

LE FINANCEMENT INTERNATIONAL DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION

YVES-ANTOINE FLORI *

L'éradication de la variole dans les années 70 peut être considérée comme l'exemple de ce qui est possible de réaliser en matière de campagne internationale de prévention. Cette réussite montre que l'aide et l'assistance de l'ensemble de la communauté internationale peuvent aboutir à des résultats positifs, si le but à atteindre est clair et les moyens disponibles dans la durée. Un second objectif peut être atteint d'ici la fin du siècle, la fin de la poliomyélite. Pour cette maladie on dispose d'un vaccin, et de stratégies, reste le problème de financement de l'un et des autres. La reprise économique et un ferme engagement des pays développés permettront peut-être d'atteindre rapidement ce but¹.

Par ailleurs, la communauté internationale semble avoir pris conscience, face à l'extension de l'infection à VIH, du rôle primordial de la prévention des maladies transmissibles et notamment du sida, ainsi que le soulignent, par exemple, les recommandations qui ont été faites lors du sommet mondial contre le Sida à Paris en décembre 1994.

Au-delà de ces exemples, l'amélioration de la santé dans les pays en développement, par la mise en oeuvre de campagne de prévention et de santé publique est un objectif souligné par l'ensemble des organisations internationales. L'UNICEF, dans son rapport sur la situation des enfants dans le monde, consacre un chapitre à la promotion de la santé et aux mesures de prévention (Programme Elargi de Vaccination), prévention des maladies diarrhéiques, développement de l'éducation, meilleur accès à l'eau potable². L'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport d'orientation³, le PNUD dans le rapport sur le développement humain⁴, ou enfin la Banque Mondiale avec le rapport de 1993 « Investir dans la santé⁵ », insistent également sur l'importance des campagnes de prévention. Mais face à la persistance des problèmes financiers et à la désorgani-

237

* Université de Bourgogne et Centre de Recherches en Economie de la Santé.

1 World Health Assembly Resolution WHA 41.28, 1993.

2 UNICEF (1994) : « Rapport sur la situation des enfants dans le monde », Paris.

3 WHO (1993) « Implementation of the Global Strategy for the Health for All by the year 2000 - Eighth-report on the world health situation. Geneva WHO.

4 PNUD(1994) « Rapport sur le Développement Humain - Paris, Economica.

5 Banque Mondiale(1993) : « Investir dans la santé - Rapport Banque Mondiale, Paris, Economica.

sation des systèmes de santé, ces recommandations sont-elles mises en oeuvre ou restent-elles dans le domaine des intentions à l'image de ce qui est pratiqué dans les pays développés ?

Quelle doit être la place de la prévention dans les systèmes de santé des pays en développement ? Quelles doivent être les modalités de financement des campagnes et quelle doit être la part de l'aide internationale ? Telles sont des questions que nous allons tenter de traiter.

Dans le domaine des soins de santé comme dans les autres secteurs de la vie économique, il n'est plus possible de considérer les pays en développement comme un seul bloc, il convient ainsi que le propose, Michel Vernières⁶ de parler d'économie des tiers mondes. C'est sur l'Afrique que nous allons centrer nos analyses. Ceci pour deux raisons, tout d'abord, c'est le continent qui est le mieux connu des francophones et où ils interviennent le plus, et hélas, c'est la partie du monde qui cumule le plus de difficultés et où les progrès sont moins visibles que pour l'Asie ou l'Amérique Latine.

Nous présenterons d'abord le cadre économique des plans d'ajustement structurel et les conséquences qu'ils ont eues sur la santé et son financement. Après avoir décrit le principe des années de vie sans incapacité et les choix qui en découlent en matière de programmes de santé, des données sur les dépenses de santé dans les pays africains et les résultats de programmes de préventions seront présentées puis, nous analyserons les financements internationaux des programmes de santé publique et décrirons les exemples du PEV et du SIDA. Ceci nous conduira à une conclusion sur la pérennisation des programmes de santé publique dans les pays en développement.

238

Le contexte économique

Le lancinant problème⁷ de la Dette et les plans d'ajustement

Les conséquences économiques et financières de la crise dans les pays en développement à partir de la fin des années 70, à la suite d'une hausse des taux d'intérêt et d'une réduction des capacités de financement internationales, ont conduit à l'imposition par les institutions financières internationales de plans d'ajustement.

Les plans d'ajustements structurels ont pour but de rétablir un équilibre structurellement défailant entre l'offre et la demande afin de retrouver un sentier de croissance vertueuse ; pour ce faire un paquet de mesures est

6 Michel Vernières (1992) : « Economie des tiers mondes », Paris, Economica .

7 Expression de H. Bourguinat (1993) in Finance Internationale Paris PUF collection Thémis.

souvent mis en place ⁸. La réduction des dépenses publiques, la suppression des subventions alimentaires et le gel ou la réduction des salaires sont les réformes qui sont le plus souvent appliquées en Afrique avec les modifications des systèmes fiscaux.

La mise en oeuvre des plans d'ajustements structurel a entraîné une baisse des dépenses dans les secteurs de l'éducation et de la santé. La mesure des effets sociaux de ces plans n'est pas facile, tant à cause de la dilution des effets dans le temps que du fait qu'ils n'ont pas touchés de la même façon chacune des catégories de populations (ruraux contre citadins), (Ph. Hugon ⁹, Genberg). Même si des discussions persistent sur l'ampleur des effets, il apparaît, selon toute vraisemblance, que la situation des populations les plus défavorisées s'est détériorée (Behrman ¹⁰, Pinstrip-Andersen ¹¹). En matière de santé, les dépenses de santé, investissement et fonctionnement (dans une moindre mesure) ont été réduites, ce qui a entraîné, dans un contexte de famine et de guerre, une moindre réduction de la mortalité infantile et une détérioration de l'état nutritionnel des enfants. Les investissements et les dépenses de prévention sont sacrifiés en premier, les dépenses de fonctionnement (notamment les salaires et le fonctionnement de l'hôpital) étant difficilement compressibles et plus sensibles politiquement (Genberg).

Dans un contexte de faible croissance et de réduction des dépenses publiques, la Banque Mondiale et d'autres institutions se sont attaquées à l'analyse des choix des programmes de santé. Hors du système de santé, l'amélioration de la santé passe par trois axes principaux : un renforcement des politiques éducatives et notamment l'éducation des filles et des femmes ; la mise en place de politiques de réduction de la pauvreté (voir rapport 1990 sur la pauvreté ¹², Amand et Ravallion ¹³), et l'assainissement de l'environnement .

8 Genberg H (1993) : *Macro Economic Adjustment and the health sector : A review in Macroeconomic Environment and health*, Genève W.H.O .

Musgrove P. (1990) (ed) : *Economic Crisis and Health, The experience of five Latin American Countries in the 80's* Washington DC PAHO .

Cornia G, Jolly R, Steward F. 1990. *L'ajustement à visage humain*. Paris Economica .

9 Hugon Ph (1990) - *Evaluation des conséquences sociales de l'Ajustement structurel* - Communication aux Xème Journées de l'Association d'Economie Sociale, Caen Sept. 1990 .

10 Behrman J.R (1988) - *The impact of adjustment economic programmes on health and nutrition in developing countries* - in Bell D.E, Riech M.R. (eds) - *Health, Nutrition and Economic Crisis : Approaches to Policy in the Third World* - Dover M.A, Auburn House .

11 Pinstrip-Andersen (1993) P. - *Economic Crisis and policy reforms during the 80s and their impact on the poor* - in *Macroeconomic environment and health op cit*.

12 Banque Mondiale (1990) - *Rapport sur le développement : la pauvreté* - Washington D.C. Banque Mondiale .

13 Amand S, Ravallion (1993) - *Human Development in Poor countries : on the role of private incomes and public services* - *Journal of Economic Perspectives* 7(1) :133-150 .

Au-delà de ces politiques globales qui illustrent bien la liaison entre développement économique et santé, est-il possible de justifier la mise en place de politique de prévention sanitaire que l'on nommera politique de santé publique, et leur financement par l'Etat et l'aide internationale.

On appellera par la suite, politique de prévention ou campagne de prévention : toute action qui vise à éviter ou à supprimer l'apparition d'une maladie (prévention primaire) ou des conséquences de cette pathologie (prévention secondaire ou tertiaire).

Les Années de Vie Corrigées du facteur Incapacité.

Le calcul des AVCI

A partir d'un programme de recherche important, dont les origines remontent aux travaux effectués au Ghana dans les années 70¹⁴, D.J. Jamison et ses collègues ont évalué les effets des principales pathologies rencontrées dans les pays en développement à partir d'un indicateur unique - les Années de Vie Corrigées du Facteur Incapacité (AVCI). Les mesures effectuées prennent en compte à la fois la mortalité et la morbidité¹⁵. Elles indiquent que la réduction de la durée du traitement, et de l'incapacité liée à la pathologie, est un gain au même titre que la réduction de la mortalité. On évite, en pondérant l'indicateur par la réduction des incapacités, de ne prendre en compte uniquement l'effet sur la mortalité¹⁶.

240

Le travail de Jamison et de ces collègues porte sur 120 maladies, pour lesquelles est calculé le nombre d'AVCI perdues du simple fait de leur présence dans le monde et par Zone (Tableau 1). La zone Africaine se caractérise par une charge de morbidité (taux pour 1 000 ha d'AVCI) plus élevée ; elle est de 574 année sans incapacité perdue du fait de la maladie en Afrique contre 344 en Inde, 132 dans les pays développés et 254 pour l'ensemble du monde. Même si ces calculs sont approximatifs, de part l'importance des écarts, ils éclairent bien les différences dans le développement des diverses zones et des efforts consentis dans la santé.

14 Ghana Health Assessment Project Team (1981) : « Quantitative Method of Assessing the Health Impact of Different Diseases in developing Countries » *International Journal of Epidemiology* 10(1) : 73-80.

15 Pour plus de précisions sur la construction voir D.J. Jamison (1993) « Disease Control Priorities in developing Countries : An overview » in D.J. Jamison et al. (ed) *Disease Control Priorities in Developing Countries Oxford, Oxford University Press.*

Et Rapport 1993 de la Banque Mondiale pages : 28-30.

16 Jamison D.T. Mosley W.H, Measbam A.R, Bobadilla J.L (1993) « Disease Control Priorities in Developing Countries » *Oxford University Press for the World Bank.*

Tableau 1 : *Nombre d'Années de Vie Corrigées du facteur incapacité pour 1000 ha*

Zones	Hommes	Femmes	Total
Afrique sub saharienne	606	542	574
Inde	331	352	344
Chine	177	175	178
Autres pays d'Asie	277	240	254
Amérique Latine et Caraïbes	258	205	232
Moyen Orient	288	285	281
Anciens Pays socialistes	202	138	168
Pays développés	153	119	132
Monde	269	248	254

Source : Banque Mondiale 1993.

Par ailleurs, la structure en termes de pathologies de l'Afrique est différente de celle du reste du monde (Tableau 2). Les maladies transmissibles (contagieuses) maternelles et périnatales représentent 71 % de la charge de morbidité contre 45% pour l'ensemble de la planète et 9,3 pour les pays développés. Il apparait que, contrairement aux autres continents, l'Afrique n'a pas réalisé ce que l'on nomme la transition épidémiologique en référence à la transition démographique.

241

Tableau 2 : *Structure de la Charge en AVCI par type d'affections*

Type d'affections	AFRIQUE	Pour 1000 AVCI		
	Total (en milliers d'AVCI)	Afrique	Monde	EMBE
Maladies transmissibles	2085,5	721,5	454,2	93,3
Maladies non transmissibles	568,4	194,2	422,1	784,1
Blessures	273,2	93,3	118,1	118,5
Total	2927,1	1000	1000	1000

Source : Jamison et al. (1993) EMBE : Economies de marché bien établies.

Cette importance des maladies transmissibles, illustre la nécessité de renforcer les programmes de prévention, que ce soit la salubrité des eaux, le dépistage et le suivi de certaines affections ou les vaccinations.

Evaluation coût/efficacité des différents programmes

Après avoir étudié les pathologies, les auteurs analysent les coûts des programmes de soins et de prévention. Ce qui permet de disposer d'un indicateur de comparaison unique, le coût par AVCI et de procéder à des analyses du type coûts/efficacité. Même si les calculs effectués sont approximatifs, puisqu'ils dépendent en partie des conditions locales, de la prévalence des affections et de la productivité des soins, les écarts qu'ils expriment permettent de proposer des stratégies d'intervention et des allocations plus coût/efficace.

Ainsi le coût par AVCI serait de 2 à 10 \$ pour la vaccination contre le tétanos,

- 7 \$ pour le BCG ,
- 100 \$ pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus à partir d'un dépistage précoce,
- 200 \$ pour la lutte contre l'onchocercose par contrôle vectoriel et 200 à 500 \$ pour la lutte contre le paludisme par traitement des cas et contrôle des vecteurs,
- environ 30 000 \$ pour la prise en charge d'un angor instable ou des affection aiguës du myocarde.

Comme le note le rapport 1993 de la Banque Mondiale « Une dépense de 100 000 \$ en chimioprophylaxie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait 35 000 AVCI gagnées. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI : chaque malade gagnerait moins d'une année pleine par année de traitement » (Banque Mondiale 1993, p 64).

Une catégorisation des interventions en matière de santé

La Banque mondiale a proposé dans son rapport de 1993, à partir des travaux de Dean Jamison, de classer les interventions dans le domaine de la santé en trois groupes : la santé publique, les interventions cliniques essentielles et les interventions cliniques discrétionnaires dont le contenu de chacune est présenté au Tableau 3. Les interventions en santé publique recouvrent l'ensemble des campagnes de prévention. Les soins cliniques essentiels sont les soins qui peuvent être pratiqués dans des hôpitaux de districts. Les soins cliniques discrétionnaires recouvrent les traitements qui peuvent être réalisés à l'hôpital central. Les deux premières catégories sont celles qui permettent de gagner le plus grand nombre d'AVCI au moindre

coût, puisqu'elles recouvrent les interventions les plus coût/efficace. L'objectif n'est pas ici une équité individuelle mais un traitement collectif dans des conditions de pénurie. L'Etat devant s'investir principalement dans les deux premières catégories d'intervention et contrôler la troisième, mais y investir moins que dans les années précédentes en favorisant le développement de système d'assurance maladie (Banque Mondiale 1993). Les interventions de santé publique par leur caractère de bien tutellaire et par l'importance de leurs effets externes justifient amplement l'intervention de l'Etat et leur gratuité. Les interventions dans les soins cliniques essentiels ont pour but d'éviter la propagation des maladies, de permettre au plus grand nombre un accès aux soins de base et de désengorger les services de l'hôpital central ou régional. Selon ces recommandations, l'aide internationale publique, quelle soit multi ou bilatérale devrait également financer principalement les soins de santé publique et les soins cliniques essentiels ; les organisations privées (missions, ONG) ayant toutes possibilités de financer et de faire fonctionner des services de soins sophistiqués.

Tableau 3 : Définitions et allocation actuelles des dépenses publiques

Eléments du programme	Estimations des dépenses actuelles (US\$)	Contenu
Santé Publique	1	PEV +, Santé scolaire, Lutte contre le tabac et l'alcool, Information sur la santé, Nutrition, Planning familial, Lutte contre les vecteurs, MST prévention et suivi
Services Clinique essentiels	4-6	Tuberculose, traitement de l'enfant malade, Obstétrique, Traitement des MST, Traitement des petites infections, conseils et soulagement de la douleur
Total	5-7	
Service cliniques discrétionnaires	13-15	Tous les autres services de santé
Total	21	

Source : Calculs de la Banque Mondiale à partir d'estimations régionales.

La situation des dépenses de santé.

Selon les calculs de la Banque Mondiale, les dépenses de santé dans le monde s'élevaient en 1990 à 84 milliards de \$ soit environ 21 \$ par habitant (Tableau 4 a). Les dépenses de santé pour l'Afrique sub-saharienne étaient estimées à 12 milliards de \$ (24 \$ par habitant, 4,5 % du P.I.B). Au sein de l'Afrique sub-saharienne on constate des différences importantes tant dans le montant des dépenses par habitant que dans la répartition entre les dépenses publiques et les dépenses privées de santé (Tableau 4 b).

Sur ces 21 \$, environ 1 dollar est consacré aux soins de santé publique et de 13 à 15 \$ pour les soins cliniques discrétionnaires (Tableau 3). Comme le notent Newbrander, Barnum et Kutzin¹⁷, l'hôpital absorbe entre 70 et 90 % des dépenses de santé des pays en développement. Malgré l'imprécision de ces données et les variations entre pays qu'elles

Tableau 4 : *Dépenses de santé et Aide au développement dans le secteur de la santé*

Par continents

	Dépenses de santé en % du PIB		Dépenses de santé dans le secteur de la santé			Aide au développement		
	Millions US \$ 1990	Par habitant	Total	Secteur public	Secteur privé	Total millions US \$	Par habitant	% des dépenses de santé
Afrique subsaharienne	12 080	24	4,5	2,5	2	1 251	2,5	10,4
Inde	17 740	21	6,0	1,3	4,7	286	0,3	1,6
Chine	12 969	11	3,5	2,1	1,4	77	0,1	0,6
Autres pays d'Asie	41 752	61	4,5	1,8	2,7	594	0,9	1,4
Amérique Latine et Caraïbe	4 660	105	4,0	2,4	1,6	591	1,3	1,3
Moyen-Orient	38 961	77	4,1	2,4	1,7	453	0,9	1,2
Antennes économies socialistes	49 143	142	3,6	2,5	1,1			
Economie de marché	1 483 196	1860	9,2	5,6	3,5			

Source : Banque Mondiale 1993.

¹⁷ Newbrander W., Barnum H., Kutzin J. (1992) «Hospital economics and financing in developing countries» - Doc WHO/SHS/NHP/92.2.

LE FINANCEMENT INTERNATIONAL DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION

Pour l'Afrique

	Dépenses de santé en % du PIB		Dépenses de santé dans le secteur de la santé			Aide au développement		
	Millions US \$ 1990	Par habitant	Total	Secteur public	Secteur privé	Total millions US \$	Par habitant	% des dépenses de santé
Afrique subsaharienne	12 080	24	4,5	2,5	2	1 251	2,5	10,4
Mozambique	85	5	5,9	4,4	1,5	45	2,9	52,9
Tanzanie	109	4	4,7	3,2	1,5	53	2,1	48,3
Ethiopie	229	4	3,8	2,3	1,5	43	0,8	18,8
Ouganda	95	6	3,4	1,6	1,8	46	2,8	48,4
Burundi	36	7	3,3	1,7	1,6	15	2,8	42,7
Tchad	76	13	6,3	4,7	1,6	33	5,8	43
Madagascar	79	7	2,6	1,3	1,3	17	1,5	21,5
Sierra Leone	22	5	2,4	1,7	0,7	7	1,7	33
Malawi	93	11	5,0	2,9	2,1	22	2,5	23,3
Rwanda	74	10	3,5	1,9	1,6	29	4,1	39,5
Mali	130	15	5,2	2,8	2,4	36	4,3	27,7
Burkina Fasso	219	24	8,5	7,0	1,5	42	4,7	19,4
Niger	126	16	5,0	3,4	1,6	43	5,6	34,0
Nigéria	906	9	2,7	1,2	1,6	58	0,6	6,4
Kenya	375	16	4,3	2,7	1,6	84	3,5	22,3
Bénin	79	17	4,3	2,8	1,6	33	7,0	41,8
Rép Centre africaine	55	18	4,2	2,6	1,6	20	6,5	35,8
Ghana	204	14	3,5	1,7	1,8	29	1,9	14,2
Togo	67	18	4,1	2,5	1,6	14	3,9	21,0
Guinée	106	19	3,9	2,3	1,6	20	3,5	23,8
Zimbabwe	416	42	6,2	3,2	3,0	42	4,2	10
Côte-d'Ivoire	332	28	3,3	1,7	1,6	11	0,9	3,4
Sénégal	214	29	3,7	2,3	1,4	36	4,9	16,9
Cameroun	286	24	2,6	1,0	1,6	38	3,3	13,4
Afrique du Sud	5 671	158	5,6	3,2	2,4	2		

recouvrent, les écarts sont suffisamment grands pour marquer la place prépondérante des soins hospitaliers dans les pays en développement. Or les systèmes de santé africains du fait de cette place privilégiée de l'hôpital et de la pénurie de ressources sont inefficaces. La réduction des budgets a entraîné une diminution des dépenses d'entretien, une baisse des salaires et une dégradation de la qualité des soins. De plus, les systèmes de santé sont inéquitables. Les populations les plus défavorisées n'ont souvent pas accès aux soins à cause du manque de personnels et de médicaments dans les centres de santé. Cette pénurie de médicaments conduit à un recours excessif à l'hôpital et à une augmentation des dépenses de santé des ménages (achat de médicaments dans le secteur privé et dépenses de soins à l'hôpital). Partant de cette constatation, les gouvernements Africains, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque Mondiale, ont, en 1987, adopté le principe de l'Initiative de Bamako. Elle a pour but d'assurer l'accès aux soins de l'ensemble de la population à un prix abordable. Pour ce faire, la participation communautaire est instituée (que ce soit pour le financement ou la gestion), l'usage rationnel des médicaments génériques est conseillé et les soins de santé primaire notamment la vaccination sont renforcés¹⁸.

246 *Le rôle de l'aide internationale dans le financement des mesures de santé publique*

L'aide internationale en Afrique se situe dans un contexte de réduction des ressources publiques, et de mise au point de systèmes de participation des individus ou des communautés à leurs soins.¹⁹

La place de l'aide

La connaissance précise des montants de l'aide internationale affectée à la santé est difficile à évaluer du fait du flou des statistiques, de la non affectation de certains dons ou crédits et de l'écart qui peut exister entre un engagement et sa réalisation.

Il n'y a pas de définition unique de l'aide consacrée au pays en développement. Deux définitions s'opposent. Pour les uns, l'aide comprend uniquement les dons alors que d'autres incluent également les prêts des Etats et des organisations multilatérales. L'OCDE dans ses publications adopte une attitude intermédiaire basée sur deux critères : un prêt peut

¹⁸ UNICEF (1995) : « L'initiative de Bamako : Reconstruire les systèmes de santé », New-York, UNICEF.

¹⁹ Centre International de l'Enfance (1992) « Argent et Santé : expériences de financement communautaire en Afrique » Paris, CIE.

être considéré comme de l'aide s'il procure une économie de 25 % par rapport à un de taux de 10 % (prêt à taux bonifié) et s'il est consacré à une action de développement (l'aide militaire est exclue).

Après une croissance rapide dans les années 70, l'aide extérieure à la santé ne progresse plus. La part de l'aide consacrée à la santé représente environ 6% du total de l'aide publique. En 1990, le montant estimé de l'aide consacrée à la santé était de 4,8 milliards de \$; 40 % de ce montant provenait de l'aide bilatérale, 33% des organismes des Nations Unies, 19 % des ONG et des fondations et 8% des banques de développement.

Le statut de cette aide est différent selon les bailleurs de fonds, si les financements des organisations des Nations Unies et des ONG peuvent être considérés comme des dons, les 869 millions provenant des Banques sont en fait des prêts à taux faibles, mais qu'il faudra rembourser plus tard. De même une partie de l'aide bilatérale se compose de prêts sans que l'on en sache exactement la proportion.

Une partie de ces financements est absorbée par le fonctionnement des structures, la rémunération de l'aide technique (salaires des expatriés) et les achats effectués dans les pays (financement de construction d'hôpitaux, achat de matériel national).

L'aide représente en moyenne 10 % des dépenses de santé en Afrique contre 2 % dans les autres zones des pays en développement (Tableau 4). Ce chiffre de 10 % est inférieur à la réalité à cause de l'intégration de l'Afrique du Sud dans les statistiques de la Banque. L'aide peut représenter jusqu'à 70 % des dépenses de santé (Mozambique), et plus de 40 % dans bon nombre de pays (Tableau 4b). Le financement extérieur palie le manque de ressources affectées à la santé, soit en apportant un complément de ressources à un programme pour le renforcer et le mener à bien (complémentarité de l'aide) ; soit il se substitue complètement ou dans une large part aux dépenses de fonctionnement et d'investissement nécessaires à la réalisation d'un programme (substitution)²⁰.

247

L'aide affectée aux programmes de santé publique

Il est difficile de connaître la part de l'aide internationale affectée aux campagnes de prévention : l'ensemble des dons n'est pas affecté à des projets précis, il peut y avoir une composante de prévention dans des programmes de soins, et la répartition finale des crédits est parfois différente de celle qui était prévue au moment du financement.

Jusqu'à présent l'aide s'est surtout concentrée sur le secteur curatif et notamment le secteur hospitalier et la formation de spécialistes. Ainsi, en

20 Perrot J. (1993) - *The place of external Aid in the medical sector in Chad - in Macroeconomic Environment and the Health Sector Geneva OMS.*

1991, le Japon a consacré 33 % du volume de son aide à la construction d'hôpitaux, la France 25 % et l'Allemagne près de 15 %. Selon la Commission de la Recherche sur la Santé pour le Développement moins de 10 % des dépenses d'aide vont aux programmes de santé propres aux pays en développement et une proportion encore plus faible à la connaissance des comportements en vue d'améliorer la santé²¹.

Le budget de l'OMS pour 94-95 est de 1860 Millions de \$. Sur cette somme 40 % est affecté aux dépenses de structure (Wall Street Journal 1993) et seulement 13 % à la prévention dont moins de 1% à la lutte contre le paludisme (Jeune Afrique juin 1993).

Pourtant les programmes de prévention que ce soit la vaccination ou l'information sanitaire ont besoin de peu de ressources extérieures et surtout de personnel local, ce qui fait que leur rendement, est beaucoup plus élevé que celui des soins.

Ce manque d'efficacité de l'aide est dû à plusieurs causes émanant à la fois des bailleurs de fonds et des bénéficiaires.

- Certains projets ne peuvent être réalisés du fait de l'instabilité politique dans les pays.

- Certains projets sont mal conçus sur le plan technique et prennent mal en compte les réalités locales.

248

- Les donateurs, par le biais de l'aide bilatérale, poursuivent des objectifs qui leur sont propres : prestige, développement de marché, pression domestique ou de politique étrangère.

- Il y a un manque de coordination de l'aide fournie par différents bailleurs de fonds.

- Les bénéficiaires profitent de l'aide pour réaliser des objectifs spécifiques pouvant être différents de ceux de la santé publique, et ils jouent de la concurrence qui peut exister entre bailleurs de fonds.

- La programmation à long terme est défectueuse.

- Les prêts qui servaient à financer des investissements ont parfois été mal évalués, ce qui a abouti à l'arrêt des projets à cause de l'incapacité des pays à prendre en charge les coûts de fonctionnement (notamment les achats de matériels en devises).

Ainsi, on peut noter que globalement loin de permettre une réallocation des dépenses vers les soins de santé publique, l'aide renforce le déséquilibre qui existe actuellement en faveur des soins cliniques curatifs et l'inefficacité globale des systèmes de santé.

²¹ Commission on health research for development (1990) - *Health research : essential link to equity in development* - New-York, Oxford University Press.

Le financement des vaccins, un exemple de programme de prévention soutenu par la communauté internationale

La décennie du Programme Elargi de Vaccination s'est achevée au début des années 90. La mise en oeuvre de ce programme a mobilisé, sous l'égide de l'UNICEF et des autres organisations du système des Nations Unies, une somme importante d'énergies et de moyens financiers. Quels en sont les résultats en Afrique, quels sont les financements employés et quel est l'avenir de ce programme ?

Les résultats comme le montre le tableau ci-dessous ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés pour 1990 : 90 % des enfants totalement vaccinés contre 5 affections (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Rougeole, et Poliomyélite). En Afrique sub-saharienne, moins 50 % des enfants étaient vaccinés contre la rougeole (qui est pourtant une des causes majeures de mortalité infantile) et 62 % contre la poliomyélite. Ces chiffres étant sans doute surestimés, ils sont fournis par les pays concernés à l'OMS, et ils portent quelque fois sur des populations d'enfants vaccinés hors du calendrier vaccinal.

Tableau 5 : *Taux de vaccination des enfants*

Indicateurs	Pays en développement		Europe de l'Est	Pays développés	Monde
	Ensemble	Dont moins développés			
DTC (%)	83	69	75	88	83
Rougeole	79	43	87	80	80
Poliomyélite	85	62	80	90	85
BCG	90	79	93	80	90
Vaccination des femmes enceintes	39	37	-	-	34

249

Source : OMS 1994²².

Les dépenses nécessaires pour vacciner complètement un enfant varient fortement d'un pays à l'autre car les conditions locales diffèrent (démographie, densité, état des routes), mais aussi car les méthodes de calcul ne

²² WHO(1994) - *Progress towards health for all : Statistics of Member States* - . Doc WHO/HST/GSP/94.1 Geneva, WHO.

sont pas identiques selon les pays. Le coût de l'enfant complètement vacciné revient ainsi entre 5 et 15 \$ en 1990²³.

Longtemps l'UNICEF, dans le cadre de la décennie du PEV, grâce en partie à l'action du Rotary international, a financé PEV²⁴. De 1982 à 1990, l'UNICEF a acheté pour le PEV 4,4 milliards de doses de vaccins pour un montant estimé de 177,2 millions \$; devenant ainsi le premier acheteur mondial de vaccins. Le coût d'achat des vaccins représentant seulement 10 % du coût des programmes de vaccination. Les autres ressources étaient également prises en charge par l'UNICEF ou d'autres bailleurs de fonds, que ce soit le matériel importé, les salaires des assistants techniques ou les salaires (per diem) d'agents locaux.

Ainsi, le PEV a vécu dans une relative abondance en raison de son caractère stratégique pour les pays et pour l'UNICEF. Des campagnes d'accélération du PEV ont été organisées, les parcs automobiles ont été entièrement remplacés²⁵, sans programmation ni étude d'impact. Les responsables locaux n'avaient pas le sentiment de rareté des ressources qui conduit à l'optimisation ; le total des ressources extérieures du programme n'étant pas prédéterminé, il correspondait souvent à ce que les bailleurs de fonds étaient prêts à apporter et non à ce qui était nécessaire.

Si le PEV a jusqu'au début des années 90 bénéficié d'un financement important de la communauté internationale via l'UNICEF, sa part directe dans le budget total de cet organisme diminue. De plus, de nouveaux objectifs sont assignés au PEV (le PEV+²⁶) qui nécessitent un tel surcroît de dépenses que certains se demandent si le coût additionnel n'est pas trop important en regard du manque de résultats, de l'ancienneté du programme et de l'émergence de nouveaux besoins. Néanmoins, la mise en place de l'Initiative de Bamako, dans certains pays, la Guinée ou le Bénin par exemple, a entraîné une hausse du taux de vaccination liée à la disponibilité des médicaments, à la constitution de fonds de roulement de médicaments par l'UNICEF, par l'assistance internationale (bilatérale ou non) et au paiement par les usagers d'une partie de leurs soins (dont dans certains cas les vaccins)²⁷

23 Brenzl L (1990) : *The cost of EPI. Lessons learned from cost and cost-effectiveness studies of immunization programs Reach Project, JSI.*

Kaddar M., A de Champeaux (1994) : « Comparabilité et utilité des analyses du coût et de l'efficacité des programmes élargis de vaccination en Afrique » *Journal d'Economie Médicale* 12(4) : 215-226.

24 N. Guerrin, M. Kaddar, A. de Champeaux (1993) « Le marché du vaccin et l'avenir des programmes de vaccination en Afrique » Paris CIE ..

25 A titre d'exemple dans certains pays d'Afrique les automobiles sont amorties dans le cadre du PEV sur 3 voir 2 ans, et les dépenses en Carburants représentaient chaque années de quoi faire plusieurs fois le tour de la planète.

26 Le PEV+ : 5 vaccinations de base + la vaccination contre la rubéole et l'hépatite B.

27 Knippenberg R., Levy-Brühl D. et al. (1990) : « The Bamako Initiative - Experiences in Primary Health Care from Bénin and Guinea » *Children in the Tropics* N° 184/185.

Ainsi, on constate que le financement de la vaccination, qui est pourtant considéré comme un objectif majeur de santé public, est réduit en raison de l'importance des autres objectifs de santé à servir mais aussi du manque d'évaluation du rendement du programme.

Se pose alors le problème de la pérennité des actions financées internationalement. Il est reconnu maintenant que la pérennité des programmes de santé passe par un engagement significatif des Etats dans le financement des programmes. Dans ce contexte, la mise en place de coopération interrégionale est primordiale. Cette coopération sera renforcée par l'application de l'Initiative pour l'Indépendance des Vaccins qui, sous l'égide de l'UNICEF en étroite collaboration avec l'OMS, a pour but d'améliorer la capacité d'approvisionnement des Etats en vaccins, et permettra de dégager des ressources pour le financement des vaccins dans les pays ne pouvant pas accéder à l'Initiative (Guerrin, Kaddar, de Champeaux).

L'Initiative sur l'Indépendance des Vaccins permet de résoudre le problème des achats en devises de vaccins par des pays dont les monnaies ne sont pas convertibles. Un fonds de roulement en devises est constitué par un apport extérieur initial ; ce fonds sert à l'achat de vaccins sur le marché international. Parallèlement, les autorités locales versent au bureau local de l'UNICEF la contrepartie en monnaie locale des dépenses en vaccins. L'UNICEF utilise cette monnaie nationale pour effectuer ses dépenses dans le pays et elle réapprovisionne le fonds de roulement du montant en devises des dépenses locales. Ce système doit pouvoir fonctionner dans un grand nombre de pays car le montant des achats en vaccins est plus faible que les dépenses de fonctionnement des bureaux locaux (voir Guerrin, Kaddar, de Champeaux). C'est donc une des solutions possibles à la réduction des financements internationaux.

251

Il apparaît donc que le financement des programmes élargis de vaccination n'est plus aussi assuré que précédemment et que les résultats des efforts entrepris dans les dernières années risquent d'être en partie réduits à néant s'il n'y a pas une continuation de l'effort des organisations de coopération ou des ONG. Cependant, les organisations internationales, ne pourront continuer à aider les pays sans une évaluation complète des programmes (que ce soit le PEV ou l'Initiative de Bamako), ce qui peut conduire aussi à des révisions déchirantes et une réorganisation des programmes.

Le financement de la prévention contre l'infection à V.I.H

L'importance, l'extension rapide et les conséquences économiques et sociales de l'infection à V.I.H dans le monde entier et notamment dans les

pays en développement ne sont plus à rappeler. Les caractéristiques des modes de transmission et l'absence de soins efficaces et peu coûteux renforcent la nécessité de procéder à des campagnes de prévention (éducation, mise à disposition de préservatifs, dépistage et lutte contre les maladies sexuellement transmissibles). En 1987 a été créé le Global Program on Aids (GPA) de l'OMS dont le but est l'aide à la prise en charge et à la prévention du sida. Il tente d'unifier la prise en charge et la prévention de la maladie. Sous son égide, dans chaque pays, des programmes locaux de lutte contre le Sida ont été établis (PLNS).

De 1986 à 1991, le montant de l'aide internationale affectée à la prise en charge et à la prévention du sida a été de 847 millions de \$ dont 255 en 1981 (57 en 1987). 470 Millions ont été directement versés aux programmes locaux de luttés contre le sida et 377 au G.P.A.

Le budget du G.P.A s'élève pour les années 1994-95 à 180 millions de \$. Une partie de ces financements sert à la prévention notamment par le développement de banque du sang et les programmes d'éducation à la santé. En complément de ce financement spécifique, la participation des organisations des Nations Unies hors GPA a été d'environ 50 millions de \$.²⁸ C'est ainsi que Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a financé un fonds de 41.7 millions de \$ entre 87 et 91 uniquement pour la prévention.

Selon la Banque Mondiale, l'ensemble des dépenses de prévention du Sida dans le monde s'élevait à 1,5 milliards de dollars en 1990 dont moins de 200 millions dans les pays en développement où surviennent pourtant 85 % des cas. En Afrique, on peut estimer les dépenses de prévention à environ 90 millions de \$ dont 10 % seulement proviennent de fonds publics contre 75 % en Thaïlande. L'essentiel des fonds consacrés à la prévention a pour origine des organismes privés ou l'aide internationale (81 Millions \$ en 1991). Ainsi, la France, par le biais du Ministère de la Coopération, a dépensé en 1994 107 Millions de Francs pour la lutte contre le Sida dans les pays en développement. Sur cette somme seulement 11 % ont été affecté à la prévention (en comprenant les salaires des experts et des coopérants)²⁹

On a pu chiffrer les ressources nécessaires à la prévention du Sida à 1,7 \$ par habitant en 1990, soit 2,9 milliards de \$ ou 0,03 % du PNB, alors que les dépenses de soins pour le sida représentent deux fois le PNB par habitant dans les pays Africains. Les financements internationaux tout en

28 Mann J.M., Tarrentola D.J., Netter T.W (1992) (eds) - *Funding the global Aids strategy* - in *Aids in the World* chap 12. Cambridge Mass. Harvard University Press.

29 B. Debré (1994) : - *Pour une Stratégie Mondiale de Lutte contre le Sida* - Rapport d'information de l'Assemblée Nationale N° 1723. .

continuant à permettre de prendre en charge les malades devraient renforcer la part de la prévention en les considérant, ainsi que le suggère la Banque Mondiale, comme des investissements.

Perspectives et modification des méthodes de financement internationales

Plusieurs pistes s'ouvrent actuellement pour permettre une meilleure allocation de l'aide et un meilleur rendement. Etant donné que l'aide affectée à la santé n'augmente guère et qu'il y a compétition entre les divers programmes, il ne faut pas s'attendre à une augmentation significatif du montant affecté à la prévention.

Une première piste passe par une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds, une définition claire des objectifs et des engagements sur le long terme³⁰. Ces engagements doivent impliquer à la fois les bailleurs de fonds et les gouvernements. Pour ce faire, il faudrait, à l'image de ce qui est fait pour la gestion des ressources minières ou pétrolières, établir des contrats de concession entre les bailleurs de fonds et les Etats. Ces contrats permettraient, sans réduire l'indépendance des pays, de clarifier les situations et d'assurer la pérennité des ressources³¹.

Une autre voie à explorer porte sur la conditionnalité des emprunts. Tout comme l'octroi de certains crédits est maintenant lié à la mise en place de réformes politiques (c'est le sens de la conférence de la Baule en 1990), il a été proposé de mettre au point une conditionnalité liée à l'emploi des ressources dans le domaine de la santé et plus particulièrement de la santé publique. Ainsi les nouveaux prêts accordés par la Banque Mondiale porteront surtout sur les soins périphériques et la santé publique.

Enfin, sous l'égide de la PAHO³², plusieurs mécanismes ont été mis en oeuvre qui prennent en compte les conséquences des plans d'ajustement structurel et tentent de partir de la restructuration de la dette de rendre l'aide plus efficace et plus ciblée. Le premier est la fourniture par la PAHO d'un fonds de roulement en devises qui permet de faire fonctionner des centres de soins primaires ouverts aux plus défavorisés (emergency funds). Ces fonds permettent aux pays ou aux organisations qui les gèrent de ne pas avoir à sortir des devises, de consacrer leurs budgets, en monnaie locale, aux soins et de mettre en place des campagnes de prévention (fourniture d'aliments vitaminés, conseils) qui ne nécessitent que peu de devises

³⁰ UNICEF - *L'Initiative de Bamako* - Op. cit.

³¹ Perrot J. (1993) Op. Cit.

³² PAHO : Pan America Health Organization.

(Campino³³). Deuxièmement, un mécanisme d'échange de dettes a été mis au point afin de permettre la réalisation de structures de soins (investment funds). Son principe s'inspire des debts equity swaps, un organisme international rachète de la dette (privée) à son cours du marché, et la rétrocède au pays concerné. La réduction du flux de remboursements doit être affectée à la santé. Pour éviter que ce nouveau programme engendre un flux de devises, il convient que le programme mis en oeuvre demande essentiellement des ressources locales. C'est le cas des programmes qui sont en cours dans certains pays d'Amérique latine³⁴. Ces programmes sont difficilement exportables vers l'Afrique car les dettes des pays Africains sont essentiellement des dettes publiques qui ne font pas l'objet d'un marché secondaire.

En conclusion, dans un contexte de baisse ou de stagnation des ressources publiques affectées à la santé, et face à une allocation des ressources non efficace entre les composantes du système de santé, l'aide internationale à la santé ne représente qu'une faible part des financements internationaux. Un renforcement de la coopération internationale est nécessaire à l'image de ce qui est fait pour la lutte contre l'infection à VIH par la création d'un organisme unique. Une réaffectation de l'aide vers la santé doit pouvoir être obtenue par la réduction des dépenses militaires. Ce changement ne pourra se faire que s'il est intégré dans des perspectives de réduction ou de réaménagement de la dette. Cet allègement du fardeau de la dette et la reprise de la croissance dans les pays en développement étant les meilleures mesures de prévention.

33 Campino A.C.C. (1993) • *Social emergency funds and investment funds in Latin America and the Caribbean* • In *Macroeconomics environment and the health sector* op cit.

34 Genberg H (1992) • *Debts for health swaps : a source of additional finance for the health sector* • *Macroeconomics and health Series N°3 Doc WHO/ICO/MES/92.3.*