

Le défi de la santé publique au Zimbabwe

LA BANQUE MONDIALE FAIT GÉNÉRALEMENT « CE qu'il faut » dans le secteur de la santé du Zimbabwe, mais elle ne le fait pas toujours « comme il faudrait », révèle une nouvelle étude du Département de l'évaluation des opérations (OED). Les conseils fournis par la Banque sur la politique sanitaire et son appui aux projets correspondent bien au profil épidémiologique et aux besoins du secteur. Ils ont contribué, entre autres, à intégrer le planning familial aux services de santé, à améliorer la qualité des prestations, à accroître le nombre des accouchements sous surveillance médicale et des hospitalisations, et la prévalence de la contraception. Mais les programmes achoppent souvent au niveau de la mise en œuvre. Au moment où le Zimbabwe se trouve confronté au double défi que représentent les contraintes budgétaires et la progression de l'épidémie de sida, il semble opportun de remettre à plat la stratégie de la Banque dans ce secteur, en préparation de la prochaine étape.

Généralités

Au cours des 15 dernières années, la Banque mondiale a fourni des conseils sur la politique sanitaire et a soutenu des projets de santé, population et nutrition (SPN) au Zimbabwe. En 1991, elle a commencé à participer à l'élaboration et au financement du programme d'ajustement structurel (PAS). La première intervention de la Banque dans le domaine de la santé, un prêt approuvé en 1986 en vue de soutenir

l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé dans huit districts, y compris l'expansion de l'infrastructure et de la formation en cours d'emploi du personnel infirmier, a été étendue à 16 districts en 1991. En 1993, le Zimbabwe a reçu un prêt finançant l'achat de médicaments pour le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), de fournitures médicales et de matériel de laboratoire.



Ces projets, et les conseils de la Banque, ont été utiles mais leurs effets ont été amoindris dans la pratique par le marasme économique et les ravages du sida. Certaines déficiences dans la formulation du PAS ont ajouté aux difficultés du secteur de la santé. La réforme de la fonction publique, surtout, a laminé les effectifs. Parallèlement, le gouvernement n'a pas su maîtriser le déficit budgétaire, financé par des emprunts sur le marché intérieur à des taux d'intérêt élevés, si bien que les versements d'intérêts atteignent à présent le quart de la totalité des recettes de l'État. L'alourdissement du fardeau de la dette menace d'aggraver la crise économique et, faute d'un effort concerté de réduction du déficit, la situation du secteur de la santé ne fera qu'empirer.

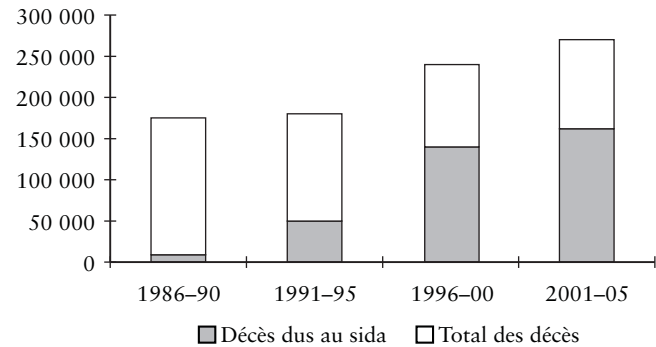
Aucun autre pays n'est aussi gravement frappé par l'épidémie de sida. Selon ONUSIDA, 26 % de la population adulte est infectée au VIH, le virus qui cause le sida, et ce pourcentage n'a peut-être pas fini d'augmenter. Les implications de cette catastrophe pour le système de santé, l'économie et la société sont effrayantes. La situation est d'autant plus tragique que si le sida est incurable, il peut toutefois être prévenu par des changements dans les comportements sexuels. Or le gouvernement ne prend aucune initiative en vue d'encourager de tels changements, ses interventions ne sont pas axées sur l'approche la plus efficace (agir auprès des personnes par qui le virus a le plus de chances d'être transmis), et plusieurs des régions du pays dans lesquelles le sida se transmet le plus rapidement demeurent livrées à elles-mêmes.

La santé et le système sanitaire

Au cours des dix années qui ont suivi l'accession à l'indépendance (1980), le Zimbabwe a connu quelques-unes des améliorations les plus rapides des indicateurs de SPN d'Afrique subsaharienne. Par exemple, la mortalité infantile est tombée de 90 % en 1980 à 53 % en 1998. Toutefois, le revenu des ménages n'a enregistré pendant ce temps qu'une augmentation modeste, laissant à penser que cette amélioration était due au solide appui apporté par le gouvernement aux services de santé de base et de planning familial, à l'éducation sanitaire et aux services de proximité, ainsi qu'à la place importante faite à la prévention.

Pendant les années 90, les indicateurs relatifs à la santé et aux services sanitaires ont plafonné, voire reculé, sous l'effet conjugué du sida, de la crise économique et de la sécheresse. Cependant, la fécondité a continué de baisser. Après dix années de baisse, la mortalité infantile et celle des adultes sont en hausse, de même que les affections opportunistes telles que la tuberculose. Il se peut que la crise économique ait contribué à affaiblir le système de santé, mais l'augmentation des chiffres est essentiellement imputable

FIGURE 1. DÉCÈS D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS



Source : NACP, 1997.

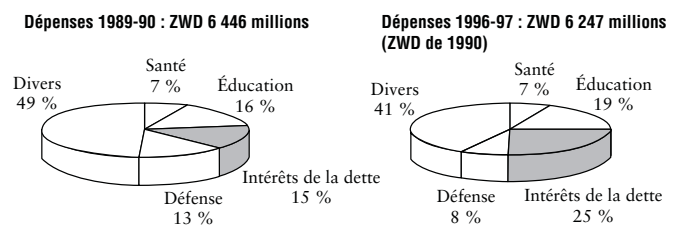
au sida (figure 1). Le meilleur moyen de s'attaquer au VIH/SIDA consiste à le prévenir et à modifier les comportements. Malheureusement, la contraction des dépenses de santé par habitant et l'augmentation de la demande de soins curatifs ont fait passer les activités de prévention, qui occupaient une place de choix dans les programmes des années 80, à l'arrière-plan.

Répercussions

Le PAS et la santé

Le programme d'ajustement structurel de 1991 a libéralisé l'économie du Zimbabwe, mais n'a pas permis au gouvernement de maîtriser le déficit budgétaire, qui approche en moyenne 10 % du PIB annuel depuis l'indépendance. En l'absence de réduction du déficit, la libéralisation économique a contribué au marasme et à la faible création d'emplois. La hausse du coût des denrées alimentaires et des services sociaux, conjuguée au fléchissement des salaires dans le secteur structuré et aux séquelles de la terrible sécheresse de 1991-92, a aggravé la situation de beaucoup de pauvres. Le gouvernement et la Banque ont eu beau s'efforcer de maintenir les dépenses de santé et d'éducation, l'importance du déficit budgétaire a attisé l'inflation et a alourdi les versements d'intérêts, si bien qu'en termes réels, les dépenses de santé et les salaires des travailleurs

FIGURE 2. RÉPARTITION DES CRÉDITS BUDGÉTAIRES, 1989-90 ET 1996-97



sanitaires ont diminué. Ces versements d'intérêts, pour les trois quarts au titre de la dette intérieure, représentent aujourd'hui plus du triple des dépenses de santé de l'État (figure 2). Le PAS, tel qu'il était formulé, ne donnait pas la priorité à la réduction du déficit, par exemple au moyen d'une baisse des impôts, et les autorités ne sont jamais parvenues à atteindre les objectifs de réduction du déficit, car elles ne cessaient de mettre en œuvre des programmes pour lesquels le budget ne prévoyait pas de crédits (comme c'est le cas pour les indemnités versées récemment aux anciens combattants).

Les travailleurs sanitaires n'ont pas été affectés par les licenciements, mais les réductions qui ont touché les agents administratifs et le personnel d'entretien au ministère de la Santé ont porté préjudice à l'efficacité et au moral, sans pour autant générer des économies substantielles.

Les politiques et les résultats macroéconomiques ont davantage influé sur le secteur de la santé que les prêts accordés par la Banque pour des projets. Malgré cela, la Banque n'a pas su incorporer les investissements et les stratégies du secteur de la santé au dialogue macroéconomique, particulièrement dans les domaines du personnel et de la réforme de la fonction publique. Pour mettre fin à la dégradation du secteur de la santé publique, le gouvernement doit accorder la priorité à la réduction du déficit budgétaire et à la restructuration du service de la dette. À moyen terme, le budget de la santé restera limité, et les autorités devront s'attacher à renforcer l'efficacité et prendre les décisions difficiles qui s'imposent pour financer les priorités telles que la prévention du sida et les services de base destinés aux personnes démunies.

Financement de la santé et recouvrement des coûts

Par suite des recherches effectuées par la Banque sur le financement de la santé publique, les efforts de recouvrement des coûts se sont intensifiés, mais leurs effets sur la mobilisation des ressources en faveur de la santé, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services et la protection des pauvres sont restés limités. La Banque a convaincu le ministère de la Santé de majorer les tarifs de soin au début des années 90, mais le ministère des Finances n'a autorisé les établissements sanitaires à conserver les recettes qu'à la fin de 1997, de sorte que la qualité des soins ne s'est pas améliorée. La Banque a préconisé l'adoption d'un système d'exonération pour les personnes défavorisées, afin qu'elles ne soient pas pénalisées par les hausses tarifaires dans les secteurs sociaux, mais ce système, mal conçu et mal appliqué, n'a bénéficié qu'à un faible pourcentage de la population visée. À la suite de la hausse des tarifs, une partie de la clientèle de certains services préventifs a

abandonné les hôpitaux au profit des dispensaires, laissant supposer un gain d'efficacité, mais la fréquentation des services ambulatoires par les pauvres a diminué, car la majoration des tarifs s'est accompagnée d'une baisse de la qualité. En 1995, avec l'accord de la Banque, les autorités ont établi la gratuité des soins dans les dispensaires ruraux, arguant que les recettes ne justifiaient pas les frais administratifs. Si la qualité des services préoccupe bien davantage les pauvres que les coûts en milieu rural, il n'en est pas de même en milieu urbain. Une enquête récente a révélé que la raison avancée par 40 % des pauvres pour ne pas se faire soigner en cas de maladie était que cela « coûte trop cher ».

Paradoxalement, le total des sommes recouvrées est tombé de 3 à 2 % du budget du ministère de la Santé, principalement parce que les autorités ne sont pas parvenues à améliorer les services de facturation des hôpitaux. L'État continue à perdre des millions de dollars parce qu'il ne facture pas correctement aux sociétés d'assistance médicale (caisses d'assurance maladie) les dépenses faites dans les hôpitaux centraux d'État par leurs assurés. On est tenté de conclure que la Banque devrait compléter ses recommandations de politique générale par un dialogue détaillé sur leur mise en œuvre, accorder une attention accrue au contexte institutionnel et coordonner les dialogues sectoriel et macroéconomique. Depuis que les établissements sont autorisés à conserver leurs recettes, le recouvrement des coûts a nettement progressé dans les hôpitaux, mais la facturation demeure un point faible. Il serait souhaitable qu'au cours des années à venir, les districts et les populations locales lancent des expériences de gestion communautaire des dispensaires, permettant d'utiliser les recettes pour acheter des médicaments et améliorer la qualité des services.

Renforcement de la fourniture des prestations

Le soutien apporté par la Banque à l'expansion des infrastructures de district et à la formation du personnel dans le cadre du Premier projet de santé familiale (1986-91) a permis d'améliorer la qualité des services et s'est traduit par une augmentation du nombre des accouchements sous surveillance médicale et des hospitalisations, et de la prévalence de la contraception. Cependant, il n'a pas eu d'influence mesurable sur la fréquentation des services ambulatoires ou sur les schémas de morbidité. En fait, dans les districts intéressés par le projet, la fréquentation des services ambulatoires a baissé une fois les travaux terminés, en 1991, sous l'effet combiné de la sécheresse, de l'application plus stricte des tarifs et des pénuries de médicaments. Il ne suffit donc pas d'améliorer les infrastructures et la formation pour que

la qualité et l'accessibilité des services en soient renforcées.

L'amélioration des installations a eu des effets très variables sur la fréquentation des services de santé maternelle selon que l'implantation était bien choisie ou non. Dans les districts réellement mal desservis, tels que Tsholotsho, le nombre des accouchements sous surveillance médicale a nettement augmenté après l'aménagement des services, tandis qu'ailleurs il restait inchangé et que le nombre des hospitalisations tombait. La raison à cela était généralement que l'hôpital d'État modernisé se trouvait à proximité d'un hôpital tenu par des missionnaires, qui avait la préférence de nombreux malades. Le choix malencontreux des implantations s'explique en partie par le jeu des influences politiques locales et le fait que la Banque tenait à moderniser des installations existantes.

L'agencement des installations et la sélection des sites se sont améliorés dans le cadre du Deuxième projet de santé familiale (PSF2), au cours duquel on a construit 16 hôpitaux de district pour le même prix que les huit précédents. La Banque avait en effet affecté un architecte au ministère de la Santé afin que les plans soient aussi rationnels que possible. En outre, l'appel à la concurrence internationale a permis une réduction de coûts de 40 % par rapport aux estimations du gouvernement. Les travaux ont été terminés en 1998, dans les délais et pour un coût inférieur aux prévisions. Cependant, la grave pénurie d'agents de santé empêche de doter les installations du personnel voulu et risque d'en réduire l'impact. Une fois les travaux entrepris, il était juridiquement et politiquement impossible de les différer ou de réduire le nombre des hôpitaux en attendant que le problème de la pénurie de personnel soit résolu. Cela montre bien que la conception des projets doit laisser une certaine marge de manœuvre et qu'il faudra mettre l'accent sur la qualité des services et les questions de personnel, plutôt que sur les travaux d'infrastructure, dans les futurs projets de la Banque.

La Banque était bien placée pour promouvoir l'intégration d'interventions clés en matière de SPN, et elle y est bien parvenue. Les programmes de formation en cours d'emploi du personnel infirmier appuyés par les projets de santé familiale ont permis d'améliorer les qualifications et ont contribué à intégrer la nutrition et le planning familial aux services de santé. Le pourcentage de femmes se fournissant en contraceptifs auprès des centres sanitaires est en hausse depuis la fin des années 80, progrès qui est dû en partie à la formation au planning familial soutenue par la Banque. Cependant, les efforts entrepris dans le cadre des projets pour améliorer la qualité des services d'obstétrique en milieu rural pâtissent de la forte rotation des infirmières

sages-femmes qualifiées, qui se trouvent souvent promues ou engagées dans le secteur privé peu après avoir achevé leur formation.

Les travailleurs de la santé

Les pénuries actuelles sont dues à plusieurs facteurs : décisions prises par le gouvernement (abolition de la formation des infirmières diplômées d'État et licenciement des agents de santé grévistes), forte rotation du personnel sanitaire et absence de véritable planification de la main-d'œuvre. L'érosion des salaires réels et l'alourdissement de la charge de travail dans le secteur public ont contribué à faire partir les travailleurs et se sont répercutés sur le moral, ainsi que l'expansion rapide des services de santé privés, principalement en milieu urbain, au cours des années 90. Les agents de la Banque ont soulevé à plusieurs reprises la question des personnels de santé, mais ils n'ont pas su s'attaquer aux contraintes institutionnelles qui bloquaient toute action. La Banque a apporté son soutien à une assistance technique sur la planification du personnel et a posé le problème lors des missions de supervision, mais ce n'est qu'en 1998 qu'elle a appuyé des recherches dans ce domaine. Les personnels sanitaires relèvent de plusieurs ministères (Santé, Finances et Commission de la fonction publique), et la Banque ne s'est pas servie de son influence sur le plan macroéconomique pour aborder la question à un plus haut niveau ou pour en faire ressortir toute l'urgence. Le ministère de la Santé, la Banque et les bailleurs de fonds ont décidé que les personnels de santé constitueraient une priorité à l'avenir, mais il importe que toutes les parties veillent à harmoniser leurs interventions.

Pour remédier à la pénurie de personnel, le gouvernement devra stabiliser l'économie (réduire l'inflation et mettre fin aux compressions budgétaires) et élaborer une stratégie de grande envergure. Malheureusement, les contraintes budgétaires excluent toute hausse substantielle des dépenses de personnel. L'élaboration et la mise en œuvre de cette stratégie devront faire l'objet de négociations entre les parties prenantes, dont les ministères de la Santé et des Finances, la Commission de la fonction publique, et les professionnels de la santé. La Banque pourrait apporter son concours en effectuant des analyses et en facilitant le consensus entre les parties prenantes.

Sida et IST

La présence d'une infection sexuellement transmissible (IST) accroît considérablement les risques pour l'individu de contracter le VIH. C'est pourquoi le traitement des IST peut faire partie de la stratégie de prévention du sida. Au début des années 90, la réduction

des crédits budgétaires consacrés aux médicaments et l'accroissement de la demande d'antibiotiques ont engendré une grave pénurie de médicaments. Depuis cinq ans, la Banque finance la moitié du budget de médicament du gouvernement dans le cadre du projet IST, comblant ainsi un large déficit de financement, permettant de réaliser des économies substantielles sur les achats de médicaments et, dans un premier temps, accroissant les approvisionnements. Par la suite, des goulots d'étranglement sont apparus, qui ont limité les quantités de médicaments disponibles et ont nui à l'efficacité du programme. La disponibilité des médicaments contre les IST est passée à 89 % pendant les deux premières années du projet, pour retomber à 73 % en 1996. Cela est dû avant tout au fait que les spécialistes de la passation des marchés de la Banque ont inversé les décisions du gouvernement sur l'attribution des marchés d'État et à des retards dans l'enregistrement des médicaments acquis par AOI. Les agents de l'État n'avaient pas reçu à temps une formation suffisante dans le domaine des procédures de passation des marchés de la Banque, et les équipes de la Banque qui étaient chargées de superviser la passation des marchés ne sont pas parvenues immédiatement à éliminer les goulots d'étranglement. Le renforcement de la supervision et l'attention accordée aux aspects gestion par les cadres du gouvernement et de la Banque ont permis de faire remonter la disponibilité des médicaments contre les IST à 87 % en 1998.

Lorsque les projets comportent un important élément pharmaceutique, il convient de prévoir une formation initiale et une formation d'appoint ultérieure, tant pour les agents du pays que pour ceux de la Banque, faute de quoi des blocages risquent d'apparaître et de limiter l'approvisionnement en médicaments. On pourrait envisager de simplifier les procédures de passation des marchés de la Banque pour faciliter la tâche des emprunteurs, mais les économies rendues possibles par la procédure d'AOI ne sauraient être négligées, car elles permettent de maintenir l'approvisionnement lorsque les ressources budgétaires sont limitées et que la demande de médicament est en progression.

L'épidémie de sida est le plus grave problème auquel soient confrontés le système de santé et l'économie dans son ensemble (outre le déficit). Mais le traitement des IST absorbe des ressources considérables et, s'il ne s'inscrit pas dans le contexte d'une campagne bien orchestrée visant à modifier les comportements sexuels, on ne doit guère s'attendre à ce qu'il ait un impact notable sur le sida. Les recherches financées par la Banque ont contribué à sensibiliser la population du Zimbabwe à la gravité de l'épidémie de sida, et la Banque a

coparrainé des initiatives communautaires novatrices de prévention du sida. La réaction du gouvernement n'est cependant pas à la mesure de l'épidémie, qui pourrait faire jusqu'à un million de victimes au cours des dix prochaines années. On a observé que, dans les pays où le gouvernement est intervenu énergiquement et a fait preuve de volonté politique, l'épidémie a cessé de se propager et des centaines de milliers de vies humaines ont été sauvées. Des expériences pilotes menées au Zimbabwe ont montré que les taux de transmission du VIH parmi les groupes à haut risque peuvent diminuer de 30 % ou plus en quelques années seulement. Le gouvernement a élaboré un plan stratégique multisectoriel pour lutter contre le sida. À lui à présent de le mettre en œuvre.

Conclusions

La Banque peut renforcer son efficacité dans le secteur en formulant les programmes compte tenu des contraintes institutionnelles et politiques et des capacités existantes. Elle peut aussi tirer parti de l'habileté avec laquelle elle a su promouvoir l'intégration des programmes et la coopération entre les ministères pour s'attaquer au défi toujours plus complexe auquel est confronté le Zimbabwe. Cette approche serait particulièrement utile pour formuler une vaste stratégie concernant les personnels sanitaires. Étant donné que les contraintes budgétaires excluent toute hausse substantielle des dépenses de personnel, l'élaboration et la mise en œuvre de cette stratégie devront faire l'objet de négociations entre les nombreuses parties prenantes.

Pour mettre fin à la dégradation du secteur de la santé publique, le gouvernement doit accorder la priorité à la réduction du déficit budgétaire et à la restructuration du service de la dette. Dans l'intervalle, on peut rééquilibrer sensiblement les services et améliorer les prestations en recherchant un maximum d'efficacité et en redéployant les fonds disponibles. Le gouvernement doit également prendre des mesures immédiates pour donner la priorité à la prévention du sida. Il doit en particulier accroître notablement le montant des ressources publiques et privées consacrées à la modification des comportements et préparer une contre-attaque intersectorielle efficace pour lutter contre l'épidémie.

Les défis à relever pendant la prochaine décennie sont redoutables, mais le Zimbabwe possède tous les outils, l'expérience, l'imagination et le soutien de ses partenaires, y compris la Banque, dont il a besoin pour gagner. Les réussites passées démontrent clairement qu'une fois sa décision prise, le Zimbabwe peut accomplir de grandes choses.

Précis

« The Impact of World Bank Support to the HNP Sector in Zimbabwe », de Timothy Johnston, Rapport n° 18141, juin 1988. Les Administrateurs et le personnel de la Banque peuvent se procurer ce rapport auprès de l'Unité de documentation interne et des centres d'information régionaux, et le public auprès de l'InfoShop de la Banque mondiale :
tél. : 1-202/458-5454
fax : 1-202/522-1500
email : pic@worldbank.org.

Veillez adresser vos commentaires et demandes de renseignements au rédacteur en chef, Elizabeth Campbell-Pagé, tél. : 1-202/473-5365, fax : 1-202/522-3125, email : ecampbellpage@worldbank.org

Les demandes et les questions relatives aux publications doivent être adressées à l'OED, tél. : 1-202/458-4497, fax : 1-202/522-3200, email : OED Help Desk@worldbank.org

Ce Précis et d'autres publications de l'OED peuvent être consultés sur Internet, au site : <http://www.worldbank.org/html/oed>

DÉNI DE RESPONSABILITÉ : Les *Précis* de l'OED sont produits par le Département de l'évaluation des opérations, partenariats et gestion des connaissances (OEDPK) de la Banque mondiale. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du personnel du Département et ne sauraient être attribuées à la Banque mondiale ni aux institutions qui lui sont affiliées.