



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

70 | 2007
70

Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement

Nicolas Tanti-Hardouin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/429>

DOI : 10.4000/amades.429

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2007

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Nicolas Tanti-Hardouin, « Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement », *Bulletin Amades* [En ligne], 70 | 2007, mis en ligne le 04 février 2009, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/429> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.429>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement

Nicolas Tanti-Hardouin

*« Nos sociétés industrielles, socialistes ou capitalistes, sont des sociétés économiques. L'économie est la forme essentielle du monde moderne et les problèmes économiques sont nos préoccupations principales. Pourtant, le vrai sens de la vie est ailleurs. Tous le savent. Tous l'oublent. Pourquoi ? » (J-P. Dupuis et P. Dumouchel, *L'enfer des choses*).*

- 1 Le sentiment qui se dégage aujourd'hui de l'abondante littérature sur la mondialisation est que le développement est redevenu, après quelques années d'éclipse, un concept d'une grande actualité et d'une importance nouvelle pour la science économique.
- 2 La lutte contre la pauvreté, la nécessité de réduire les écarts de croissance, de prospérité et de niveaux de vie, apparaissent comme des objectifs fondamentaux de la nouvelle mondialisation (Rapport de la Banque Mondiale sur l'équité et le développement 2006). Nulle prétention de notre part à vouloir présentement apporter des solutions ou même des explications à ces phénomènes complexes.
- 3 En revanche, une ambition plus légitime semble-t-il, est de se questionner sur les raisons qui, après tant d'années de développement, n'ont pas permis dans les pays pauvres de la planète d'avoir une « bonne santé » et des systèmes de santé efficaces et équitables.
- 4 À cet égard, précisons que la posture de l'économiste est délicate, quelque peu « schizophrénique » puisqu'il s'agit de concilier, à travers la recherche de l'optimum économique et social, l'efficacité productive (rentabilité) et l'efficacité sociale (équité) mais aussi d'articuler dans une même perspective, équilibre microsocial et macrosocial. Sous de telles conditions, le point de vue de l'économiste sur les régulations et les dysfonctionnements du champ de la santé des pays du Sud offre seulement un cadre

analytique singulier qui ne demande qu'à s'enrichir des apports et travaux des autres sciences sociales dont l'anthropologie afin d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes sociaux et culturels.

- 5 Quand il parle de la maladie, l'économiste doit envisager deux dimensions, comme l'a montré brillamment K.J. Arrow dans son article fondateur de 1953 : la prise en charge de la maladie par une offre de soins et la couverture monétaire et assurancielle de cette transaction. Pour se couvrir contre le risque maladie, on a très tôt mis en place en Occident des systèmes de financement dont l'importance est aujourd'hui considérable¹. Qu'en est-il dans les pays du Sud ?
- 6 Les économistes de la santé ont des lectures divergentes sur ce qui s'est passé ces dernières années dans les pays pauvres.
- 7 M. Audibert et J. Mathonnat, du Centre d'Etudes et de Recherche du le Développement International (CERDI), résumant ainsi la situation : « Par delà les différences considérables de situation entre les pays qui font que le financement de la santé ne peut être analysé en dehors de son environnement socio-économique et politique – que l'on pense à des situations aussi éloignées que le Chili, Cuba, la Chine, Sri Lanka, l'Algérie ou le Niger – il se dégage malgré tout une évolution tendancielle des approches autour de trois paradigmes successivement dominants : gratuité des soins, contribution financière des usagers (trop souvent abusivement qualifiée de recouvrement des coûts), et développement des mécanismes assuranciers »²
- 8 Dans la régulation des systèmes de santé des Pays en Développement des années 1970 au milieu des années 1990, et en particulier en Afrique Subsaharienne, on distingue deux grandes périodes. D'abord, les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma Ata (1979) 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.
- 9 Ensuite, les politiques basées sur l'Initiative de Bamako (1987) ont tenté de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle plutôt financier ; la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes, dans le cadre de politiques dites de « recouvrement des coûts » visaient en fait à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système. Le bilan de l'initiative de Bamako est aujourd'hui critiqué tant du point de vue des objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, qu'en termes d'équité qui a été négligée alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel en matière de santé.
- 10 Si on considère que les politiques de santé constituent une courroie de transmission privilégiée entre la croissance et le développement humain, ces deux modèles bipolaires de politique de santé méritent d'être analysés du point de vue de la philosophie sociale qui les fonde.
- 11 Pour être bref, en passant d'Alma Ata à Bamako, on est en vérité passé d'une primauté donnée à l'équité égalitariste à une primauté donnée à l'efficacité économique. La conception de la justice sociale se fait alors davantage différentielle, inspirée plutôt de la philosophie de J. Rawls³
- 12 Dans le cadre de la gratuité des soins, la santé est « un droit fondamental de l'être humain » et pour en assurer une juste et large distribution, les soins et les produits de santé ont la qualité de biens tutélaires (biens publics) produits et financés par l'Etat. Le

schéma sanitaire est clair : la construction d'infrastructures permet aux différents pays subsahariens d'élaborer une pyramide sanitaire avec au sommet l'hôpital central de la capitale, puis un échelon intermédiaire qui comprend des centres de santé régionaux et, à la base, un réseau de postes de santé communautaires, chargés de distribuer les soins primaires. Pour certains auteurs⁴, il s'agissait à l'époque de rompre avec la pratique de l'hospitalo-centrisme inspiré des systèmes de santé occidentaux.

- 13 Mais d'Alma Ata à Bamako, on passe d'une conception du développement économique fondé sur la primauté de l'Etat – modèles d'inspiration socialiste et keynésien – à celle d'un développement fondé sur le marché.
- 14 Ce point est important et mérite qu'on s'y arrête afin de reconsidérer le problème économique du développement. Dans l'interventionnisme étatique de type keynésien qui représente un modèle de régulation macro-économique où se conjugue sans contradiction efficacité économique et efficacité sociale (par une politique de biens publics dont la santé), on peut interpréter convenablement l'échec des politiques de santé. L'explication réside soit dans l'insuffisance du surplus à distribuer, soit dans sa mauvaise allocation.
- 15 Le premier cas renvoie à l'échec des modèles de croissance eux-mêmes.
- 16 Dans un ouvrage récent, William Easterly ⁵ fait le constat que la plupart des préconisations des modèles de croissance sur un demi-siècle n'a pas donné les effets escomptés. En effet, après la décolonisation, de nombreux pays ont opté pour des modèles macroéconomiques fondés sur les paradigmes développementalistes et marxistes qui ont en commun une vision évolutionniste de l'histoire sociale et du développement (« Il faut franchir des étapes »). L'approche la plus caricaturale est celle des grandes étapes de la croissance de Rostow, qui propose de suivre le chemin de l'Occident (vision mimétique). Les débats ont été vifs afin de savoir s'il fallait davantage d'épargne, et d'investissements dans le capital physique. De nombreuses thèses ont traité des problèmes de la dualité des secteurs agricoles et industriels dans les pays du sud. La récurrence des questions est alors flagrante : comment absorber le surplus de main d'œuvre rurale, quels débouchés doit assurer l'agriculture au monde industriel, quel rôle doivent jouer l'exportation et l'insertion dans le commerce international en matière de développement économique, etc. Ce que William Easterly souligne fortement est que chaque hypothèse a fait l'objet d'une sorte d'appropriation doctrinale par les grandes institutions internationales. Chaque fois, d'importantes sommes d'argent ont été injectées dans le circuit économique, soit par l'effort des pays eux-mêmes, soit par des aides, soit par l'endettement qui va devenir le problème épineux des années 1980-1990 avec l'insolvabilité totale de pays comme le Mexique.
- 17 Ainsi, la conclusion de ce premier point est que l'essentiel des ressources allouées aux activités d'exportation ou à la structuration d'industries industrialisantes a fait défaut à la production de biens publics, comme la santé et l'éducation. La rareté des ressources a imposé de faire des choix draconiens qui ne permettaient plus de financer les biens collectifs.
- 18 Le second cas est plus connu des sociologues et anthropologues puisqu'il part du constat que les richesses du pays ne sont pas allouées pour le bien-être de toute la population (captation de la rente par des classes privilégiées, corruption, appropriation par les entreprises transnationales puissantes). Illustrons ce phénomène par plusieurs exemples. Les entreprises exportatrices, qu'elles soient nationales ou internationales, transfèrent leurs profits dans les pays du nord où la rentabilité financière est sûre et

plus élevée. On préfère avec la globalisation les placements financiers aux investissements réels dans le pays. De même, les surplus issus d'activités exportatrices, fortes en valeur ajoutée, sont prioritairement distribués aux actionnaires au détriment des salariés du pays. Les politiques fiscales incitatives ne permettent pas aux états de se réappropriier une partie du surplus économique qui fait défaut à l'amélioration de vie des populations locales. Un dernier exemple plus précis : les surplus dégagés de la vente de médicaments essentiels devaient en partie financer l'accès gratuit des indigents aux services de santé. Or, il n'en n'a rien été. Plus généralement, la mauvaise captation du surplus sur le long terme a empêché bien des pays du sud d'avoir une politique de redistribution favorable à la constitution d'une classe moyenne, ce qui est allé dans le sens d'une dualisation sociale.

- 19 L'Initiative de Bamako signifie l'abandon de ce modèle keynésien et le recours au marché, c'est-à-dire à une conception libérale portée par toutes les institutions internationales et qui domine encore aujourd'hui le champ des sciences économiques.
- 20 L'approche libérale est certainement plus connue dans les sciences sociales comme la combinaison de la domination du marché en tant que mécanisme régulateur et producteur de l'optimalité, et de l'intervention minimale de l'Etat qui doit garantir la seule sécurité des biens et des personnes. L'hégémonie de ce modèle s'est surtout faite sentir dans les politiques de la Banque Mondiale et du FMI au cours de la décennie 1980, avec la mise en place des politiques d' « l'ajustement structurel ».
- 21 Avec le fol endettement des années 1970 pour financer coûte que coûte le décollage industriel, les pays exsangues et en grande difficulté ont accepté l'assainissement monétaire et financier par le rééquilibrage des balances extérieures, la rigueur monétaire, les réajustements des changes, et surtout la rigueur salariale afin de freiner les demandes intérieures, sources d'inflation.
- 22 Pour les économistes tenants de cette orthodoxie libérale, la cause est juste et représente le seul remède, mais à quel prix ? Au prix d'un appauvrissement des plus humbles, affectés dans leur pouvoir d'achat, et par l'accroissement des inégalités économiques (Rapport de l'ONU sur la situation sociale dans le monde en 2005 : La crise de l'inégalité ; Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde : Equité et développement, 2006).
- 23 Cette orientation libérale a également des implications en matière de santé. En effet, les Etats africains qui désirent poursuivre l'objectif dit de « la santé pour tous » s'engagent à mettre en œuvre une série de réformes qui libéralisent les systèmes de santé et désengagent l'Etat du secteur. Le recouvrement consiste à avoir recours au financement du patient en substitution ou en complément du financement public défaillant. On part alors du principe suivant lequel les populations auraient l'habitude de payer bien des soins et produits pharmaceutiques rares. L'hypothèse économique sous-jacente à cette politique est qu'il existerait une capacité à payer les soins de la part des individus avec une demande potentiellement solvable. Ce choix du recours à la rationalité économique dans le fonctionnement des systèmes de santé est en vérité surprenant. D'abord, au niveau macro-économique, aucun modèle et aucune évaluation économétrique valable ne justifient un tel choix ⁶. Au plan micro économique, il est plus raisonnable d'appliquer les principes comportementaux du fameux « homo œconomicus » à des populations ayant en majorité une activité déclarée, un certain niveau de vie, de revenus sûrs et constants, et une bonne couverture maladie. Si ces

conditions ne sont pas réunies, on court le risque de créer, comme le souligne A. Desclaux, des « trappes à pauvreté sanitaire ».

- 24 Mais il y a plus : si la participation communautaire, au cœur de l'idéal autogestionnaire qui fonde la Déclaration d'Alma Ata est conservée, sa conception évolue. L'idée est simple : la communauté doit repérer ceux qui ne peuvent pas payer (les indigents). En l'absence de mécanisme de redistribution, la communauté doit identifier ces individus pour que leur soient appliqués des tarifs moins élevés, ou nuls. Concrètement, dit Stéphane Tizio, « la communauté doit fixer les règles d'exemption de paiement et en même temps identifier ceux qui y auront droit »⁷
- 25 Un commentaire est devenu célèbre chez les économistes de la santé : les systèmes de santé fondés sur l'Initiative de Bamako assurent « la santé minimale pour tous » et laissent, au delà de ce minimum, « la maladie pour chacun ».
- 26 On imagine dès lors aisément que les politiques néo-libérales et d'ajustements structurels ne sont pas allées dans le sens d'un déploiement de l'offre de biens publics à fortes externalités, avec en priorité la santé.
- 27 Aujourd'hui, on a la double certitude que le Sud, le Tiers Monde cher à Alfred Sauvy, a éclaté en sous-groupes au développement différentiel (pays à revenus intermédiaires, nouveaux pays industrialisés), et que certains pays à la croissance plus assurée tentent d'instaurer, sous formes variées, des systèmes d'assurance maladie plus universels et obligatoires. La voie de la socialisation des systèmes de protection sociale et d'assurance maladie, la mutualisation des risques santé seraient-elles à nouveau à l'ordre du jour ?⁸
- 28 La réflexion économique sur ce sujet reste pour l'instant interrogative plus qu'affirmative. Les voies à prospecter sont plus difficiles qu'il n'y paraît : les notions de santé comme bien public mondial ou d'assurance mondiale doivent être considérées avec précaution.
- 29 En revanche, malgré l'impression générale d'échec des expériences passées, les économistes de la santé considèrent que plusieurs pays africains mettent en place des expériences souvent passionnantes d'assurances, obligeant à réviser la vision d'une Afrique immobile, paralysée par ses propres pesanteurs (C. Le Pen, 2006).
- 30 Le regard de l'économiste doit changer. Il s'est longtemps limité à l'étude de la couverture maladie des pays riches. L'avenir nous amène à reconsidérer la relation santé et développement : nous avons pensé que le développement économique primait sur le développement sanitaire. Or, santé et richesse nationale entretiennent des relations complexes. La croissance économique stimule certes le développement du secteur sanitaire, mais celui-ci contribue fortement à lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité sociales, favorisant ainsi le développement économique.
- 31 Que le lecteur de ces considérations économiques sur le bien santé qui tend à devenir un bien public mondial⁹ retienne cette vérité énoncée par R. Wilkinson : « La réduction des inégalités doit devenir un objectif politique de premier plan si nous voulons que la santé et le capital social se renforcent, si nous voulons nous débarrasser de préjugés contraires à l'intérêt commun et créer une société mondiale plus ouverte et pacifiée »¹⁰.
- 32 Dans cette quête d'un renouvellement des problématiques de la santé dans le sud, l'économiste ne peut pas rester seul et il doit profiter de la fécondité des autres sciences sociales dont l'anthropologie qui représente le regard le plus éclairant.

NOTES

1. K. J. Arrow, « Uncertainty and the welfare economics of medial care », *American Economic Review*, Décembre 1963, p 851-883 On ne mesure peut-être pas l'importance d'un système d'assurance maladie obligatoire, universel, uniforme qui couvre contre le risque maladie dont les conséquences sociales et économiques peuvent être redoutables. Tel avait été le raisonnement de Bismarck et plus tard de Beveridge dont les noms sont restés attachés aux systèmes de protection sociale que la pensée libérale ambiante essaie de remettre en cause.
2. M. Audibert et J. Mathonat, « Evolutions et enjeux du financement de la santé dans les pays en développement : quelques repères », *La Lettre du Collège des Economistes Français de la santé*, Décembre 2003, p 3-4.
3. Dans le modèle de justice sociale de J. Rawls adapté à la santé, les biens et services médicaux sont distribués selon une logique marchande libérale (principe d'égalité liberté) et l'Etat intervient pour subvenir aux besoins sanitaires des plus démunis (principe de différence et d'aide aux plus pauvres). Pour une présentation voir, C. Arnsperger et P. Van Parijs, *Ethique économique et sociale*, La Découverte, 2000.
4. Par exemple, Y.A. Flori et S. Tizio « Les Politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité ? À la recherche d'une synthèse », in : Alcouffe et al, *Efficacité versus équité en Economie sociale*, Paris, L'Harmattan, 2000, pp. 467- 478.
5. William Easterly, « Les pays pauvres sont-ils condamnés à rester pauvres ? » Editions d'Organisation, 2006.
6. Le même constat est fait par l'équipe de J-P. Moatti dans un article éclairant sur les enjeux idéologiques de ce moment de rupture. Cf. Boubou Cissé, Stéphane Luchini et J-P. Moatti, « Recouvrement des Coûts et demande de soins dans les PED », *Revue Française d'Economie*, 2000, p 110-149.
7. S. Tizio, « Proposition d'une grille de lecture de la contribution des politiques de santé au développement durable », *Communication*, CERDI, 2002.
8. C'est ce que laissent présager certains travaux francophones récents : voir M. Audibert, J. Mathonnat et E. de Roodenbeke (dir), *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, 2003 ; G. Dussault, P. Fournier et A. Letourmy (ed.) *L'assurance maladie en Afrique Francophone - Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale, 2006.
9. Voir N. Tanti-Hardouin, « La santé comme bien public mondial », à paraître en 2007.
10. R. Wilkinson, *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Cassini, Paris 2002.