

EDITORIAL

Ce numéro de DIALOGUE traite de deux sujets, bien différents au demeurant, qui sont tous deux au cœur de la problématique des pays les plus pauvres: les questions sanitaires et le problème de la dette.

La dette des pays en développement est, au moins depuis la crise du début des années 80, un sujet de préoccupation « légitime » des économistes et de nombreuses critiques ont été formulées concernant son impact négatif sur le développement. Pour répondre à ce problème, les pays créanciers et leur mandataire, le Club de Paris, ont mis en œuvre plusieurs programmes et plus récemment, les institutions de Bretton Woods ont lancé leur initiative de réduction de la dette pour les pays les plus pauvres et les plus endettés. Le problème demeure cependant tout aussi préoccupant et, depuis plusieurs mois, une alliance hétéroclite d'organisations, allant des églises aux médias, appelle à des solutions plus radicales. Ce mois-ci à Cologne, le G8 s'est à nouveau saisi de cette question.

DIAL a lancé, il y a deux ans, un programme de recherche sur la « soutenabilité » de la dette des pays en développement. Ce programme, aujourd'hui terminé, doit donner lieu à un livre à paraître en septembre de cette année chez les éditions Economica. Les lecteurs de Dialogue trouveront ici une présentation succincte du contenu de cette publication.

La situation sanitaire des pays en développement est une préoccupation constante des organisations d'aide. S'il paraît évident que cette situation ne peut qu'influencer le développement de ces pays, il est surprenant de voir que la science économique s'est peu intéressée à cette question. Comme le signale l'article de Dialogue sur ce sujet, même la vogue récente des théories du développement endogène et du capital humain a conduit à peu de recherches sur ce sujet. Une lacune majeure que DIAL se devait de combler !

L'article de Dialogue consacré à ce thème est en fait l'aboutissement d'une étude menée sur plusieurs années. Il fait le point des travaux antérieurs et, à partir du cas concret de Madagascar et de comparaisons inter-pays, analyse les liens existant entre santé, emploi, revenus et croissance. Ses conclusions confirment que l'amélioration des conditions sanitaires, si elle est évidemment essentielle pour le bien-être des populations, est aussi, pour les pays en développement, un bon investissement économique !

**I DE LA REDUCTION DE LA DETTE MULTILATERALE A L'ANNULATION DE LA DETTE DES PAYS
LES PLUS PAUVRES** **p.2**

**II . POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION SANITAIRE DANS L'ANALYSE DU
DEVELOPPEMENT : ILLUSTRATION A PARTIR DU CAS DE MADAGASCAR** **p.6**

DE LA REDUCTION DE LA DETTE MULTILATERALE A L'ANNULATION DE LA DETTE DES PAYS LES PLUS PAUVRES

La réunion du G7 qui se tiendra en juin 1999 à Cologne aura notamment à son ordre du jour la mise au point d'une initiative de réduction de la dette des pays les plus pauvres. En effet, plus de dix ans après l'adoption des premières mesures de réduction de la dette des pays à faible revenu (traitement de Toronto, 1988) et après plus de deux ans de mise en œuvre de l'initiative FMI-Banque mondiale de réduction de la dette des pays les plus pauvres (PPTE, HIPC d'après le sigle anglais), les résultats restent limités. Un grand nombre d'organisations non gouvernementales exercent une forte pression en vue d'une annulation pure et simple.

Pour comprendre les enjeux des discussions actuelles, il convient de revenir rapidement sur les caractéristiques de la situation actuelle des pays à faible revenu et d'établir un bilan des actions entreprises jusqu'ici. Sur cette base, les diverses propositions actuelles pourront être évaluées.

I. Les pays à faible revenu (PFR) ont un problème d'endettement spécifique

Les problèmes d'endettement des PFR diffèrent de ceux des pays émergents, notamment en raison des particularités de leur financement extérieur. Celui-ci est en grande partie composé de dons accordés par les organismes bilatéraux. Les institutions internationales de financement accordent aux PFR des conditions de financement très favorables (des prêts dont l'élément-don peut atteindre 80 %).

Par contre, les Etats de ces pays n'ont généralement aucun accès aux financements privés. Dans les années soixante-dix, quelques prêts privés ont été accordés. Malgré leurs faibles montants, ils ont souvent pesé assez lourd dans le service de la dette.

Dans ces pays, l'Etat est la seule entité susceptible d'emprunter à l'extérieur. Les difficultés de remboursement sont donc avant tout des problèmes budgétaires (liés à la dette extérieure, mais aussi à la dette intérieure). Dans le cadre des programmes d'ajustement structurel, les gouvernements des PFR s'engagent à ne pas recourir à des financements non concessionnels.

La crise d'endettement se traduit dans les PFR par un remboursement très partiel des échéances (de l'ordre du tiers). Malgré ce défaut de paiement récurrent, les financements publics ne se tarissent pas brutalement -comme le feraient des financements privés-, car les déterminants de ces financements sont complexes (financiers, mais aussi humanitaires, stratégiques et politiques). Ces défauts de paiement alimentent néanmoins ce que l'on a baptisé « fatigue

de l'aide », qui se traduit par une lente érosion de l'aide publique au développement en termes réels.

Pourquoi les traitements utilisés n'ont-ils pu régler la question ?

Le diagnostic de crise de liquidité a d'abord conduit le Club de Paris à pratiquer le rééchelonnement des échéances, année après année. Ces rééchelonnements à répétition ne pouvaient que devenir de plus en plus inefficaces, du fait des règles mêmes du Club de Paris qui fixent lors du premier passage une date butoir (*cut off date*) après laquelle les nouvelles créances ne peuvent plus être prises en considération.

Les créances détenues par des créanciers privés ont cessé d'être remboursées, et elles ont perdu toute valeur sur le marché secondaire. En conséquence, les flux de financement privé ont rapidement disparu. Pour certains pays cependant (Côte d'Ivoire, Sénégal), cette dette privée -qui continuait à grossir en raison des impayés- compliquait la conclusion d'une réaménagement négocié car tous les créanciers doivent en principe recevoir un traitement analogue.

Des innovations réservées aux PFR ont alors été imaginées au sein du G7. Une partie des échéances a été annulée (Toronto 1988). Cette part, égale dans un premier temps au tiers, est passée progressivement à la moitié, puis aux deux tiers (1994). A cette date se produisit la seconde innovation majeure : le Club de Paris a accepté de traiter dans certains cas l'encours de la dette, sous réserves qu'il s'agisse là d'un traitement de sortie. Ce qui signifie que l'Etat qui en bénéficie ne se présente plus jamais devant le Club de Paris.

Cette avancée sensible se combina avec des annulations de dettes décidées par certains créanciers (La France allégera ainsi les dettes des pays de la Zone Franc en 1989 et en 1994). De plus, beaucoup d'Etats du Nord modifièrent leurs procédures : ils renoncèrent à faire des prêts aux PFR, se limitant désormais aux dons, sauf dans le cas d'activités lucratives. Tout ceci allait placer la dette multilatérale (non rééchelonnable) au premier plan des préoccupations.

Les organisations internationales (FMI et Banque Mondiale), après avoir longuement bataillé pour faire perdurer le statut prioritaire (et intouchable) de leurs créances, lancèrent à leur tour fin 1996 une initiative de réduction de la dette des PFR. Cette initiative est connue sous le nom de réduction de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE). Il s'agit d'annuler la partie de la dette multilatérale qui dépasserait le seuil jugé insoutenable (ratio valeur actuelle de la dette extérieure/exportation compris

entre 200 et 250 %, ratio du service de la dette/exportations compris entre 20 et 25 %), au terme d'un long processus d'ajustement et de nouvelles réductions de la dette bilatérale (allant jusqu'à 80 %). Encore faut-il préciser que les allègements de dette prévus sont largement laissés à la charge...des créanciers bilatéraux.

Le bilan de cette initiative est maigre. Peu de pays ont été admis à en bénéficier (Ouganda, Bolivie, Burkina Faso, Guyana, Côte d'Ivoire, Mali, Mozambique), et les montants de réduction prévus sont peu significatifs. Le processus lui-même a fait l'objet de très nombreuses critiques. C'est un processus lent (six ans en principe), et lourd. Tellement lent que les IFI ont accepté dans certains cas de l'accélérer en tenant compte des efforts d'ajustement passés. Lourd et coûteux car il comporte un processus d'évaluation technique complexe de la solvabilité, et une négociation de nouvelles conditionnalités qui s'ajoutent à celles des programmes d'ajustement classiques. Compte tenu des difficultés à établir un diagnostic objectif, le choix des pays se révèle sensible aux pressions. Les premiers pays à avoir bénéficié de l'initiative (Ouganda, Burkina Faso) n'étaient pas ceux qui en avaient le plus besoin (il a donc fallu travailler sur des scénarios particulièrement pessimistes pour « prouver » l'insoutenabilité de leur dette). D'autres pays dont les problèmes sont proches, ont été exclus (Bénin, Sénégal, Cameroun), quoique le poids de la dette sur les finances publiques soit supérieur au Sénégal à ce qu'il est au Burkina Faso. D'autres dont les problèmes sont brûlants (Mozambique, Nicaragua) n'ont pas été considérés comme prioritaires. De plus, l'approche du FMI repose sur une étude de la soutenabilité en termes d'équilibre extérieur, ce qui n'est pas l'angle d'attaque le plus pertinent, surtout dans les pays de la zone franc qui constituent une proportion importante des PFR. Dans certains cas, le FMI a d'ailleurs utilisé le critère budgétaire (Côte d'Ivoire), accroissant encore l'impression d'un traitement « politique » de la question.

Une dette insoutenable ?

L'évaluation de la soutenabilité de la dette des pays pauvres est un exercice complexe, qui ne peut déboucher que sur des diagnostics fragiles. L'évaluation de la soutenabilité se fait classiquement par référence à un scénario de poursuite des tendances observées. Dans le cas des PFR, la longue durée des prêts consentis oblige à projeter sur des périodes de l'ordre du siècle. Un horizon aussi lointain est nécessaire pour que les tendances sous-jacentes puissent se manifester. Evidemment l'incertitude est considérable à de tels horizons, et il est probable (et souhaitable) que les économies des PFR connaissent sur cette période des bouleversements structurels importants. C'est particulièrement vrai en termes de

financement : projeter sur la base des tendances actuelles revient à supposer une croissance des montants des dons et des prêts (très) concessionnels. Dans ces conditions, à vouloir établir la soutenabilité de la dette d'un PFR on risque fort de tourner en rond : la soutenabilité dépendant finalement ... de la bonne volonté des créanciers.

C'est cependant sur la base de telles projections effectuées par le FMI qu'on a été choisis les pays admis à bénéficier de l'initiative PPTE. Sous les réserves qui viennent d'être mentionnées, un travail de même nature (quoique différent sur le plan technique) a été effectué à DIAL (Moisseron et Raffinot, à paraître). Les projections effectuées pour le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun et la Côte d'Ivoire montrent que la dette de ces pays semble de plus en plus soutenable, d'après les critères budgétaires classiques. Ce paradoxe apparent se comprend facilement. Depuis leur entrée dans le processus d'ajustement structurel, ces pays n'ont eu accès qu'à des sources de financement très bon marché, et pour des montants limités. Ils ont bénéficié des annulations importantes, tant de la dette publique que privée. Dans ces conditions, il serait surprenant que des emprunts contractés à des conditions aussi favorables puissent générer un endettement insupportable.

Faut-il annuler la dette de ces pays ?

Alors qu'approche un nouveau millénaire, de multiples voix s'élèvent pour plaider en faveur de l'annulation de la dette des pays les plus pauvres. L'initiative la plus importante, Jubilé International 2000, a été lancée par des organisations religieuses. A l'approche du G7 de Cologne (juin 1999), les propositions se multiplient (O. Lafontaine, D. Strauss-Kahn ont lancé des initiatives médiatiques, tout comme les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, le Canada, etc.). Elles sont toutes en commun une extension de l'initiative PPTE tant par le nombre des pays concernés que par l'importance des réductions accordées. La proposition de D. Strauss-Kahn, par exemple, envisage d'annuler pour une génération (trente ans) le service de la dette au titre de l'Aide Publique au Développement. Il n'est pas encore évident que le financement nécessaire pourra être réuni (la dette de la totalité des pays considérés comme PPTE s'élevait à 180 milliards de dollars environ fin 1996, dont un tiers pour le Vietnam, le Nigeria et la Côte d'Ivoire), ni surtout qu'une clé de partage du fardeau entre pays créditeurs soit trouvée.

Tout ceci pose des questions pratiques, mais aussi des questions plus profondes sur le sens même du processus en cours.

Quelle logique pour une annulation ?

Sur le plan purement économique, l'argument principal en faveur de l'annulation de la dette repose sur

la théorie du fardeau virtuel de la dette (debt overhang). Le remboursement de la dette, lorsqu'il dépasse un certain montant, constituerait une sorte de taxation sur les revenus futurs telle qu'elle découragerait l'investissement. Une réduction de dette permettrait alors de relancer l'investissement, et donc d'assurer un meilleur remboursement de la partie restante. Annuler une partie de la dette serait donc dans l'intérêt bien compris du créancier. Toutefois, dans le cas des PFR, cette logique reste assez théorique, car il est bien difficile de mettre en lumière, empiriquement, un quelconque effet de l'encours de la dette sur l'investissement privé.

Dans ces conditions, l'annulation de dette se justifierait par la diminution des charges qui pèsent sur l'Etat, lui donnant la possibilité d'accroître ses dépenses. La question qui se pose alors est de savoir comment faire en sorte que cela soit favorable au développement soutenable, et non gaspillé. Ceci pose des questions pratiques, mais suscite aussi, plus profondément, une interrogation sur ce que doit être le financement du développement.

II. Des questions pratiques

Les modalités proposées ont un souci commun : éviter que les annulations obtenues soient gaspillées.

Ceci paraît d'autant plus difficile à réaliser que la conditionnalité style FMI-Banque mondiale est d'une efficacité discutée, surtout en ce qui concerne les PFR.

Promouvoir les dépenses sociales

Une idée souvent avancée consisterait à "échanger" l'annulation du service de la dette contre l'inscription à due concurrence de dépenses sociales supplémentaires. Le souci est certainement louable mais la réalisation risque d'entraîner des dysfonctionnements. Tout d'abord, ceci peut conduire à une brusque croissance des dépenses sociales totalement ingérables par les administrations en place, même

Tableau 1 : Dette des PFR et impact de diverses modalités de réduction de dette

	<i>Dette 1996 (milliards de \$)</i>	<i>Annulation théorique initiative PPTE sur la base VAN/XBS > 200 % (milliards de \$)</i>	<i>Annulation proportionnelle au PNB (milliards de \$)</i>	<i>Annulation proportionnelle à la population (milliards de \$)</i>
Angola	9,40	0,82	1,20	1,11
Bénin	1,45	0,10	0,75	0,57
Burkina Faso	1,20	0,20	0,88	1,07
Burundi	1,10	0,68	0,39	0,64
Cambodge	2,02	0,00	1,08	1,03
Cameroun	8,20	4,08	2,93	1,37
Cap Vert	0,20	0,00	0,20	0,04
Comores	0,19	0,04	0,08	0,05
Congo, Rep.	4,70	1,94	0,65	0,27
Congo, Rep. Dem	9,30	6,59	2,10	4,54
Cote d'Ivoire	14,70	4,87	3,40	1,44
Djibouti	0,23	0,00	0,10	0,06
Erythrée	0,05	0,00	0,26	0,37
Ethiopie	9,50	7,75	2,07	5,84
Gambie	0,41	0,00	0,13	0,12
Ghana	5,00	0,19	2,16	1,76
Guinée	3,00	0,98	1,32	0,68
Guinée équatoriale	0,20	0,00	0,08	0,04
Guinée-Bissau	0,90	0,78	0,09	0,11
Guyana	1,40	0,00	0,23	0,08
Haïti	0,80	0,27	0,91	0,74
Honduras	4,00	0,00	1,39	0,61
Kenya	6,02	0,00	3,12	2,75
Laos	2,19	0,00	0,65	0,47
Madagascar	3,60	1,90	1,39	1,38
Malawi	2,10	0,67	0,75	1,00
Mali	2,80	0,65	0,90	1,00
Mauritanie	2,10	0,77	0,36	0,23
Mozambique	5,50	4,66	0,54	1,81
Nicaragua	5,10	3,78	0,58	0,45
Niger	1,50	0,43	0,68	0,94
Nigeria	25,70	4,29	10,82	11,50
Ouganda	3,20	1,01	2,11	1,98
RCA	0,80	0,15	0,36	0,34
Rwanda	1,00	0,69	0,46	0,67
Sao Tome et Principe	0,20	0,20	0,01	0,01
Sénégal	3,14	0,00	1,75	0,86
Sierra Leone	0,90	0,55	0,32	0,46
Tanzanie	6,10	3,68	1,99	3,06
Tchad	0,91	0,00	0,39	0,66
Togo	1,28	0,00	0,48	0,42
Vanuatu	0,04	0,00	0,08	0,02
Vietnam	22,30	8,47	8,11	7,56
Yemen, Rep.	5,60	0,00	1,84	1,58
Zambie	5,30	2,59	1,15	0,92
Zimbabwe	3,77	0,00	2,51	1,13
Total	188,90	63,76	63,76	63,76

Source : World Bank, Global Development Finance 1998, estimations et calculs propres

secondées par des ONG. De plus, les dépenses publiques sont fongibles, et il est bien difficile de vérifier que l'accroissement des dépenses liées à l'annulation ne soit utilisé à des fins peu souhaitables, via une réduction ou une stabilisation des autres dépenses sociales. L'UE, qui a pris à sa charge la croissance des dépenses publiques dans le cadre de certains programmes d'ajustement structurel, a bien perçu la difficulté de l'exercice. Par ailleurs, la sous-administration de ces pays est générale, et renforcer les seuls secteurs sociaux relève d'une approche quelque peu biaisée.

Créer les Fonds de Conversion des créances ?

Il s'agirait de constituer des fonds en monnaie locale alimentés par le versement du service de la dette annulée en vue de financer des activités dans le domaine social. Cette modalité présente de nombreux inconvénients : rupture de l'unité des finances publiques, lourdeur de la gestion de tels fonds, allocation disproportionnée de fonds aux secteurs sociaux. L'expérience de fonds de conversion de créance tentée par la France en 1994, -suite à la réduction de dette dite de Libreville (pour la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Gabon, le Congo Brazzaville)- est généralement considérée comme peu satisfaisante, notamment en raison de la lourdeur des procédures.

Ces approches « dirigistes » de l'utilisation des fonds sont en rupture totale avec les nouvelles modalités proposées pour la gestion « contractuelle » du développement (telle que la présente notamment le président de la Banque Mondiale, J.Wolfensohn avec le Cadre de Développement Intégré). Il s'agirait en effet de chercher à favoriser la définition des politiques de développement par les gouvernements bénéficiaires eux-mêmes, en y associant des composantes de la société civile et du secteur privé.

III. Des questions de fond. Un problème d'équité

Toute annulation de dette pose un problème d'équité: en bénéficient ceux qui se sont le plus endettés, probablement ceux dont la gestion publique a été la plus déficiente. Les Etats qui ont mené une politique prudente se voient bien mal récompensés. Pour que la réduction d'endettement soit juste, il suffirait de la rendre proportionnelle à une caractéristique donnée des économies non reliée à la dette (leur population, leur PNB, leurs recettes publiques par exemple). Le tableau 1 simule trois modes différents de réduction de la dette. La première modalité (colonne 2) est assez proche de la modalité retenue

pour l'initiative PPTE. On suppose que l'annulation de la dette est calculée de manière à ce que la dette ne dépasse par 200 % des exportations de biens et services (sur la base des données de 1994). Cela supposerait une annulation d'environ 63,8 milliards de dollars. Les colonnes suivantes montrent ce que l'on obtiendrait si l'on répartissait ces 63,8 milliards de dollars suivant d'autres critères : proportionnellement au PNB (colonne 3) ou à la population (colonne 4). On mesure ainsi la distorsion introduite par l'approche PPTE : elle semble plus destinée à résoudre le problème des créanciers qu'à favoriser le développement des débiteurs.

Faute de cela, il conviendrait de trouver un moyen pour avantager les pays qui ont connu une gestion « vertueuse » de leur endettement, en leur remboursant par exemple une partie des versements antérieurs

Quel sera le coût des annulations de dette pour les Etats bénéficiaires ?

Il peut sembler curieux de poser une telle question. Pourtant, les annulations de dette risquent de se traduire par une réduction ultérieure du financement extérieur. Les annulations de dette entrant dans le champ de l'aide au développement, il y a une forte incitation à réduire les flux publics d'argent frais (en 1995, les remises de dette représentaient 11,5% de l'aide totale – et ce pourcentage est certainement bien supérieur pour les PFR). En ce qui concerne les flux privés, il y a là motif à renforcer et à prolonger l'exclusion des PFR sur les marchés financiers internationaux.

IV. Conclusion : dette et financement extérieur

Réduire la dette permet l'accroissement des dépenses publiques des pays bénéficiaires. En ce sens il s'agit donc d'une composante du financement du développement qui devrait être considérée comme telle. Il semble donc inopportun de conserver une gestion institutionnellement éclatée (politiques et projets d'un côté avec une coordination des bailleurs de fonds effectuée dans des Tables rondes, Programmes spéciaux d'assistance ou autres instances, réaménagement de la dette dans le cadre des Clubs de Paris et de Londres). Considérer globalement les flux dont bénéficient les différents pays permettrait au contraire de renforcer la cohérence des financements extérieurs et d'améliorer la qualité des incitations qui orientent la politique économique des gouvernements aidés.

POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION SANITAIRE DANS L'ANALYSE DU DEVELOPPEMENT

ILLUSTRATION A PARTIR DU CAS DE MADAGASCAR

L'étude des ressources humaines a trouvé un cadre d'analyse pertinent au travers de la théorie du capital humain. Dans ce domaine, les aspects éducatifs ont donné lieu à de nombreux travaux. Ils conduisent généralement à valider, avec quelques nuances, le rôle des compétences dans la capacité de gain individuel et démontrent l'importance des effets attendus sur la dynamique de longue période. En ce qui concerne les aspects sanitaires, les études sont à la fois plus rares et plus dispersées. Ceci tient pour partie aux problèmes statistiques mais reflète plus généralement l'intérêt disproportionné qui a été porté aux investissements éducatifs.

L'ampleur de la déficience de l'état sanitaire dans les pays en développement incite pourtant à s'interroger plus avant sur le rôle de ce facteur. Malgré des progrès importants au cours du siècle dernier, les niveaux atteints par les pays les plus pauvres, en particulier ceux d'Afrique subsaharienne, restent en effet faibles et éloignés de ceux qui caractérisent les économies développées.

Et même ces avancées semblent aujourd'hui menacées car. Elles sont mises en danger par (i) le développement de la pandémie du VIH/SIDA, (ii) le vieillissement de la population et le développement de nouvelles affections plus coûteuses à traiter, (iii) l'apparition d'agents infectieux réfractaires aux médicaments, (iv) la récession économique et la déliquescence des systèmes sanitaires nationaux, (v) un désengagement relatif de la communauté internationale, (vi) et, enfin, le ralentissement des découvertes médicales susceptibles d'être appliquées à faible coût dans les pays en développement.

cette dimension sanitaire, il faut bien constater qu'elle la néglige dans ses applications concrètes.

Cet article synthétise quelques-uns des principaux résultats empiriques d'une recherche consacrée à l'étude du rôle de la santé. Il reprend deux types de questionnements, micro et macro-économiques, qui concernent respectivement la caractérisation des effets de la santé sur la capacité de gain individuel et le rôle de la dimension sanitaire dans le processus de développement et de croissance de long terme. Par ailleurs, nous cherchons à savoir si la prise en compte des effets dynamiques des facteurs sanitaires permet d'appréhender la spécificité du processus de croissance africain, généralement constatée dans les travaux empiriques¹.

I. La dimension sanitaire est négligée par les travaux théoriques et empiriques micro et macroéconomiques

Un état des lieux des connaissances sur la théorie du capital humain et sur la théorie de la croissance conduit à quatre constats majeurs :

- *la dimension sanitaire est généralement occultée dans les analyses théoriques.* Ceci est vrai pour la modélisation du capital humain, puisqu'il a fallu dix ans pour voir apparaître une première application à la santé (Grossman - 1972) et que par la suite ce programme de recherche est rapidement tombé en désuétude. Par ailleurs, en ce qui concerne l'analyse de la croissance, seules de rares tentatives de prise

ICI moyen par âge et par sexe

Hommes			Femmes		
Entre 20 et 40 ans	Entre 40 et 60 ans	60 ans et plus	Entre 20 et 40 ans	Entre 40 et 60 ans	60 ans et plus
1.20	1.68	2.68	1.42	1.95	2.95

Source : Enquête SET97, Madio, nos propres calculs

Étant donnée l'ampleur des bouleversements (passés et à venir) et l'importance de la question sanitaire dans la détermination des conditions de vie des populations, il semble souhaitable de porter une attention accrue aux tenants et aboutissants des dépenses sanitaires dans les pays en développement. Ceci paraît d'autant plus vrai que, dans de nombreux pays en développement ou en transition, des réformes des systèmes de santé sont en cours. Or, si la théorie du capital humain présente l'intérêt de mettre en valeur

en compte de la dimension sanitaire ont été développées. Ce constat peut paraître surprenant au vu du regain d'intérêt qu'a connu récemment le rôle des facteurs humains dans la croissance.

¹ Celle-ci mise en évidence par l'utilisation d'une indicatrice (variable « dummy ») pour la région Afrique dans les estimations de croissance en coupe transversale et en mesurant la « significativité ». A notre connaissance, seules deux études parviennent à éliminer cette indicatrice dans de telles estimations (Barro 1994 et Sachs & Warner - 1997).

- *le concept de capital humain est systématiquement appréhendé comme un stock homogène.* Ceci conduit à nier les spécificités des différents facteurs humains, tant quantitatifs que qualitatifs, et à négliger l'importance de leurs interactions.
- *les premières estimations de l'effet de la santé sur la capacité de gains individuelle montrent le plus souvent des résultats ambigus.* Elles sont toutefois généralement soumises à des erreurs de mesure ou à des biais économétriques importants. Certaines études récentes, qui contrôlent tout ou partie de ces problèmes, mettent en valeur l'existence d'une relation entre état de santé et emploi. C'est le cas notamment des travaux de Schultz & Tansel (1997) sur la Côte-d'Ivoire et le Ghana, de Lavy, Palumbo & Stern (1995) en Jamaïque ou d'Audibert & Etard (1998) au Mali. Toutefois, les résultats actuels ne permettent pas encore de mesurer et de systématiser la relation entre capacité productive et état de santé.
- *la revue des études empiriques sur le rôle des facteurs humains dans la croissance suggère que les variables liées à l'éducation ont un impact positif sur la croissance.* On constate cependant des différences importantes entre les travaux en panel et ceux en coupe transversale, différences qui n'ont pas encore trouvé d'explication satisfaisante. Les variables sanitaires, quant à elles, semblent exercer un effet significatif sur l'évolution du produit par tête lorsqu'elles sont prises en compte dans les estimations.

II. Une approche micro-économique appliquée au cas de Madagascar

Avec un revenu par habitant estimé à seulement 250 dollars en 1996, Madagascar compte parmi les pays les plus pauvres du monde. Pour autant, on a longtemps considéré que ce pays était plutôt avantagé en terme de disponibilité de ressources humaines étant donné l'abondance et le niveau de qualification de sa population. En revanche, les conditions sanitaires, telles que reflétées par les indicateurs agrégés, sont restées médiocres : (i) l'espérance de vie apparaît faible si on tient compte du fait que Madagascar est pour l'instant épargné par l'épidémie du sida et que la Grande Ile n'a jamais connu de conflit ni de cataclysme majeur; (ii) certaines affections anciennes, telles que la lèpre ou la peste, persistent à des taux inexplicables et, enfin, (iii) Madagascar reste un des rares pays à n'avoir amorcé ni sa transition démographique, ni sa transition épidémiologique.

Pour analyser les causes et implications des conditions sanitaires existantes, nous avons utilisé des données recueillies au cours d'une enquête socio-économique originale menée au printemps 1997 dans la capitale malgache par le projet MADIO.

L'enquête porte sur un échantillon maximal de 3 000 ménages représentant environ 15 000 individus de l'agglomération d'Antananarivo. Un large éventail d'indicateurs sanitaires a été recueilli. Nous disposons, entre autre, d'informations sur les handicaps ainsi que sur les affections chroniques et de relevés anthropométriques (taille, poids) pour des échantillons d'adultes (plus de dix ans) représentatifs de la population totale.

Avec l'aide de médecins chercheurs du CREDES² nous avons développé un indicateur synthétique permettant d'évaluer la prévalence des problèmes de santé potentiellement invalidants pour la population de la capitale malgache. Pour construire cet indicateur, un médecin chiffreur a attribué, pour chacune des informations médicales collectées, une note d'invalidité comprise entre 0 (aucune gêne) et 7 (alitement permanent) compte tenu des caractéristiques individuelles de l'enquêté. Dans le cas de Madagascar, nous avons considéré trois types d'informations : l'auto évaluation de l'état de santé, les handicaps déclarés³, et éventuellement les affections chroniques. L'Indicateur Composite d'Invalidité (ICI) est posé comme la valeur maximale d'invalidité de ces différents éléments de chiffrage.

Cet Indicateur permet de conclure, par exemple, que 5% de la population de plus de dix ans, soit environ 35 000 individus, souffre d'une affection dont la notation en terme d'invalidité est supérieure ou égale à quatre.

La répartition par âge et par sexe des problèmes de santé potentiellement invalidants est conforme aux constats habituels. On note ainsi que les femmes sont sur-représentées à chaque âge et que l'écart avec les hommes augmente. On constate également que la prévalence et la gravité des problèmes de santé potentiellement invalidants s'accroissent avec la durée de vie.

A partir de cette information statistique il est possible de tester l'impact du « handicap » sur la capacité de gain. Une simple analyse descriptive permet de montrer que les personnes souffrant de problèmes de santé potentiellement invalidants sont fortement pénalisées dans leur accès au marché du travail :

(i) *Elles sont plus fréquemment inactives.* En effet, si le taux d'activité global est relativement élevé dans la capitale malgache (63,4%), celui qui concerne la sous population « handicapée » est sensiblement plus faible (47,3%).

² Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, Paris.

³ Plus précisément, il s'agit des problèmes de mobilité, des problèmes de vue invalidants, des problèmes graves de dentition, des invalidités de travail, et des autres problèmes de santé handicapants dans la vie quotidienne.

(ii) Lorsque les personnes 'handicapées' exercent une activité, celle-ci se situe plus souvent dans des secteurs de faible productivité. Si l'appartenance aux secteurs public et social n'est pas significativement différente pour les deux groupes (« handicapés » et valides), les personnes souffrant de problèmes de santé potentiellement invalidants se retrouvent à 66% dans le secteur informel et seulement à 19% dans le privé formel (contre respectivement 59% et 26% pour les personnes valides).

(iii) Elles perçoivent en moyenne des revenus plus faibles. On note à cet égard que la rémunération des « handicapés » dans leur activité principale est systématiquement inférieure à la rémunération moyenne et que l'écart est d'autant plus marqué que l'activité est haute dans l'échelle sociale.

Un résultat similaire est obtenu pour les inactifs : les 'handicapés' sans ressource d'activité ont des revenus moyens de 127 000 Fmg alors que ceux des autres inactifs s'élèvent à 218 000 Fmg.

Ces analyses préliminaires ont été poursuivies par des estimations économétriques adaptées afin de contrôler les biais de sélectivité et d'endogénéité et, le cas échéant, la nature discrète des variables. Deux catégories d'indicateurs de santé implicites ont été testées. Il s'agit du degré d'invalidité tel que mesuré par l'indicateur composite (ICI) et de la morbidité auto-déclarée. Parmi les principaux résultats obtenus, on retiendra que :

- l'effet du « handicap » sur la probabilité de participer au marché du travail est important et, d'un point de vue économétrique, très robuste.
- le salaire horaire potentiel dans l'activité principale est affecté par la gravité des problèmes d'invalidité. A titre d'exemple on signalera que le fait de gagner 1 écart-type dans l'Indicateur Composite d'Invalidité équivaut -en terme de salaire potentiel- à 0,7 année de scolarisation supplémentaire pour les hommes et 0,3 pour les femmes. Toutefois, dans le cas des activités informelles où les revenus sont nettement plus faibles (et moins bien connus), nous n'avons pas pu identifier un quelconque effet.
- une autre série d'estimations concerne plus spécifiquement la morbidité. Elle permet d'établir que,

toutes choses égales par ailleurs, la perte de revenu moyenne pour les malades qui ne cessent pas entièrement leurs activités s'élève à environ 16% pendant la durée de l'épisode morbide.

- A partir des données sur la morbidité nous avons également construit un indicateur de l'état de santé potentiel de la population. Celui-ci montre alors une relation négative avec la capacité de gains. De part son caractère général, ce résultat permet de confirmer la nécessité de prendre en compte la dimension sanitaire dans la définition du capital humain.

Nous avons également cherché à évaluer l'effet des conditions nutritionnelles sur l'activité. Dans ce cadre plus standard, nous avons mobilisé différents indicateurs anthropométriques tels que la taille, le poids ou l'indice de Quetelet⁴. On trouve en particulier que la taille, qui rend compte des investissements nutritionnels consentis durant l'enfance et l'adolescence, exerce un effet positif et robuste sur le potentiel de gains : toutes choses égales par ailleurs, le fait de mesurer 10 centimètres de plus est lié à un taux de salaire supérieur d'environ 11%. A l'instar de Haddad & Bouis (1991), nous rejetons, pour nos données malgaches, l'hypothèse selon laquelle la capacité physique est indépendante de la taille (*Small but healthy hypothesis*).

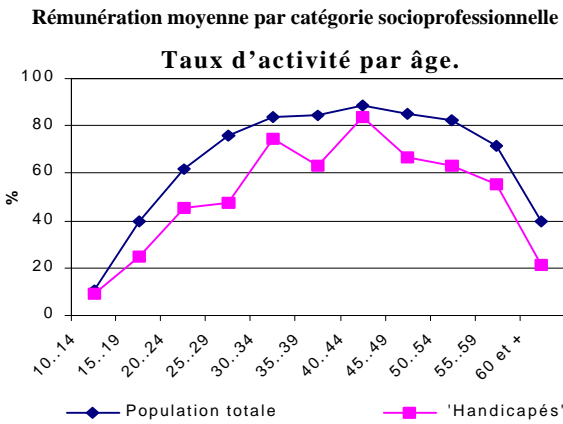
Finalement, l'étude de la relation entre variables anthropométriques de moyen et de long terme et réussite scolaire vient confirmer, dans le cas de Madagascar, les nombreux résultats indiquant que l'amélioration des conditions nutritionnelles des enfants favorise leurs chances de survie et accroît la rentabilité des investissements éducatifs. C'est ainsi que, toutes choses égales par ailleurs, mesurer 10 centimètres de plus accroît la scolarité potentielle d'un enfant de plus d'un trimestre.

Dans le cas de Madagascar, caractérisé par la précarité persistante des conditions sanitaires et la situation alarmante des franges les plus démunies, les estimations ci-dessus montrent que l'amélioration de l'état de santé général constitue un impératif d'efficacité économique autant que de justice sociale.

⁴Cet indice est déterminé par le rapport entre la taille et le poids au carré.

III. Une approche macro-économique : analyse du processus de croissance de long terme

Prise dans leur ensemble, les analyses précédentes



que d'une influence significative de la santé sur le potentiel de gain. L'analyse théorique des effets des conditions sanitaires sur la croissance rejoint ce constat. En particulier, un exercice de modélisation a pu montrer que l'allongement de la durée de vie favorise et renforce le mécanisme de croissance endogène, c'est-à-dire la persistance à long terme d'un processus de croissance.

L'analyse empirique des déterminants de la croissance à partir des bases de données internationales usuelles confirme ce résultat. On a en effet pu montrer que :

- l'espérance de vie à la naissance est une des variables socio-économiques explicatives les plus robustes qui soient dans les équations de croissance en coupes transversales. En revanche, ce résultat est partiellement remis en cause dans les estimations en panel qui exploitent principalement la dimension temporelle.
- d'autres indicateurs sanitaires, tels que le taux de mortalité infantile, montrent une relation positive forte avec la croissance du produit par tête. Ce résultat a également été trouvé pour un indicateur implicite de santé construit par une analyse en composantes principales à partir des informations recueillies sur l'offre de soins, l'environnement sanitaire et les conditions alimentaires de la population.
- enfin, l'utilisation conjointe d'un indicateur d'ouverture à l'échange et d'indicateurs sanitaires permet d'expliquer entièrement la « singularité » africaine et de faire disparaître la significativité de l'indicatrice régionale.

On peut se demander si les variables sanitaires ne conditionnent pas également la nature même de la

croissance ou, en d'autres termes, s'il existe des effets de seuil liés aux facteurs humains. Pour répondre à cette question, nous avons suivi une méthodologie, décrite et appliquée par J.-C. Berthélemy & A. Varoudakis (1994), consistant à classer l'échantillon en fonction des variables privilégiées (ici le niveau d'espérance de vie et le taux de scolarisation secondaire) et à procéder à des tests de Chow successifs en ajoutant une à une de nouvelles observations⁵. Les estimations auxquelles nous avons procédé permettent d'identifier trois groupes de pays en fonction de leur niveau d'espérance de vie et de leur taux de scolarisation secondaire.

Le groupe le plus défavorisé (22 pays) est caractérisé par un taux de scolarisation secondaire initial moyen faible (de l'ordre de 3%) et par la précarité des conditions sanitaires (l'espérance de vie à la naissance sur la période dépasse à peine 45 ans). Dans ce cas, les ressources humaines sont trop faibles pour permettre l'enclenchement d'une croissance soutenue. Avec un taux de croissance annuel moyen du produit par tête de 0,8%, ces pays paraissent bloqués dans une trappe de pauvreté⁶. Le développement des ressources humaines, et en particulier l'amélioration des conditions sanitaires de la population, apparaît alors comme un préalable à l'enclenchement d'un processus soutenu de croissance.

Le second groupe (36 pays) correspond aux pays bénéficiant de ressources humaines initiales significatives mais encore insuffisantes. Ces pays se caractérisent par une espérance de vie moyenne acceptable (60,4 ans) et un taux de scolarisation secondaire en 1960 non négligeable (13,5% en moyenne). Malgré une croissance annuelle moyenne relativement soutenue sur la période considérée (1,96%), les performances de ces pays restent inférieures à celles du troisième groupe. Par ailleurs, on constate un processus de convergence interne qui marque peut être l'apparition au niveau international d'une classe intermédiaire durable.

Le dernier groupe (29 pays) inclut les pays les plus dynamiques. Ces pays se caractérisent par un niveau de scolarisation initial élevé (49,4% en moyenne) et une espérance de vie moyenne élevée (72,2 ans en moyenne) ; ils se démarquent également du groupe précédent par le niveau élevé de leur taux d'investissement (23,5% du PIB en moyenne). En dehors de quelques cas atypiques (Sri Lanka et le Panama principalement), les pays appartenant à ce groupe sont essentiellement des pays industrialisés. Sur la période considérée, ce sont eux qui ont crû le plus rapidement, à un taux annuel moyen de 2,75%.

⁵ Lorsque le test est significatif au seuil de 5%, cela signifie que les estimations effectuées à partir des deux sous échantillons conduisent à des coefficients significativement différents. Il y a donc un point de rupture.

⁶ Madagascar fait partie de ce groupe de pays et se démarque même au sein de ceux-ci par la faiblesse de ses performances économiques.

Pour ces pays, les perspectives de croissance ne reposent pas exclusivement sur les facteurs humains, mais restent conditionnées par ces derniers. Dans ce cadre, il est intéressant de constater que l'espérance de vie contribue positivement et très significativement à la croissance.

IV. Conclusion

L'objectif de l'étude présentée était d'analyser le rôle de la santé dans le développement. L'examen de la littérature empirique existante, ainsi que les résultats de l'enquête mise en oeuvre à Madagascar, ou les analyses économétriques sur bases de données internationales, ont montré l'importance des variables sanitaires et leur relation étroite avec les autres facteurs socio-économiques.

L'étude micro-économique a démontré que l'amélioration des conditions sanitaires est essen-

Bibliographie

De la réduction de la dette multilatérale à l'annulation de la dette des pays les plus pauvres

All Party Parliamentary Group on Overseas Development (1994), *Africa's Multilateral Debt: A Modest Proposal*, Overseas Development Institute, Londres.

Berthélemy Jean Claude et Vourc'h Anne (1994), *Allègement de la dette et croissance*, OCDE, Centre de Développement.

Boote Anthony R. et Thugge Kamau (1997), *Debt relief for Low-Income countries and the HIPC Initiative*, IMF Working Paper, WP/97/24.

Brown Gordon (1998), « Debt and Development: time to act, again », *Economist*, 21/2/98, pp.97-98.

Claessens Stinj, Degatriache Enrica, Kanbur Ravi et Wickham Peter (1996), *Analytical aspects of the debt problem of Heavily indebted Poor countries*, Policy Research Working Paper, WPS1618, The World Bank.

Coalition mondiale pour l'Afrique (1996), *Le problème de la dette des pays pauvres très endettés d'Afrique*, CMA/NO.4/8/1996, Addis Abeba.

Cohen Daniel (1995), « Large external debt and (slow) domestic growth A theoretical analysis », *Journal of Economic Dynamics and Control*, 19, pp. 1141-1163.

Cohen Daniel (1996), *The sustainability of African Debt*, The World Bank, Policy Research Working Paper, WPS1621.

Comité d'Aide au Développement (1997), *Coopération pour le développement, rapport annuel 1996*, OCDE, Paris

tielle, non seulement pour le bien être des populations mais aussi pour l'efficacité des autres investissements humains et l'accroissement des capacités individuelles de gains.

L'analyse macro-économique a, pour sa part, mis en évidence l'existence d'un effet dynamique des conditions sanitaires. En particulier, elle a montré qu'il existe sans doute un seuil d'espérance de vie en deçà duquel la pérennité du processus de croissance est menacée.

Ces études conduisent aussi à souligner l'importance d'une coordination des politiques sociales. Dans une perspective plus générale, on retiendra pour conclure qu'il paraîtrait urgent qu'une attention plus grande soit portée aux liens entre conditions sanitaires et développement économique -à l'encontre de la pratique des dernières décennies.

FMI (1995), « The fiscal burden of External Debt », annexe II dans *Official Financing for Developing Countries*, World Economic and Financial Surveys, Washington D.C., décembre.

Guidotti Pablo E. et Kumar Manmohan S. (1991), *Domestic Public Debt of Externally Indebted Countries*, Occasional Paper n° 80, Washington, IMF.

Iqbal Zubair et Kanbur Ravi (eds.) (1997), *External Finance for Low-Income Countries*, IMF, Washington, D.C.

Mistry Percy (1996), *Resolving Africa's Multilateral Debt Problem. A response to the IMF and the World Bank*, FONDAD, La Haye.

Moisseron J. -Y. et Raffinot M. , *L'insoutenable légèreté de la dette, Solvabilité et allègement de la dette des pays à faible revenu*, à paraître.

ODI (1995), *Poor Country Debt: A Never-Ending Story ?*, Briefing Paper, Overseas Development Institute, Londres, 1995 (1).

Raffinot Marc (1998), *Soutenabilité de la dette extérieure: de la théorie aux modèles d'évaluation pour les pays à faible revenu*, Document de travail, DIAL, Paris.

Reisen Helmut et Van Trotsenburg Axel (1988), *La dette des pays en développement: le problème budgétaire et la question du transfert*, OCDE, Etudes du Centre de développement.

Roulin Perriard Anne (1995), *Théorie du surendettement et effets macroéconomiques des debt-for-development swaps*, Institut des sciences économiques et sociales de l'Université de Fribourg Suisse, Editions Universitaires Fribourg Suisse (coll. documents économiques n°69)

Sachs Jeffrey (1988), « The debt overhang of developing countries », in *Debt, Stabilization and development: essays in memory of Carlos Diaz Alejandro*, Oxford, Basil Blackwell.

UNCTAD (1995), Trade and Development Report 1995, Genève.

World Bank/FMI (1996), The World Bank and the Indebted Poor Countries Debt Initiative, Washington D.C., novembre

Pour une prise en compte de la dimension sanitaire dans l'analyse du développement : Illustration à partir du cas de Madagascar

Audibert M. & Etard JF., 1998, *Impact of Schistosomiasis on Rice Output and Farm Inputs in Mali.*, Journal of African Economies, vol 7 n° 2, pp185-207.

Azariadis C. & Drazen A., 1990, *Threshold Externalities in Economic Development.*, The Quarterly Journal of Economics, May 1990, pp 501-526.

Barro RJ., 1994, *Democracy and Growth.*, NBER Working paper, n°4909, 30 p.

Berthelemy JC. & Varoudakis, 1994, *Clubs de Convergence et Croissance: Le Rôle du Développement Physique et de l'Education.*, Miméo, 31 p.

Grossman G., 1972, *On the Concept of Health Capital and Demand for Health.*, Journal of Political Economy, Vol 80 n°2, pp 224-255.

Haddad L. & Bouis H., 1991, *The Impact of Nutritional Status on Agricultural Productivity: Wage Evidence from Philippines.*, Oxford Bulletin of Economics and Statistics, Vol 53 n°1, pp 45-68.

Lavy V., Palumbo M. & Stern S., 1995, *Health Care in Jamaica. Quality, Outcomes, and Labor Supply.*, LSMS, Working Paper n°116, 30 p.

Lavy V., Strauss J., Thomas D. & De Vreyer P., 1996, *Quality of Health Care, Survival and Health Outcomes in Ghana.*, Journal of Health Economics, n°15, pp 333-357.

Sachs JD. & Warner AM., 1997, *Sources of Slow Growth in African Economies.*, Journal of African Economies, vol 6 n° 3, pp 335-376.

Schultz TP. & Tansel A., 1997, *Wage and Labor Supply effects of Illness in Côte d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled.*, Journal of Development Economics, vol 53, pp 251-286.