

Gouvernance du financement de la santé mondiale : enjeux et perspectives africains



Africa 21 - Note n°2, février 2013.

Résumé

- L'accès aux soins de santé pour tous est un objectif fondamental sur le plan du bien-être social et constitue à ce titre une composante importante du niveau de développement d'un pays tel qu'il est d'usage dans le calcul de l'indicateur de développement humain (IDH) des Nations Unies.
- Dans ce contexte, cette note analyse de manière critique les instruments internationaux de promotion de la santé mondiale depuis plus de deux décennies et notamment l'Initiative de Bamako, la micro-assurance santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- Un point final est porté sur l'adéquation entre les défis actuels de la santé publique en Afrique et les esquisses de solutions en discussion dans l'agenda du développement international à la lumière des exemples du Bénin, du Gabon, du Ghana, du Mali et du Rwanda.



Association Africa 21 est un *think tank* basé au cœur de la Genève internationale qui entend œuvrer, par l'apport d'une base de faits, d'analyses et par la promotion du débat, à une meilleure compréhension des enjeux internationaux structurant le développement socio-économique durable de l'Afrique (notamment au regard des politiques d'intégration régionale). Il vise par ailleurs à apparaître comme une force de prospective et de proposition compte tenu des dynamiques d'avenir pour le continent.

© Association Africa 21

Site internet : www.africa21.org

Contact : info@africa21.org

Directeur de la stratégie et du développement : Julien Chambolle

Directeur des programmes : Alejandro Gómez

Relecteur : Dr. John Kotsopoulos

A propos de l'auteur :



Théophile Sossa (Bénin) est un spécialiste des questions de développement économique et social en Afrique. Il a travaillé au Partenariat pour le Développement Municipal (Bureau Afrique de l'Ouest- Cotonou) sur les stratégies de développement local, notamment la décentralisation financière et l'accès des collectivités locales d'Afrique subsaharienne à l'emprunt et aux marchés financiers. Il est consultant associé au Cabinet Afrique Décision Optimale (Cotonou) où il contribue à la réalisation d'études et de conseils pour le compte des États Africains et des Agences de développement international. M. Sossa termine une thèse de doctorat sur les modèles alternatifs d'assurance maladie au sein de l'Institut Universitaire de Hautes Etudes et du Développement de Genève.

Les positions exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement les vues de l'Association Africa 21.

Avant-propos

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, dirigée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) à Alma Ata en 1978, avait abouti à un consensus international important pour lancer la promotion de l'accès pour tous aux soins de santé, qui aurait dû être réalisé à l'horizon 2000. Elle définit les soins de santé primaires comme « (...) des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. (...) ils comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels. (...) Ils font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs »¹. [OMS & UNICEF (1978), pp. 3-4].

Cette conception de la santé est la plus complète possible qui ait pu être adoptée au plan international et mérite d'être revisitée par les analystes des stratégies internationales de promotion de l'accès aux soins de santé pour tous. Le rapport de la Conférence demandait « instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier, en particulier dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un *nouvel ordre économique international*² » [ibid., p. 6].

Dans l'Afrique contemporaine, en plus d'un cadre économique et social inadéquat pour le bien-être, l'accès à des soins de santé de qualité pour tous est loin d'être accompli pour la majorité des citoyens qui font face à plusieurs formes d'exclusion vis-à-vis du système de santé. Il s'agit, selon les situations, de l'incapacité à payer les soins pour environ 80% de personnes vivant sur ce continent sans assurance-maladie, de l'éloignement d'un centre de santé, du manque de professionnels de santé, de la disponibilité des médicaments, pour ne pas en citer plus. Toutes ces formes d'exclusion ont des conséquences autant dommageables les unes que les autres en matière d'inégalités socioéconomiques et spatiales face à la mort.

¹ http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html.

² Souligné par l'auteur.

Dans ce contexte, cette note analyse les stratégies internationales de promotion de l'accès pour tous aux soins de santé, en mettant l'accent sur les modèles de financement de l'Initiative de Bamako, des mutuelles de santé, des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de l'assurance maladie universelle.

Cette approche permet ainsi de mettre en perspective l'adéquation entre les défis actuels de la santé publique en Afrique et les esquisses de solutions en discussion dans l'agenda du développement international à la lumière des exemples du Gabon, du Ghana, du Mali et du Rwanda.

L'Initiative de Bamako

À l'occasion des programmes d'ajustement structurel imposés aux pays africains au début des années 1980, les dépenses gouvernementales liées à l'éducation et à la santé ont été fortement réduites et la conséquence a été la destruction de la protection sociale pour la majorité des citoyens. Seuls les travailleurs du secteur privé formel et les fonctionnaires de l'État ont encore droit à une protection contre les risques de maladie professionnelle. Cette situation entraîne des conséquences sociales néfastes – dans les domaines de l'éducation et de la santé – que le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF) a très tôt dénoncé [Giovanni A.-C. et *al.* (1987)]. L'UNICEF a alors formulé une politique d'accès aux soins de santé primaires pour tous, qui sera adoptée en 1988 à Bamako par l'Organisation mondiale de la Santé, sous l'appellation « Initiative de Bamako ».

L'Initiative de Bamako vise à promouvoir l'accès universel aux soins de santé primaire, l'équité des systèmes de santé et la qualité des services. Elle peut être, en pratique, expliquée par le processus suivant: au départ, un stock de médicaments essentiels génériques est offert par les bailleurs de fonds au comité de gestion (issu de la population) du dispensaire d'une communauté. Ces médicaments doivent ensuite être vendus aux usagers à un prix plus élevé que le prix de revient afin de garantir une marge bénéficiaire. Les recettes de la vente de médicaments et les frais de consultations, facturés aux usagers et payables directement sur place, permettent, sous le contrôle des communautés villageoises, d'en renouveler le stock, de couvrir une partie ou la totalité des frais de fonctionnement des installations et de rémunérer une partie du personnel. Ainsi, seraient assurées la remise en état et l'extension des services de soins à l'échelon local.

Les promoteurs étaient optimistes à l'idée que les centres de santé communautaires allaient rapidement devenir autonomes, soit au plus tard en 1993, au moment où les financements d'aide au développement devraient être arrêtés. L'Initiative de Bamako démarrerait ainsi la promotion d'un système de paiement direct des soins de santé qui n'apportait rien d'autre, dans le système de santé, que la gestion décentralisée et autonome des recettes et des dépenses. Elle a été adoptée et largement appliquée par les États africains, notamment ceux d'Afrique subsaharienne. Dans un contexte caractérisé par une forte réduction des dépenses de santé dans les budgets publics, une initiative internationale qui visait à légitimer le transfert

des coûts aux usagers, en même temps que la non-responsabilité des États, avait tous les arguments pour susciter l'enthousiasme des gouvernements.

Loin des effets positifs escomptés, l'Initiative de Bamako n'a pu promouvoir l'accès aux soins de santé. Plusieurs études empiriques montrent que le transfert des frais aux usagers a entraîné une baisse de l'utilisation des services de soins de santé, notamment pour les ménages pauvres dont les capacités contributives ont été mal évaluées au départ [Creese A. & Kutzin J. (1997); Lagarde M. & Palmer N. (2008) ; Adam L. & Ke X. (2008) ; Ridde V. (2004 ; 2012)]. Les subventions promises par les États pour garantir l'inclusion des couches sociales démunies n'ont pas été effectives [Ridde V. (2004), pp. 25-26]. L'objectif d'équité dans le domaine de la santé qui caractérisait l'Initiative au départ a été très vite abandonné au profit de celui d'efficacité économique ayant conduit à des comportements de thésaurisation de la part des gestionnaires qui n'ont pas réinvesti les marges dans le développement et la qualité des services [*ibid.* (2012), pp. 28-35]. Pourtant, le principe du paiement direct des soins demeure, depuis l'Initiative de Bamako, un trait caractéristique de la plupart des systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

La micro-assurance santé comme alternative de protection sociale

Dans ce contexte, la micro-assurance santé, offerte essentiellement par les mutuelles communautaires, s'est présentée depuis le milieu des années 1990 comme une alternative de protection sociale dans les pays en développement. Les mutuelles de santé constituent une alternative institutionnelle, relevant en principe de l'économie solidaire, qu'il est indispensable de ne pas confondre avec une protection sociale hiérarchique. Elles portent un noble projet de changement social qui constitue une réaction aux excès du marché, à la passivité du politique et qui vise en même temps une intégration sociale. C'est pour cela qu'elles suscitent l'intérêt de nombreux acteurs du développement international. Il y avait en Afrique, environ 912 mutuelles en 2004, mais les taux de pénétration dans la population restent très faibles et dépassent rarement 1% [Wealkens M.-P. et Criel B. (2004), pp. 8-16].

Sur 700 millions de personnes qui représentent la cible de la micro-assurance en Afrique, l'offre de services n'est disponible que pour 14,7 millions de personnes parmi lesquelles seulement 2,6% utilisent ces services [OIT (2010), p. 6].

Plusieurs études empiriques concluent que la capacité à payer les primes est la première contrainte de l'adhésion aux mutuelles de santé. Le manque de ressources financières est souvent la principale raison invoquée tant par les mutualistes que par les non-mutualistes pour expliquer la faible participation à la mutuelle de santé [Gnawali D. et al. (2009), Basaza R. et al. (2008) ; Jütting J. (2005) ; Fonteneau B. (2003)]. Malgré le fait que le montant de la cotisation soit souvent considéré comme étant supportable – surtout lorsqu'il est comparé aux frais médicaux à payer sans adhésion à une mutuelle – nombreuses sont les personnes qui ne peuvent pas prendre en charge les cotisations pour l'ensemble des membres de leur ménage [De Allegri M. et al. (2006a, 2006b) ; Criel B. & Waelkens M. (2003)]. Il ressort d'ailleurs que le statut socio-économique des adhérents est plus élevé que celui des non-adhérents [De Allegri M. et al. (2006b) ; Musango L. et al. (2004), Dubois F. (2002)]. En évaluant le niveau de vie des ménages à partir des trois indicateurs que sont les revenus, les dépenses annuelles et la perception qu'ils ont de leur propre état de richesse par rapport à celui des autres villageois, Jütting J.

(2005) établit que les ménages les plus pauvres sont beaucoup moins représentés que les ménages plus aisés. Une autre étude indique que non seulement les ménages les plus pauvres, mais également les plus aisés, de la communauté sont davantage représentés parmi les non-membres [Criel B. (1998)].

Les recherches que nous avons effectuées dans le département du Mono, sur les mutuelles de santé soutenues par les organisations non gouvernementales belge (Louvain Développement) et danoise (BorneFonden), confirment qu'il existe des ménages qui n'ont pas les moyens, quelle que soit la période de l'année, de payer les primes d'assurance qui ne dépassent pas la somme de US\$1 par mois. Mais de façon similaire à l'observation de Criel B., le problème est que la majorité des ménages qui ont potentiellement la capacité financière d'adhérer à ces mutuelles n'en sont pas membres.

Defourny J. et Failon J. font deux hypothèses sur la non-participation des plus riches : « Il est probable que les plus riches ont moins d'appréhension quant à leur capacité future à supporter des frais de santé sans affiliation mutualiste. Il se peut aussi qu'ils craignent de participer pleinement à un système dans lequel certains membres moins aisés éprouvent des difficultés à payer régulièrement leurs cotisations » [(2011), p.12]. L'analyse des données recueillies permet de valider la première hypothèse de Defourny et Failon. En effet, la capacité à payer les soins met les personnes en situation d'autosuffisance, ce qui revient à estimer que l'on n'a pas besoin d'une mutuelle. Le paiement direct est préféré parce qu'il affiche une capacité à payer, plutôt que de recourir à « l'aide » d'une organisation, aide parfois perçue comme stigmatisante ; ce qui fait que certains membres de mutuelles se félicitent de ne pas demander le remboursement de leurs dépenses de santé même lorsqu'ils sont à jour vis-à-vis de l'organisation mutualiste. Mais la deuxième hypothèse n'est pas plausible. Aucun autre système de solidarité traditionnelle de la région, qu'il s'agisse des tontines, des associations de décès ou des groupes d'entraide, n'est basé sur le statut socioéconomique des participants. La non-participation à la mutuelle n'est pas comprise comme étant un refus de solidarité avec les autres qui seraient perçus comme étant plus pauvres. En revanche, le contrat d'adhésion apparaît comme une relation individuelle avec la mutuelle, confondue à une organisation de bienfaisance qui garantit des prestations, et n'est pas perçue comme une auto-organisation communautaire face au risque de maladie.

La capacité financière apparaît comme une contrainte significative lorsqu'un chef de famille nombreuse, ayant fait adhérer certains membres de sa famille à la mutuelle de santé, n'arrive pas, malgré le souhait, à souscrire les autres membres parce que cela lui reviendrait trop coûteux par rapport à ses revenus. Cette situation était très rare à observer ; en général l'adhésion familiale partielle était plutôt basée sur une sélection des personnes qui sont censées tomber plus souvent malade. En somme, le revenu ne contraint que très faiblement l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé. Les communautés sont des groupes sociaux qui partagent des valeurs, des normes et des principes d'échanges économiques et de solidarité. Les mutuelles de santé apparaissent comme un projet de changement social d'impulsion extérieure dont les principes de fonctionnement s'éloignent de ceux en vigueur dans les communautés, d'où la principale cause de leur échec³.

³ À moins que la mission du projet soit précisément l'offre d'un service pour lequel il existe une très forte demande, comme le microcrédit favorisé par le contexte général de financiarisation des sociétés humaines. Il n'est pas besoin d'ajouter que la micro-finance n'introduit aucun nouveau principe de base dans l'organisation socioéconomique des communautés, car il s'agit, sous une autre forme, de relations de crédit et d'épargne antérieurement bien connues. Elles engagent la responsabilité individuelle, même lorsque le crédit est octroyé à un groupe de caution solidaire, la responsabilité de chaque membre est engagée envers le groupe. Là, on est bien loin du modèle d'assurance mutuelle. L'objectif de cet article n'inclut pas une discussion microéconomique sur les différences entre les principes d'intégration communautaire et le modèle de mutuelle de santé. Pour un tel besoin, voir SOSSA, T., « Le

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont succédé à l'Initiative de Bamako, en tant qu'instrument de promotion de la santé mondiale. Les OMD constituent globalement un ensemble de huit objectifs adoptés en 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Ceux-ci s'inscrivent dans la perspective de réduction de la pauvreté à l'horizon 2015. Les quatrième, cinquième et sixième objectifs sont spécialement dédiés à la santé et visent respectivement à: a) réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport à son niveau de 1990; b) réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle; c) rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015; d) enrayer la propagation du VIH/sida et inverser la tendance; e) assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida à l'horizon 2010; f) maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies et inverser la tendance⁴.

Bilan partiel des objectifs du millénaire pour le développement

À l'échelle mondiale, des progrès importants ont été obtenus dans la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Entre 1990 et 2010, le taux de mortalité dans cette tranche d'âge a baissé de 35 %, passant d'un chiffre estimé de 88 décès pour 1.000 naissances vivantes à 57 pour 1000 naissances vivantes. Mais sur les 26 pays les plus en retard sur cet objectif, ayant enregistré des taux de mortalité de plus de 100 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010, 24 se trouvaient en Afrique subsaharienne (ASS). Le rythme de réduction de la mortalité infantile a doublé dans cette région en passant de 1,2% entre 1990-2000 à 2,4% entre 2000-2010. Malgré cette amélioration, la plupart des pays de cette région ont peu de chance d'atteindre la cible consistant à réduire de deux tiers d'ici à 2015 les niveaux de mortalité atteints en 1990. À l'échelle de la planète, seulement 37 des 143 pays à revenu faible ou intermédiaire ont une chance d'atteindre cette cible en 2015 si leur rythme de baisse se maintient.

La santé maternelle demeure encore un sujet préoccupant en Afrique. Le continent enregistre un taux de mortalité maternelle encore élevé de 5,9 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2010. À l'échelle mondiale, la baisse annuelle de la mortalité infantile estimée à 3,1% est très insuffisante pour atteindre l'objectif poursuivi, alors que la baisse en Afrique est encore plus faible que cette baisse moyenne mondiale.

En 2010, on estime que 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH – soit 15 % de moins qu'en 2001, année pendant laquelle on avait enregistré 3,1 millions de nouvelles infections. Dans 22 pays d'Afrique sub-saharienne, un rythme de baisse similaire a été observé sur la dernière décennie, mais le nombre de cas dans cette région représente encore 70 % du nombre total de personnes ayant contracté une infection à VIH de par le monde. On estime que, fin 2010, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH, chiffre en augmentation par rapport aux années précédentes. Comme l'accès au traitement antirétroviral est en cours d'élargissement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (16 fois plus de personnes traitées en 2010 qu'en 2003), l'effectif de la population vivant avec le VIH continuera d'augmenter avec la diminution du nombre d'individus mourant de causes liées au VIH [Organisation Mondiale de la Santé (2012), pp.12-15].

Les progrès en matière de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ne sont pas négligeables, mais ils ne sont pas encore suffisants.

« système de protection sociale au Bénin : quel avenir pour la micro-assurance santé », in : *Économies et Sociétés*, Série « Développement, croissance et progrès », F, Vol. 46, n° 2, 2012, pp. 307-325.

⁴ <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/aids.shtml>, consulté le 21/11/2012.

Dans la conception et la mise en œuvre, les OMD se caractérisent par une absence de cadre d'appropriation et de leadership. Les objectifs ont été conçus selon une approche descendante à laquelle les pays en développement ont à peine participé ; ce qui explique le fait qu'ils peinent à se l'approprier. Au niveau international, le leadership et la coordination des objectifs sont perturbés par l'appropriation et la fragmentation institutionnelle du domaine de la santé. Par exemple, à l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé maternelle est divisée entre l'Initiative pour une grossesse à moindre risque, le Programme de reproduction humaine et le Département pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Parmi les institutions des Nations Unies disposant de fonds d'exécution, l'Organisation des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP) jouent chacun un rôle, se résumant au fait que l'UNICEF est concernée par les soins prénataux et postnataux, et le FNUAP par l'accès aux soins en général [Waage J. et al. (2012), p. 1002]. Toutefois, les résultats obtenus ne sont pas négligeables.

À l'approche de 2015, les institutions des Nations-Unies ont engagé des consultations pour définir les contours d'un agenda de développement au-delà de cette année. La Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) a organisé, en collaboration avec la Commission de l'Union africaine (CUA) et le Bureau régional pour l'Afrique du Programme des Nations Unies pour le développement (BRA/PNUD), un atelier régional à Accra, au Ghana, en novembre 2011, en vue d'entamer un dialogue entre les responsables politiques des pays concernés pour définir la position de l'Afrique sur le programme après 2015. Il s'agissait de savoir s'il faut a) maintenir les OMD dans leur configuration actuelle et prolonger le délai de leur réalisation, b) réformer les OMD en tenant compte des priorités de développement des États, ou c) formuler un nouveau cadre de développement. Les États ont opté, à l'issue de la campagne de consultation pour une réforme des OMD dénommée « OMD-Plus » [ONU (2012), p.150]. En matière de développement humain, la réforme prévoit d'introduire la promotion de la protection sociale afin de lutter contre les risques et la vulnérabilité [*ibid.*, p.155]. Dans le domaine de la santé spécifiquement, il s'agit de promouvoir la couverture-maladie universelle afin de garantir l'accès pour tous à des soins de santé préventifs et curatifs de qualité, surtout pour les maladies non contagieuses, et de protéger les ménages contre la charge financière de la maladie [WHO (2012), p. 3].

La transition vers l'assurance maladie universelle : contexte Nord/Sud

La mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle passe en général par un long et laborieux processus. La période de transition – le nombre d'années écoulées entre le vote de

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, 2012, Statistiques sanitaires mondiales, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/fr/index.html, pp. 12-15, consulté le 19/11/2012.

⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement : Évaluation des progrès accomplis en Afrique, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection/>, pp. 64-106, consulté le 20 /11/2012.

la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle – est de 79 ans en Autriche, 118 ans en Belgique, 20 ans au Costa Rica, 127 ans en Allemagne, 36 ans au Japon, 26 ans en République de Corée et 72 ans au Luxembourg, pour une période moyenne de transition de 70 ans. L'évolution progressive de la proportion de la population couverte pendant cette période peut indiquer la relative lenteur du processus entre divers pays [Carrin G. & James C. (2004), pp. 458-464].

Ces auteurs ont identifié certains facteurs socio-économiques et politiques comme pouvant accélérer le passage à l'assurance maladie universelle grâce à l'institution de l'assurance maladie obligatoire. Premièrement, un revenu par tête élevé ou une forte croissance économique⁷ permet aux ménages, aux entreprises et à l'État de payer leurs contributions à la caisse d'assurance maladie obligatoire. Deuxièmement, une économie dans laquelle le secteur formel est plus important que le secteur informel est favorable à la prévision des ressources financières et à leur collecte. Troisièmement, lorsque la proportion de population urbaine est plus importante que celle rurale, il est plus facile non seulement de faire adhérer les ménages, mais aussi de garantir l'accès géographique des citoyens à des soins de santé de qualité. Quatrièmement, même si l'assurance maladie est rendue obligatoire par loi, une réelle volonté de la majorité des citoyens à participer à un système de solidarité nationale est nécessaire pour accélérer la transition. Toutes les parties prenantes de la société doivent donc avoir le pouvoir de participer à la construction, à la mise en œuvre et aux réformes de l'assurance maladie. Enfin, il faut que les dirigeants politiques aient une vision claire de leur politique sociale de santé et se donnent les moyens nécessaires pour la réaliser [*ibid.*, pp. 465-470].

En Allemagne, Bismarck a fait le premier pas vers la couverture universelle en 1883 en s'inspirant de l'expertise acquise à partir des systèmes volontaires des décennies précédentes. Il est admis que la vision de Bismarck, qui voulait limiter l'influence des travailleurs et des syndicats afin de renforcer l'État Allemand par l'institution de l'assurance maladie obligatoire, était aussi politique. De même, en Autriche et au Japon, la montée des mouvements des travailleurs au début du 20^{ème} siècle a donné un coup de pouce à l'extension de l'assurance maladie obligatoire. On peut retenir que les mouvements sociaux des pauvres, les syndicats de travailleurs et les organisations solidaires communautaires ou professionnelles ont joué un rôle majeur dans la gouvernance de l'assurance maladie dans plusieurs pays développés qui sont des pionniers en la matière.

Mais les expériences réussies dans les pays tels que le Costa Rica, le Sri Lanka et l'État indien du Kerala peuvent s'expliquer, loin du besoin de contrôle politique et des mouvements sociaux, par une prise de conscience des bienfaits de la protection sociale et la volonté politique à améliorer les conditions de vie des citoyens à travers cet instrument.

Au Costa Rica, l'institution de l'assurance maladie obligatoire remonte en 1941 par la création de la Caisse de Sécurité Sociale du Costa Rica (CSSC). La couverture était limitée au départ aux salariés. Après la révolution de 1948, la politique économique costaricienne a été guidée par une philosophie hétérodoxe qui réfute la vision selon laquelle le développement social est

⁷ Notons que ces facteurs sont cités comme pouvant accélérer le processus et ne constituent en rien une condition nécessaire.

simplement le fruit de la croissance économique et considère plutôt la protection sociale comme un préalable au développement économique. Pendant trois décennies, l'État était devenu le moteur du développement économique et social en créant la plupart des institutions actuelles. Dans le domaine de la santé précisément, l'école de médecine, créée en 1960, a construit, en collaboration avec les hôpitaux, la base institutionnelle de la formation des professionnels indispensables à l'élargissement de la couverture maladie à l'ensemble des citoyens suivant la loi sur l'universalité votée en 1961. Un programme de santé communautaire a été lancé et s'articulait autour d'unités mobiles composées de personnel médical et de spécialistes de la santé qui dispensaient des soins médicaux et des conseils de santé aux communautés et encadraient des comités sanitaires locaux à répondre aux besoins de soins primaires.

Les politiques et programmes mis en œuvre ont permis au Costa Rica d'améliorer les niveaux de ses indicateurs dans les domaines économiques et sociaux. L'expérience de vie à la naissance y est passée de 46,9 ans [Unicef (1997)]⁸ en 1940 à 79,3 ans en 2011 [HDR⁹ (2011)]. Le Costa Rica est aujourd'hui un pays à revenu intermédiaire – un produit intérieur brut (PIB) par tête estimé à US \$ 10.085 – et développement humain élevé ; alors que ces indicateurs étaient très faibles¹⁰ au moment où les grandes réformes sociales ont été mises en place. Son expérience montre qu'un pays à faible revenu peut atteindre un haut niveau de développement humain et de développement économique lorsque le bien-être collectif est – comme le définit K. Polanyi dans sa vision substantive de l'économie – clairement établi comme la finalité de sa politique économique.

L'expérience du Sri Lanka dans le domaine de l'assurance maladie est également révélatrice de la faisabilité d'une couverture maladie universelle financée par l'impôt même si le revenu par tête et sa croissance restent faibles. Son indice de développement humain (IDH), estimé à 0,691, lui vaut un classement dans la catégorie de développement humain moyen, mais l'espérance de vie à la naissance y est de 74,9 ans et se compare bien avec celle des pays industrialisés [*ibid.*]. Le Sri Lanka a réalisé la couverture universelle en rejetant la participation des usagers comme moyen de financer le système de santé et en optant pour le financement basé sur l'impôt depuis 1953. Il a en général une bonne réputation en matière de politiques sociales malgré le fait qu'il reste un pays à revenu faible. Même si les politiques sociales n'y engendrent pas une croissance économique particulière, elles ne sont en rien la cause d'une faible performance économique puisque beaucoup d'autres pays en développement cumulent une médiocrité des politiques sociales et une faible croissance économique.

La démarche qui s'appuie en premier sur la croissance économique ne garantit pas le développement social. Lorsque les fruits de la croissance sont inégalement répartis en l'absence de politiques sociales préexistantes, l'augmentation du revenu par habitant ne permet pas d'amorcer le développement social. Or, lorsque l'on part des politiques sociales, le développement social peut renforcer la croissance des revenus qui, à son tour, autorise beaucoup plus de redistribution par le cercle vertueux qui se crée ainsi. C'est ce que l'UNICEF a constaté au niveau subfédéral dans le contexte décentralisé de l'Inde: « Les premières

⁸ http://www.unicef-irc.org/research/ESP/OA1_files/CostaRica_t.pdf, consulté le 15 juin 2012.

⁹ Human development Report, 2011: <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/69206.html>.

¹⁰ IDH = 0,505 en 1960 et PIB par tête = US\$ 347 en 1950 (en dollars de 1970) [Unicef (1997)].

années du développement social au Kerala démontrent qu'une action publique vigoureuse pourrait en effet transformer le niveau de développement et améliorer sérieusement les indicateurs sociaux même si le revenu par habitant est faible. En outre, l'histoire récente de cet État apporte la preuve que la proportion des moyens et forts revenus accélèrent le processus de développement social » [Unicef, (1997)]¹¹.

Ainsi, la protection sociale est l'instrument dont doivent se doter toutes les nations qui portent un réel projet de développement économique et social. Le progrès social n'est et ne sera pas le résultat d'une mécanique économique, mais plutôt celui d'actions publiques et économiques bien orientées.

Transition vers l'assurance maladie universelle en Afrique

Plusieurs pays en développement expérimentent actuellement l'extension de leur régime d'assurance maladie à l'ensemble de leurs populations. Les réformes de leur système de santé aboutissent à, ou s'achèment vers, une hybridation du modèle corporatiste et des cotisations sociales des usagers hors du secteur formel et le financement par l'impôt, notamment pour prendre en charge les personnes à faibles revenus. L'intérêt des pays africains pour la couverture universelle, depuis le début du 21^{ème} siècle, s'inscrit dans une vision de réduction de la pauvreté à travers la lutte contre les risques et la vulnérabilité. L'assurance maladie devient alors un instrument devant stabiliser ou accroître les revenus disponibles des pauvres afin d'améliorer leur participation aux activités économiques et socioculturelles de leurs communautés, l'accès à l'éducation des enfants et la nutrition au sein des ménages. Le lien étroit que ces expériences partagent avec la réduction de la pauvreté submerge la perspective du droit à la santé pour tous, sans pour autant servir particulièrement les plus pauvres.

Expériences du Ghana et du Rwanda

Le Ghana et le Rwanda sont souvent cités comme des modèles de réussite dans ce domaine: « Le Ghana et le Rwanda ont déjà réformé leurs systèmes de santé, il y a quelques années, et ils ont obtenu des taux de couverture respectivement de 70% et 85% de leurs populations » [Desjardins D. I. (2011), p. 21]. En 2010, la Banque mondiale a posté sur son site l'information suivante :

« Since the inception of the World Bank-financed National Health Insurance program in 2006, Ghana has made a strong effort to extend health insurance coverage to people employed in the informal and rural

¹¹ http://www.unicef-irc.org/research/ESP/OA1_files/ [voir étude de cas du Kerala, p. 1], consulté le 17 juin 2012.

sectors. More than half of Ghana's population is now covered. The World Bank provides technical assistance to Ghana's National Health Insurance Authority, to consider, among other interventions, the introduction of performance-based payment mechanisms to create incentives for improved quality of care. Such incentives have worked well in other countries, including Rwanda¹² ».

Mais ces statistiques sont souvent controversées. Une enquête récente conduite par quatre organisations non gouvernementales¹³ révèle des écarts énormes entre les taux de couverture « réels » et les taux rapportés dans les discours et les médias [Oxfam international (2012), p. 9]. Ainsi, loin d'atteindre les 66.4% de couverture tel qu'il est rapporté sur le site du *National Health Insurance Scheme* (NHIS)¹⁴, le taux de couverture au Ghana serait de l'ordre de 18%¹⁵. Après la publication du rapport d'enquête des ONG et sous la pression de la société civile, le gouvernement aurait baissé jusqu'à 35% le taux du NHIS. Une autre étude de cas faite en milieu rural dans le district d'Assante Akim au Nord de la région Ashanti montre que l'adhésion au NHIS est fortement associée avec le statut socioéconomique des ménages, seulement 21% des ménages à faible statut socioéconomique sont couverts par l'assurance maladie, contre 43% pour les ménages à moyen statut et 60% pour les hauts, alors que les proportions de ces diverses catégories dans l'échantillon de 7226 ménages étaient respectivement de 40%, 39% et 21% [N. Sarpong *et al.* (2010), p. 193]. « La majorité de la population n'a pas accès à cette couverture maladie. Pour en bénéficier, il faut acheter une carte et la renouveler. Mais les plus démunis n'ont pas les moyens de s'acheter cette carte. En outre, beaucoup sont illettrés et ne comprennent pas les démarches à faire, ne savent pas qu'il faut renouveler la carte tous les ans »¹⁶. Tous les citoyens payent pour l'assurance maladie puisque la taxe sur la valeur ajoutée a été revue de 2.5 points à la hausse afin de financer le NHIS, mais seulement une partie de la population en bénéficie. À l'origine, le NHIS a limité la proportion d'indigents au niveau de chaque caisse à un plafond de 0.5% du total des adhésions; mais les statistiques publiées en 2010 affichent une proportion de 2.3% d'indigents enregistrés. Malgré ce dépassement de la limite officielle admise, on est loin de couvrir les 30% de pauvres ghanéens qui vivent avec un revenu de moins de 1.25 dollars par jour¹⁷.

Toutefois, le Ghana reste un bon exemple en matière d'extension de la couverture universelle. Rappelons qu'il s'agit d'un processus qui peut s'étaler sur plusieurs décennies. Le caractère universel d'un régime d'assurance maladie ne repose pas sur la prise en charge de toutes les pathologies possibles, mais plutôt sur la garantie d'un paquet de services accessibles à tous les citoyens. Le fait que le gouvernement ait décidé que tous les services de soins consommés par les femmes enceintes, les enfants (0-5 ans) et les personnes âgées de plus de 70 ans soient financés par l'impôt, à travers le NHIS depuis 2008, constitue une bonne action publique vers

¹² <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,print:Y~isCURL:Y~contentMDK:22658551~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258644,00.html>, consulté le 18 juin 2012.

¹³ Il s'agit de: Oxfam international (Oxfam), Alliance For Reproductive Health Rights (ARHR), Integrated Social Development Centre (ISODEC) et Essential Services Platform of Ghana (ESPG).

¹⁴ Summary stat, <http://www.nhis.gov.gh>, consulté le 19 juin 2012.

¹⁵ Ce taux de couverture pourrait aussi être estimé à la baisse et se situer en dessous du taux réel. Atteindre une couverture de 66% en moins de 10 ans serait aussi une success story en matière de protection sociale. Aucun pays n'a jamais réalisé un progression aussi rapide.

¹⁶ Oxfam France, entretien avec Rosemary Akolaa, <http://www.oxfamfrance.org/Au-Ghana-encore-des-efforts-a.1300>, consulté le 19 juin 2012.

¹⁷ Indicateurs internationaux du développement humain, <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/GHA.html>.

un régime universel. Le gouvernement devra faire plus d'efforts pour construire un système d'assurance maladie universel qui inclut tous ses citoyens.

Expérience du Gabon

Le Gabon a lancé son régime d'assurance maladie obligatoire par la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) en 2008. L'expérience gabonaise est novatrice en ce sens que l'activité de la caisse a débuté avec le recensement et l'enregistrement de tous les citoyens à faibles revenus – ayant un revenu mensuel de moins de 80.000 francs (CFA) par mois – qui constituent sa cible prioritaire. La CNAMGS s'est intéressée ensuite aux fonctionnaires de l'État en 2011 et s'ouvrira par la suite aux salariés du secteur privé formel et aux travailleurs indépendants. Les 546.125 personnes recensées comme étant pauvres représentent 35.6% de la population gabonaise¹⁸. Le ratio de pauvreté est égal à 4.8% au Gabon selon le seuil de pauvreté de 1.25 dollars par jour¹⁹ ; il est égal à 10% selon le seuil de pauvreté national. La proportion d'indigents est donc largement supérieure au ratio de pauvreté, contrairement au cas du Ghana et constitue un atout pour la réussite de l'expérience gabonaise. À la fin du mois de novembre 2011, la CNAMGS comptait environ 533.000²⁰ assurés dont 106.000 agents du secteur public, 411.000 personnes à faibles revenus (75% dans cette catégorie) et 16.000 étudiants, soit une couverture totale estimée à 35.4%²¹ de la population. Une autre étude estime que la couverture par l'assurance maladie au Gabon peut atteindre 85% de la population totale [Desjardins D. I. (2011), p. 21]²².

Les assurés paient un ticket modérateur qui varie selon le type d'affection entre 10% et 20% de la facture de soins. Mais toutes les femmes enceintes sont prises en charge à 100% dès la présentation du premier certificat de grossesse jusqu'à l'accouchement. Cette disposition de l'assurance maladie vis-à-vis de la maternité ainsi que la proportion importante de près de 36% d'exemptées du paiement d'une prime d'assurance, constituent un pas important vers l'universalité de la couverture maladie au Gabon.

Initiatives au Bénin et au Mali

Le Mali et le Bénin ont récemment lancé leur régime d'assurance maladie obligatoire, respectivement en mai et décembre 2011. Tout comme le Ghana, leurs régimes d'assurance maladie obligatoire s'inspirent essentiellement –pour généraliser la couverture aux

¹⁸ Statistique calculée en considérant l'effectif de la population estimé à 1.534.000 habitants en 2011 selon les données de la Banque mondiale: <http://donnees.banquemondiale.org/pays/gabon>.

¹⁹ <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GAB.html>

²⁰ Source : <http://infosgabon.com/?p=13988>, Gabon : l'assurance maladie devient une réalité.

²¹ Cette estimation a été calculée en rapportant le nombre total d'assurés au total de la population de 2010.

²² L'étude ne cite pas sa source, et aucune autre statistique n'est disponible pour vérifier cette information ; mais étant donné le généreux ciblage des personnes à faibles revenus qui sont déjà couverts à 75% en 2011, ce taux de couverture n'est plus difficile à atteindre puisque la caisse s'intéresse désormais aux salariés du secteur privé et aux travailleurs indépendants.

travailleurs du secteur informel et des milieux ruraux – de l'expérience des mutuelles de santé communautaires ou professionnelles qui étaient basées sur un modèle d'adhésion volontaire et une participation des membres. Dans les nouvelles architectures de l'assurance maladie obligatoire, leur rôle est surtout de mobiliser et sensibiliser les populations, puis de collecter les primes. Des dispositifs spéciaux tels que le Régime d'Assistance Médicale des indigents (RAMED) au Mali et le Fonds Sanitaire des Indigents (FSI) au Bénin sont prévus pour subventionner les primes pour les personnes à faibles revenus.

Il est trop tôt pour commenter les résultats de ces initiatives. Toutefois, une définition suffisamment généreuse de l'indigent, qui se situe largement au dessus de la ligne de pauvreté, est indispensable pour que ces systèmes fonctionnent ; ceci a été relativement facile pour le Gabon qui dispose d'une population de petite taille et d'importantes ressources naturelles comme le pétrole, le diamant, l'or et le marbre. Autrement, plusieurs citoyens resteront toujours en marge du système et les entrées et sorties dans la zone de pauvreté feront varier annuellement les capacités à payer les primes et créeront donc des difficultés à cibler précisément les personnes qui sont dans le besoin d'assistance.

Conclusion

Les stratégies expérimentées depuis plus de trois décennies pour promouvoir la santé mondiale en matière de financement, d'accès aux soins et d'équité n'ont pas produit les résultats escomptés. Malgré l'amélioration des indicateurs de santé en Afrique, attribuable en grande partie aux progrès de la médecine, les systèmes de santé sont encore caractérisés par des formes d'exclusion et d'inégalités qui nécessitent des réponses adéquates. Il est indispensable de concevoir des stratégies de financements innovants afin de relever les défis d'accès aux soins de santé pour tous au plan international.

Les modèles de financement adoptés par le Ghana, le Rwanda, le Bénin, le Mali et le Gabon indiquent la tendance qui va sans doute être généralisée. Les dispositifs institutionnels, pour prendre en charge les citoyens identifiés comme incapables de payer les primes d'assurance, ne sont pas nouveaux dans les systèmes de santé en Afrique. Ils étaient, pour la plupart d'entre eux, prévus et institués depuis l'Initiative de Bamako, sans jamais bien fonctionner en raison des problèmes d'identification des plus pauvres et des procédures administratives très complexes. En Afrique, les régimes contributifs d'assurance maladie produiront des masses importantes de personnes exclues pendant encore des décennies, si des dispositions efficaces ne sont pas prises pour les rendre socialement soutenables. La faiblesse de la participation des populations aux mutuelles de santé laisse penser qu'il ne suffit pas de rendre l'assurance maladie obligatoire pour que les ménages y participent.

Les pays en développement qui ont enregistré les meilleures réussites dans le domaine de l'assurance maladie ont adopté un modèle de financement basé sur l'impôt. Les régimes financés par l'impôt ont l'avantage de couvrir 100% de la population cible sans condition de cotisation ou de revenu, et permettent d'éviter les problèmes d'exclusion que rencontrent les régimes contributifs. La couverture assurée par l'État permet une bien meilleure maîtrise des

coûts que le système contributif en allégeant les frais d'administration liés à la collecte des primes au niveau des caisses locales et aussi ceux engagés dans le ciblage et l'enregistrement des personnes pour lesquelles l'État doit subventionner les primes. Elle diffère fondamentalement de ce dernier en ce sens qu'elle n'accorde pas d'avantages supérieurs aux personnes aux revenus élevés, mais assure plutôt une prestation forfaitaire basée sur le lien de citoyenneté à tous.

Le choix d'un modèle de financement par l'impôt doit évidemment être accompagné de la création de nouvelles taxes et du développement d'instruments d'amélioration de la mobilisation des ressources fiscales. La difficulté ou la réticence des États à opter pour un financement basé sur des ressources fiscales ouvre la voie à la réflexion orientée vers des alternatives hybrides qui doivent être bien pensées afin de combler les attentes en terme d'accès et d'équité des systèmes de santé.

Bibliographie

Sources officielles

- International Labour Organization (ILO), 2008, «Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care», *Social security policy briefings*; Paper 1, Social Security Department, Geneva.
- Organisation Internationale du Travail (OIT), 2012, Socles de protection sociale pour la justice et une mondialisation équitable, *Rapport de la Conférence internationale du Travail*, 101^{ème} session, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1978, « Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires », *Série Santé pour Tous*, N° 1.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 2012, *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement. Le programme de développement postérieur à 2015 envisagé selon la perspective africaine naissante*, <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/mdg/mdg-reports/africa-collection/>.
- OXFAM, 2008, «Health Insurance in low-income countries», *Oxfam Briefing Paper*, May.
- World Health Organization (WHO), 2012, « Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda », *WHO discussion paper*, October.

Publications scientifiques

- Adam L. et Ke X., 2008, «Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries», *Bulletin of World Health Organization*, vol. 86, no 11, pp. 849–856.
- Basaza R. et al., 2008, «Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath», *Health Policy*, vol. 87, n° 2, pp.172-184.
- Creese, A., Kutzin, J., 1997, «Lessons from cost recovery in health», in: Colclough, C. (dir.), *Marketizing Education and Health in Developing Countries, Miracle or Mirage?* Clarendon Press, Oxford, pp. 37-62.
- Criel, B., 1998, «District-based health insurance in sub-Saharan Africa», *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°10.
- De Allegri M. et al., 2005, « Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa », *Health Policy*, vol. 76, n°1, pp. 58-71.
- De Allegri M. et al., 2006a, « To enrol or not enrol? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa », *Social Science Medicine*, vol. 62, n°6, pp. 1520-1527.
- De Allegri M. et al., 2006b, « Understanding enrolment in community health insurance

in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso », *Bulletin World Health Organization*, vol. 84, n°11, pp. 852-858.

- Defourny J., Faillon J., 2011, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne: un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, n°153, pp. 7-26.
- Desjardins Développement International, 2011, *Étude sur la micro-assurance dans la zone CIMA. État des lieux et recommandations*, dossier 4410-36-34 (0052).
- Carrin G. & James C., 2004, « L'assurance maladie obligatoire: Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance », in : Dussault G. et al. 8 (ed.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque mondiale, Washington DC, pp. 455-500.
- Fonteneau, B., 2004, *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest: cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Kuleuven-HIVA-VLIR-DGCD, Bruxelles.
- Giovanni A.-C. et al., 1987, *L'ajustement à visage humain: Protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*, Economica, Paris,
- Holzmann R. et al, 2003, « Gestion du risque social: la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation », *Revue Tiers Monde*, n° 175, pp. 501-526.
- Lagarde, M., Palmer, N., 2008, « The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? » *Bulletin of World Health Organization*, n°86, pp. 839-848.
- Milanovic, B., 2003, « The two faces of globalization: Against globalization as we know it », *World Development*, vol.31, n°4, pp. 667-683.
- Musango, L. et al, 2004, « Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, n° 11, pp. 1222-1227.
- Ridde, V., 2004, « L'Initiative de Bamako 15 ans après: un agenda inachevé », *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*, Banque mondiale, Washington, DC.
- Ridde V., 2012, « L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest: Au delà des idéologies et des idées reçues », PUM, Montréal.
- Sachs J. et al., 2001, « Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development », Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Sarpong N. et al., 2010, « National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana », *Tropical Medicine and International Health*, volume 15, n°2, pp. 191-197.
- Sen, A., 2000, « Santé et développement », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Recueil d'articles n°2, pp. 18-23.

- Sossa, T., 2012, « Le système de protection sociale au Bénin : quel avenir pour la micro-assurance santé », in : *Économies et Sociétés*, Série « Développement, croissance et progrès », n°46, n°2, pp. 307-325.
- Waage, J., 2010, « The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015», *The Lancet*, n° 376, pp. 991-1023.
- Wealkens M.-P., Criel B., 2004, « Les Mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », *Health, Nutrition and Population*, Banque Mondiale, Washington, DC.