de transaction (Williamson Op. Cit.) d'économiser sur les coûts de gestion du système de santé. Cette économie réalisée permet alors à la dépense de santé, qu'elle soit publique ou privée, d'être plus efficace. Ce faisant, ces gains en efficacité de la dépense de santé incitent à la pérennisation du système. D'autre part, si on ne considère que le secteur public, cette amélioration de l'efficacité de la dépense publique permise par la mise en œuvre de la stratégie contractuelle permet à son tour aux autorités publiques de disposer d'une certaine marge de manœuvre budgétaire qui pourrait être utilisée à favoriser la croissance de la richesse nationale – investissements productifs, par exemple -. L'existence de cette marge de manœuvre budgétaire est aussi assurée par la participation financière d'un ensemble d'acteurs au côté de l'autorité publique, comme les ONG, la population et l'aide internationale. En définitive, la contractualisation permet tout à la fois de rétablir une efficacité financière et de lutter contre l'inefficacité bureaucratique, dès lors qu'une batterie d'incitations, prévues dans les contrats est mise en œuvre.

Troisièmement enfin, les nouvelles approches redonnent un rôle à l'État. Les autorités publiques restent des acteurs du système de santé. Le secteur public peut produire des soins, peut les financer, en partenariat avec les autres parties prenantes du secteur de la santé. La forme de cette coopération dépend théoriquement des attributs de l'intervention de santé considérée et de l'identité des partenaires qui s'engagent dans le processus de contractualisation.³⁷ Par ailleurs, l'État possède également le rôle important qui consiste à garantir un environnement favorable à la mise en œuvre de la contractualisation. Il doit protéger les droits de propriété, légiférer pour autoriser la contractualisation et doter les structures publiques de l'autonomie de gestion, afin de leur permettre de contracter en leur nom propre.

Les approches contractuelles semblent assez bien répondre aux impératifs de viabilité des systèmes de santé. Elles permettent simultanément d'assurer l'efficacité et l'équité au sein des systèmes de santé. Par ailleurs – et c'est une dimension à souligner en outre – les préoccupations écologiques, la sauvegarde de l'environnement entrent dans le domaine de la santé, notamment avec la création par la Banque Mondiale de son département Santé, Nutrition, Population (Health Nutrition and Population). La gestion de l'eau potable par exemple, entre dans les programmes de santé proposés par la Banque Mondiale, au même titre que les interventions de santé proprement dites. Le rôle d'interface, joué par la santé entre croissance économique et développement humain est alors rénové et revitalisé par ces nouvelles approches.

III.32 Quelques interrogations au sujet des approches contractuelles : quelle légitimité démocratique des États?

Le rôle d'interface entre croissance économique et développement humain que sont appelées à jouer les approches contractuelles reste suspendu toutefois à la résolution de problèmes inhérents aux hypothèses et aux objectifs poursuivis par ces politiques. Tant en termes d'efficacité, de pérennité du financement qu'en termes d'équité, certaines des mesures prises aujourd'hui permettent

³⁷ Cette question des attributs des transactions qui déterminent les arrangements contractuels adéquats pour les gérer est traitée par la théorie de l'agence et la théorie des coûts de transaction. Pour une application au secteur de la santé, on pourra se reporter à Mills 1998, Tizio 2000, Flori, Tizio 2000.

de douter de la viabilité de telles politiques pour favoriser le développement durable, au sens où on l'a défini.

L'efficacité des systèmes de santé tout d'abord, est étroitement conditionnée à l'adéquation des contrats qui les composent avec l'environnement spécifique au pays considéré et aux différents types d'actions envisagées. Toutefois, les incitations à coopérer, contenues dans les contrats sont des mécanismes qui sont assez complexes à mettre en œuvre, en particulier dès lors que certains comportements de corruption ou de clientélisme sont monnaie courante. De manière connexe, la désétatisation progressive des économies africaines, depuis leurs indépendances, est couplée avec l'émergence d'un secteur informel de plus en plus important qu'il semble difficile d'intégrer dans les politiques contractuelles de santé. Enfin, les conflits ethniques qui embrasent l'Afrique aujourd'hui et l'instabilité politique qui en résulte ne constituent certainement pas un environnement propre à favoriser la coopération entre les différents intervenants des systèmes de santé.

Ensuite, la pérennité du financement, des systèmes de santé est encore aujourd'hui fortement dépendante de l'aide extérieure. Les organisations internationales s'impliquent d'ailleurs de plus en plus fortement dans des projets concernant la santé et la nutrition. Cette implication, qui constitue une évolution avantageuse au demeurant, maintient cependant les différents systèmes sanitaires "sous perfusion"; L'aide internationale reste nécessaire à leur fonctionnement pérenne. L'approche contractuelle des politiques de santé tente toutefois de contourner cet obstacle. Elle permet à d'autres acteurs du secteur de la santé, telles que les ONG, les organisations privées et la population, de participer au financement de ces activités. Cependant, en l'absence de généralisation de systèmes de protection contre le risque maladie – protection sociale ou assurances privées – peut-on être certain de la solvabilité de la demande, garante de la pérennité du système en l'absence de financements extérieurs ? A l'instar des modèles fondés sur l'Initiative de Bamako, les approches contractuelles mettent en avant la rationalité économique, comme moteur du fonctionnement durable des systèmes de santé. Cependant, les modèles théoriques qui les inspirent – Théorie des coûts de transaction, théorie de l'agence -, ne prennent pas en considération d'autres facteurs contextuels de la coordination interindividuelle, tels que les coutumes spécifiques, les jeux de pouvoirs, les valeurs morales... qui sont autant de déterminants annexes à la rationalité économique lato sensu. La négligence de ces dimensions de la coordination interindividuelle au sein des systèmes de santé, au seul profit de la rationalité économique, ne risque-t-elle pas d'hypothéquer la mise en œuvre d'une contractualisation efficace? A l'extrême, on est en droit de se demander, dans une perspective encore plus critique, si la contractualisation ne constitue pas prioritairement un outil de gestion de l'aide internationale?

De plus, la notion de justice sociale, véhiculée par les conceptions contractuelles, est rawlsienne. Elle conduit à catégoriser les actions de santé entre celles qui sont ciblées sur les pauvres et les autres. Même si les secteurs public et privé sont décloisonnés, il n'en reste pas moins que les plus démunis n'auront pas accès à un ensemble de soins tarifés, parmi les plus onéreux. Le système contractuel reste à deux vitesses, même si l'écart entre le traitement des riches et celui des indigents est théoriquement moins important que dans le modèle de l'Initiative de Bamako.

La catégorisation de la population, induite par les politiques de santé sélectives, se heurte en outre à l'obstacle constitué par l'adoption d'un critère d'indigence. A partir de quel seuil est-on considéré comme indigent? Et qui évalue l'indigence? Ce sont deux des questions qui se posent de manière d'autant plus aiguë que la pauvreté, pour ne pas dire l'extrême pauvreté, constitue le lot commun à la grande majorité de la population des pays en développement de la zone subsaharienne.³⁸ Le problème est selon nous encore plus profond que celui constitué par les obstacles, somme toute techniques, à l'élaboration de politiques de santé catégorielles en Afrique

³⁸ Ces questions du traitement de l'indigence sont traitées entre autres par Kaddar et alii 1997, de la Roque 1995, Nous en reprenons les grandes lignes par ailleurs (Cf. Tizio 1997, 1999).

subsaharienne : Le droit à la santé, affirmé comme droit fondamental de l'être humain par la déclaration des droits de l'homme (art. 25), est-il compatible avec une politique sanitaire qui renie l'universalisme? Le développement durable, dans toutes ses dimensions, peut-il se passer de politiques sociales universelles? Telles sont les premières questions sur lesquelles on débouche, lorsqu'on évalue la compatibilité des politiques de santé subsahariennes avec les objectifs d'un développement économique et social durable.

L'approche contractuelle pose enfin, le problème du rôle et de la légitimité de l'État dans le développement durable. L'État est en effet introduit dans le fonctionnement contractuel des systèmes de santé, certes comme un acteur, mais aussi comme un instrument de la politique sanitaire. Ce double rôle d'intervenant direct, et de construction du cadre légal de la coopération ne renseigne aucunement sur la forme que revêt cet État, donc sur sa légitimité. Dans le cadre des stratégies contractuelles, la légitimité de l'État est une donnée exogène au modèle de coordination. Il s'agit d'une donnée contextuelle, parfois déterminée de l'extérieur par les bailleurs de fonds. Or la construction du contexte de la coordination contractuelle est justement dévolue à l'État. La légitimité conférée à l'État d'intervenir dans le secteur de la santé est également conditionnée par son rôle de législateur. Comment concilier un contexte exogène... Et la construction de ce contexte? Par ailleurs, les États sont les interlocuteurs uniques des financeurs extérieurs. Leur pérennité semble alors conditionnée au respect des engagements qu'ils prennent vis-à-vis des organisations internationales et non pas vis-à-vis de la population. La constitution des États, leur légitimité démocratique intérieure sont éludées par les modèles contractuels, tout au plus est-il précisé que ces autorités publiques doivent être correctement structurées afin de permettre la protection des contrats et leur intervention dans le secteur. En définitive que le pouvoir de l'État soit exercé de manière autoritaire ou démocratique, cela ne change pas fondamentalement son rôle dans la stratégie contractuelle de santé.

Le développement durable se conçoit de deux manières distinctes (Anand et Sen 2001) : l'une de développement humain, l'autre de développement économique stricto sensu. La priorité qui continue à être conférée, dans les politiques de développement, à l'efficacité économique, au détriment d'autres dimensions, apparaît restreindre le champ du développement durable à la recherche de la croissance économique. Dans cette perspective réductrice, l'état de santé des populations est considéré comme un résultat de la croissance économique, davantage que comme un prérequis. C'est oublier que les relations entre santé et croissance ne sont pas univoques et que la croissance économique seule échoue à produire le développement. La perspective adoptée ici conduit à considérer au contraire que, d'une part, la santé des individus et le fonctionnement des systèmes de santé se trouvent en fait à l'interface de la croissance économique et du développement humain et que, d'autre part, la santé produit simultanément de la croissance et du développement. Le développement durable est alors identifiable à l'autoentretien des relations entre croissance économique et développement humain. Le système de santé, appréhendé sous les angles de l'efficacité, de l'équité, de la pérennité de son financement et de sa légitimité démocratique joue un rôle déterminant dans la poursuite de cet objectif.

Les échecs des politiques de santé menées dans les années 70 et 80 et fondées successivement sur le modèle de la Déclaration d'Alma-Ata, puis sur celui de l'Initiative de Bamako peuvent dès lors s'expliquer par la négligence de certaines des dimensions, identifiées par notre grille d'analyse, qui contribuent au développement durable. Aujourd'hui, les modèles hybrides de politique de santé semblent aller dans le sens d'une prise en considération des différentes dimensions identifiées à l'exception de la légitimité politique de ces réformes qui reste éludée. Pourtant, Le développement durable, appuyé entres autres par la politique de santé, peut-il se passer du développement de la

démocratie?³⁹ En d'autres termes, un modèle de développement est-il durable s'il est imposé? Sans adhésion d'une majorité dans la population, l'apparition de tensions sociales – ou ethniques –, et l'instabilité politique qui en résulte ne peuvent que compromettre la viabilité des stratégies contractuelles de santé et la durabilité du modèle de développement.

Ainsi, nonobstant la viabilité à long terme des systèmes de santé qui, en améliorant l'état de santé de la population, permet théoriquement d'en accroître la productivité et d'en favoriser l'insertion sociale, la recherche du développement durable implique d'autres dimensions que l'économie, la justice et l'écologie. La légitimité et le rôle des autorités publiques sont, on l'aura compris, déterminants dans le choix d'un modèle spécifique de développement, mais également d'un modèle de société. L'accession à la démocratie, c'est à dire la recherche d'un consensus social sur les moyens, mais aussi sur les objectifs du développement, constitue à notre sens un préalable nécessaire à la mise en œuvre de toute stratégie de santé. Négliger ce préalable, constitue un risque majeur de régression économique, sociale et politique pour ces pays, en particulier pour les moins développés d'entre eux.

BIBLIOGRAPHIE

- Anand J., Sen A. (2001) : "Human development and economic sustainability" *World Development*, vol. 28, n° 12, pp. 2029 – 2049.
- Arvon H. (1980) : L'autogestion. Presses Universitaires de France, Paris.
- Banque Mondiale (1993) : Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Banque Mondiale, Washington.
- Banque Mondiale (1997) : Rapport sur le développement dans le monde. L'État dans un monde en mutation. Banque Mondiale, Washington
- Barro R., Sala-i-Martin X. (1995) : Economic growth, Mc Graw Hill, New York.
- Becker G. (1964) : Human capital, NBER, New York.
- Behrman J. R., Deolalikar A. B.. (1988) : "Health and Nutrition" in *Chenery H, Srinivasan T. Handbook of Development Economics*, North Holland.
- Bloom D. E., Sachs J. D. (1998) : "Geography, demography and economic growth in Africa", *Brookings Papers on Economic Activity*, n°2, pp. 207 – 295.
- Bourdieu P. (1979) : La distinction : critique sociale du jugement. Éditions de Minuit, Paris.
- Brunet-Jailly J. (2001) : "Quels critères pour une juste répartition des soins?" *Esprit*, janvier. pp. 98 – 113.
- Carrin G. et alii. (1993) : L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé. Une aide à la réflexion dans les pays les plus démunis, Document technique de l'OMS, OMS, Genève.
- Coleman J. S. (1988) : "Social capital in the creation of human capital", in Lesser E. (ed) : *Knowledge and social capital*. University of Chicago Press. Chicago.

³⁹ Cette question est abordée par Brunet-Jailly qui lance un appel au financement de politique de libertés, comme la liberté d'association, de la presse... afin de permettre la participation de la population, nécessaire selon lui pour résoudre les problèmes de santé (Brunet-Jailly 2001)

Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le développement (1992) : Rapport de la conférence Rio de Janeiro Juin

De la Roque M. (1996) : "Équité et exclusion des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. " *Cahiers "santé" d'étude et de recherche francophone n°6, vol. 6, pp. 341 – 344*

Dubois J-L., Mahieu F-R., Poussard A. (2001) : "La durabilité sociale composante du développement humain durable", *Cahiers du GRATICE, n°20, pp. 95 – 113.*

Dugbatey K. (1999) : "National health policies : subsaharan african case studies (1980 – 1990)", *Social Science and Medicine, vol 49, pp. 223 – 239.*

Dumoulin J. (2001) : "Le développement des travaux d'économie de la santé" *Économies et Sociétés, série F, n° 89, pp 1477 – 1489.*

Dumoulin J., Kaddar M. (1993) : "Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne. Rationalité économique et autres questions subséquentes", *Sciences Sociales et Santé, vol 11, n° 2, pp. 81 – 119.*

Elamé E; (2001) : "Repenser le concept de développement durable", *Cahiers du GRATICE, n°20, pp. 135 – 153.*

Filner D. et alii (1998) : "Health policy in poor countries : weak links in the chain" *World Bank research working paper, n° 1874, Banque Mondiale, Washington.*

Florencia C. L. et alii (2000) : "Public spending on health care in Africa. Do the poor benefit?", *Bulletin of the World Health Organisation, vol 78*

Flori Y. A., Tizio S. (2000) : "*Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité, ou efficacité ergo équité ? A la recherche d'une synthèse.* ", in Alcouffe et al (dirs). Efficacité versus équité en économie sociale, Paris, L'Harmattan, 2000, pp 467 – 478.

Fournier P. et Potevin L. (1995) : "Participation Communautaire et Programmes de Santé : Les fondements d'un dogme" *Sciences Sociales & Santé vol. 13, n° 2, pp. 39 – 57.*

Gadreau M. (1983) : "L'inflation médicale : hasard ou nécessité?" *Schweiz Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, n° 3, pp. 279 – 305.*

Gadreau M., Tizio S. (2000) "Quels fondements pour les politiques sanitaires subsahariennes, *Économies et Sociétés, série R, n° 11, janvier 2000, p. 241 – 266.*

Garde-Bentaleb F. et alii. (2002) : "Bringing scientific knowledge from research to the professional fields : the case of the thermal and airflow design of building in tropical climates", *Energy and Buildings, vol. 34, n° 5, pp. 511 – 521.*

Gousseault Y; (1995) : *Sociologie du développement, Tiers Monde, Paris*

Guillaumont P. (1985) : Économie du développement Tome 3, PUF, Paris.

Heidiger W. (2000) : "Analysis. Sustainable development and social welfare", *Ecological economics, n° 32, pp 481 – 492.*

Hibou B. (1998) : "Banque Mondiale : les méfaits du catéchisme économique. L'exemple de l'Afrique subsaharienne" *Esprit, Août – Septembre.*

Hugon P. (1989) : Économie du développement, Dalloz, Paris.

Kaddar M. et alii. (1997) : Indigence et accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne. Document technique du G. T. Z. , division 412 Santé, population, nutrition.

- Kaygusus K. (2002) : "Sustainable development of hydropower and biomass in Turkey", *Energy, Conversion and Management*, vol. 43, n° 8, pp. 1099 – 1120.
- Lucas R. E. (1988) : "On the mechanics of economic development", *Journal of Monetary Economics*, n° 22, pp. 3 – 42.
- Mahieu F. R. (2000) : Éthique économique L'Harmattan, Paris
- Mills A. (1998) : "To contract or not to contract. Issues for low and middle income countries", *Health Policy and Planning*, vol 13, n° 1, pp. 32 – 40.
- Murray C., Frenk J. (2000) : "A WHO framework for health systems performance assessment". *Bulletin of the World Health Organisation*, n° 78.
- Musgrave R. A. (1959) : The theory of public finance. MC Graw Hill, New York.
- Musgrove P. (1996) : Public and private roles in health : theory and financing patterns. *The World Bank Discussion Paper n°339*, Washington.
- Nolan B. et Turbat V. (1995) : Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa Washington, World Bank.
- Olsen E. O. et Rogers D. L. (1991) : "The welfare economics of equal access", *Journal of public economics*, 45, pp 91 - 105.
- Olsen I. T. (1998) : "Sustainability of health care : a framework for analysis", *Health Policy and Planning*, vol 13, n° 3, pp. 287 – 295.
- OMS (2000) : Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant, OMS Genève.
- Penouil M. (1979) : Socio économie du développement, Paris, Daloz.
- Perrot J. (1999) : L'approche contractuelle comme outil de mise œuvre des politiques nationales de santé. Document de travail, OMS, Genève.
- Perrot J. et alii. (2001) : Un partenariat basé sur des relations contractuelles : outils pour la réussite. A paraître OMS, Genève.
- Perroux F. (1961) : L'économie du vingtième siècle 2^{ème} édition PUF
- PNUD (1990) : Rapport sur le développement humain. PNUD
- PNUD (1996) : Rapport sur le développement humain, PNUD.
- Ranis G. et alii. (2000) : "Economic growth and human development", *World Development*, vol. 28, n° 2, pp. 197 – 219.
- Russell S., Guilson L. (1997) : "user fee policies to promote health service access for the poor : a wolf in sheep's clothing", *International Journal of Health Services*, vol 27, n°2, pp. 359 – 379.
- Sachs I (1993) : L'écodéveloppement. Stratégies de transition vers le XXIème siècle. Paris, Syros;
- Schneider-Bunner C. (1997) : Santé et justice sociale. L'économie de la santé face à l'équité. *Economica*, Paris.
- Schultz T. W. (1961) : "Investment in human capital", *American Economic Review*, vol 51, pp. 1 – 17.
- Sen A. (1981) : Poverty and famines, an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Clarendon.
- Stiglitz J. E. (1989) : "On the economic rôle of the state" in A. Heertje ed. The economic rôle of the state, Oxford. Blackwell.

Strauss J., Thomas D. (1998) : "health, nutrition and economic development", *Journal of Economic Literature*, n° 36, pp. 766 – 817.

Tizio S. (1998) : "La participation communautaire dans les politiques de santé subsahariennes. Un égalitarisme dénaturé ? " in P. Méhaut, P. Mossé (dirs). Les politiques sociales catégorielles. Fondements, portée et limites. Paris, L'Harmattan, Tome 2, 1997, p. 533 – 554.

Tizio S. (1999) : La coordination dans les économies en développement. Une contribution théorique à la régulation des systèmes de santé subsahariens. *Thèse de Doctorat ès Science Économique, Université de Bourgogne, Dijon*.

Tizio S. (2000) : "Les implications de l'économie néo-institutionnelle pour la régulation des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : un nouveau paradigme ?" *communication au colloque international organisé par le CERDI "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie", décembre 2000, à Clermont-Ferrand*

Tizio S., Flori Y. A. (1997) : "L'initiative de Bamako : 'santé pour tous' ou 'maladie pour chacun'?", *Revue Tiers Monde T 38, n°152, pp 837 - 858*.

Ulman P. (1999) : Croissance et santé. Les nouvelles théories de la croissance appliquées aux pays développés. *Thèse de doctorat ès Science Économique, Université de Paris XII*

Vining A. R., Gliberman S. (1999) : "Contracting out health care services : a conceptual framework", *Health Policy*, vol 46, pp. 77 – 96.

WECD (1987) : *Our common future WECD, Oxford University Press*.

WHO (2001) : *Macroeconomics and health : investing in health for economic development*. report of the commission on macroeconomics and health, OMS, Genève.

Williamson O. E. (1985) : The economic institutions of capitalism, *the Free Press*, Traduction française (1994) : Les institutions de l'économie, *Interéditions, 1994*.