

# Précis

DÉPARTEMENT DE L'ÉVALUATION DES OPÉRATIONS

PRINTEMPS 1999 NUMÉRO 187

## Le santé en Inde : Tirer les enseignements du chemin parcouru

**L**A BANQUE MONDIALE S'EST IMPOSÉE COMME LE principal organisme de prêts à l'appui du secteur santé, nutrition et population (SNP) des pays en développement. Elle assure également une fonction capitale de conseil en matière de politique de santé nationale. Mais en Inde, pays dans lequel la Banque a investi davantage dans le secteur SNP que n'importe où ailleurs (2,6 milliards de dollars) au cours des 30 dernières années, les progrès, en particulier pour les pauvres, ont été lents et inégaux. Si l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré, il n'est cependant pas encore au même niveau que celui d'autres pays qui ont atteint un niveau de développement comparable. Ces progrès difficiles tiennent essentiellement à la pauvreté et au faible niveau d'instruction, en particulier des femmes, mais aussi en grande partie aux programmes de santé publique.

Le Département de l'évaluation des opérations (OED) a établi que, dans les années 70 et 80, la Banque a appuyé des programmes publics qui présentaient de graves lacunes. Mais, en 1988, la Banque a commencé à collaborer davantage avec des spécialistes indiens pour identifier ces lacunes et trouver éventuellement des solutions. La Banque a ainsi pu promouvoir de meilleurs programmes et politiques et proposer de nouvelles formules pour s'attaquer aux problèmes fondamentaux du système de santé indien.

Les résultats de cette nouvelle stratégie sont encourageants. L'expérience acquise dans le cadre novateur des projets, des travaux sectoriels et du dialogue sur les mesures à prendre par les pouvoirs publics en Inde en matière de SNP est riche d'enseignements pour l'amélioration de la santé dans les pays du monde entier.

### Trouver la bonne formule

L'analyse de l'OED révèle un certain nombre de raisons pour lesquelles la santé en Inde ne s'est pas améliorée aussi



**Tableau 1 : Charge de morbidité : Années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues pour cause de décès et d'invalidité, pour 1 000 habitants, en Inde, en Chine et dans deux autres régions, 1990**

Pays ou région	Mortalité	Invalidité	Total	Pourcentage d'AVCI perdues, 0-4 ans
Inde	235	103	338	45
Chine	104	80	184	24
Autres pays et îles d'Asie	168	92	260	38
Croissant moyen-oriental	209	91	300	50

rapidement qu'ailleurs et les taux de mortalité et de morbidité propres à certaines tranches d'âge restent plus élevés que dans d'autres pays ou régions (tableau 1) :

1) la croissance démographique pèse lourdement sur les ressources publiques ; 2) les dépenses de santé publique par habitant sont deux fois moins importantes que dans des pays comparables et représentent le tiers du coût estimatif d'une couverture sanitaire minimale ; 3) les programmes principalement axés sur les pauvres manquent de ressources et les pauvres n'ont guère accès aux programmes disponibles ; 4) l'approvisionnement en eau potable salubre et les services d'assainissement sont inadéquats ; 5) les prestations sont médiocres, du fait de problèmes d'approvisionnement, de l'absentéisme et de l'attitude des employés, de la charge de travail trop lourde et de la démotivation du personnel, donc de la sous utilisation des installations ; 6) il n'est pas suffisamment fait appel aux ressources du secteur privé et des ONG ; 7) on a trop privilégié (jusqu'à une date récente) la stérilisation et le recours à des incitations financières pour atteindre les objectifs visés ; et 8) on ne s'est pas suffisamment préoccupé de la santé maternelle et infantile. Le fait que les services de santé privés absorbent 80 % des dépenses de santé et que les pauvres délaissent souvent les établissements publics au profit de prestataires privés en dit long sur la qualité des soins de santé publique.

En outre, la mauvaise qualité de la gestion et des politiques du personnel nuit à l'efficacité de beaucoup d'initiatives. À l'échelon national, la gestion est extrêmement centralisée, ce qui explique l'uniformité et la rigidité du système dans tout le pays, alors que les taux de fécondité et autres facteurs sanitaires, culturels et institutionnels varient énormément d'un district à l'autre. La médiocrité des prestations à l'échelon local s'explique en partie par cette centralisation excessive, les gestionnaires locaux étant souvent dans l'incapacité de fournir un appui aux employés en contact direct avec la clientèle, de les superviser ou de les former. Ces problèmes sont encore aggravés par des politiques du personnel qui ne prévoient pas d'incitations à l'amélioration des performances ou à l'acquisition de nouvelles compétences.

Ces mauvais résultats sont également imputables au fait que les ressources limitées consacrées à la santé ne sont pas utilisées de manière stratégique. Rares sont les programmes qui sont véritablement parvenus à toucher les groupes les plus vulnérables. Ainsi les compléments nutritionnels prévus dans certains programmes ont été mis à la disposition de tous, réduisant les quantités disponibles pour les femmes et les enfants pauvres.

Enfin, la répartition des crédits entre les 25 États indiens est généralement fondée sur le nombre d'habitants, indépendamment des décalages énormes au regard des besoins et de la capacité à utiliser ces ressources. En fait, du point de vue de la langue, de la religion, du niveau de développement, de l'efficacité administrative ou de la qualité de leur gouvernance, ces États sont aussi différents que les pays d'Amérique latine ou d'Afrique. La taille et la diversité du pays posent donc des problèmes uniques de conception et de gestion des programmes de santé. Il va de soi qu'il est hors de question d'appliquer ici des programmes élaborés selon une formule universelle.

### Évolution des programmes et des projets

Depuis le début des années 70, la Banque a financé 23 projets SNP en Inde, tout en contribuant à d'importants travaux sectoriels et en entretenant un dialogue permanent avec les pouvoirs publics sur les mesures à prendre. Après des débuts plutôt modestes, cet appui a évolué progressivement au fur et à mesure que la Banque et le gouvernement apprenaient à s'attaquer de manière de plus en plus élaborée aux lacunes et aux contraintes du système de santé en Inde.

### Population

En matière de politique démographique, la Banque a fourni son appui en trois temps. Les premiers projets, menés à bien de 1972 à 1988, visaient exclusivement à aider le gouvernement à mettre en oeuvre son programme de protection familiale. Ce programme, qui devait intégrer les services de planning familial et de santé maternelle et infantile, a en fait privilégié la stérilisation et l'agrandissement des installations, sans

guère se soucier d'accroître la demande ou d'améliorer la qualité des services de planning familial, d'où son peu d'impact sur la prévalence de la contraception et l'indice synthétique de fécondité. La Banque n'a guère influencé l'orientation du programme. Le gouvernement avait clairement arrêté sa stratégie avant que l'institution intervienne, et les prêts de la Banque ne représentaient que 3,6 % du financement total du programme ; l'institution était donc, d'une manière générale, mal placée pour proposer des améliorations ou d'autres formules.

En 1987, une équipe renouvelée et un peu plus étoffée — avec une vision plus large de la valorisation des ressources humaines — a entrepris une série d'études sectorielles qui ont permis de très bien diagnostiquer les problèmes posés par le programme de population en Inde. Les premières études n'ont cependant eu qu'un impact limité. À la longue, cependant, les études sectorielles de la Banque ont été de plus en plus prises en compte, en grande partie parce que l'institution a associé le gouvernement au choix et à la conception des études et parce que leur exécution a été confiée à des experts locaux.

Ces études ont favorisé des changements d'orientation importants, notamment le recentrage des activités sur la vulgarisation, la santé maternelle et infantile, les méthodes de contraception moins radicales que la stérilisation et les campagnes d'éducation, qui sont devenues la base des nouveaux projets de population de la Banque. L'institution a également commencé à s'intéresser aux États affichant des taux de fécondité élevés et aux bidonvilles urbains — zones où les besoins sont les plus importants.

Malgré ces améliorations, la réorientation des pratiques et des programmes s'est révélée plus difficile que ne l'avaient envisagé la Banque et le gouvernement. Les agents chargés d'élaborer des actions dans ce sens ont peut-être surestimé ce qu'il était possible de faire dans des États dont l'appareil administratif laisse à désirer. Le fait que l'on n'ait pas associé localement les intéressés à l'élaboration du projet a également nui au processus. Si ceux-ci avaient pris véritablement part à la conception du projet, on aurait pu mieux mesurer les risques et la faisabilité de l'opération.

Un autre changement est intervenu en 1996, date à laquelle les pouvoirs publics ont cessé d'axer leur programme de population sur la stérilisation et des objectifs chiffrés pour adopter une approche « sans objectifs » mettant davantage l'accent sur la satisfaction des besoins de santé génésique des femmes. Cette nouvelle politique a eu pour effet immédiat de faire chuter les taux d'acceptation de la contraception, jusque-là exagérés, qui ont été ramenés à des niveaux plus

raisonnables. Les données récentes semblent indiquer une remontée de ces taux. Soucieuse de contribuer au succès de cette nouvelle stratégie, la Banque s'emploie à élaborer des programmes d'appui basés sur les besoins, qui permettent un suivi attentif des résultats et fournissent en temps utile des informations en retour.

Ainsi, le projet de santé génésique et infantile récemment mis au point se fonde sur les travaux sectoriels et les consultations qui ont eu lieu avec les intéressés et les ONG. Ce projet offre les moyens concrets de promouvoir le planning familial sans se focaliser sur les objectifs de stérilisation et prévoit plusieurs modèles d'exécution adaptés à différentes situations. Il introduit également certains éléments de budgétisation fondée sur les résultats en vue de renforcer la responsabilité financière et place le suivi et les réactions des bénéficiaires au centre du projet. Autant d'aspects qui devraient permettre d'améliorer l'efficacité du programme.

## Nutrition

La Banque a financé deux programmes de nutrition totalement différents. Le premier, le Projet de nutrition intégré Tamil Nadu (TINP) mis en oeuvre de 1980 à 1997, a été conçu par les services de la Banque et des consultants indiens. Ce programme novateur visait à changer la manière dont les mères s'alimentent et alimentent leurs nourrissons et leurs enfants d'âge préscolaire. Les mères devaient suivre et noter par écrit le poids de leurs enfants, tout en recevant une formation en matière de nutrition, des soins de santé primaires, une alimentation d'appoint et, au besoin, d'autres soins médicaux. On s'est clairement attaché à mettre au point des routines de travail, à former et à superviser le personnel, et à faire en sorte que l'alimentation d'appoint ne vise que les enfants souffrant d'insuffisance pondérale. Le programme a permis de réduire très nettement les cas de malnutrition grave, un peu moins les cas de malnutrition modérée. Ces résultats inégaux donnent à penser que l'amélioration des pratiques alimentaires a des limites et que l'on ne pourra progresser davantage qu'en réduisant également la pauvreté.

Malgré le succès relatif du projet Tamil Nadu de la Banque, le gouvernement indien n'a guère manifesté l'intention de le poursuivre ou de le développer. Plutôt que de pousser dans ce sens, la Banque, en 1990, a également commencé à appuyer le programme de Services intégrés de développement de l'enfant (ICDS), principale action gouvernementale en faveur des enfants d'âge préscolaire. La Banque a préconisé d'incorporer des éléments du projet Tamil Nadu au programme ICDS, qui se voulait un programme de développement

holistique de l'enfant offrant : une éducation préscolaire informelle aux enfants de 3 à 6 ans ; des compléments nutritionnels, des vaccinations et autres bilans de santé réguliers pour les enfants de 0 à 6 ans ; et une formation en matière de nutrition et de santé aux femmes enceintes et allaitantes. Les résultats jusqu'ici ont été décevants. Les acquis du projet TINP ne semblent pas avoir été mis à profit en Inde, bien que la formule ait été utilisée dans d'autres régions du monde.

Le programme ICDS a finalement permis d'atteindre 80 % des secteurs de développement du pays, mais ne prévoyait pas de mécanismes permettant de faire en sorte que ces services et compléments alimentaires atteignent bien les plus nécessiteux. En outre, les travailleurs étaient mal formés et surchargés, et les composantes vulgarisation, santé et éducation du programme, souvent négligées. Les projets ICDS ont donc été jugés insatisfaisants par la Banque. Dans un premier temps, l'institution a attribué les lacunes du programme à son expansion rapide et à des problèmes d'exécution, mais il apparaît maintenant que d'importants changements d'orientation s'imposent. Le programme a cependant suscité un large soutien politique, en partie parce que ces avantages étaient largement répartis. Les services de la Banque chargés d'élaborer la prochaine version du projet s'efforcent de trouver les moyens concrets de mettre ces changements en oeuvre.

### Projet de santé

La Banque a commencé à financer des projets de santé à part entière au début des années 90. Jusque-là, l'État finançait seul les soins de santé primaires et ne sollicitaient pas les conseils de la Banque en matière de politique sanitaire. Les difficultés financières du début des années 90 et les changements intervenus à la tête du ministère de la Santé et de la protection familiale ont cependant fourni à la Banque l'occasion de financer deux types de projets : des actions de lutte contre des maladies spécifiques et des réformes plus générales du système de santé à l'échelon de l'État.

#### *Projet de lutte contre les maladies*

L'étude réalisée par la Banque en 1993 *sur les priorités de lutte contre les maladies dans les pays en développement* a poussé les responsables sanitaires indiens à solliciter l'appui de la Banque pour mettre au point une série de programmes de lutte contre les maladies. Les projets ont introduit des innovations importantes, notamment la participation accrue du secteur privé et de sociétés à but non lucratif à l'action sanitaire des pouvoirs publics et de nouveaux moyens de lutte contre la cécité due à la cataracte, la tuberculose,

la lèpre et le paludisme. La mise en oeuvre de ces programmes a été très inégale, mais s'est soldée par quelques succès notables.

C'est avec le concours de la Banque que le gouvernement indien a commencé à s'attaquer au sida il y a sept ans ; le projet national financé par l'institution a ainsi permis d'instaurer des programmes de lutte contre le sida au niveau des États et de l'ensemble du pays, de mettre en place de meilleurs moyens de dépistage et de traitement et d'encourager l'abandon de comportements à risque. Plus de 90 % des réserves de sang ont maintenant fait l'objet de tests de dépistage du VIH, soit trois fois plus qu'il y a sept ans. Il est difficile de savoir exactement combien de cas de sida ont été évités, mais d'après les estimations, ce nombre serait d'environ 330 000.

Face à la réapparition de la tuberculose, la Banque a financé la mise en place d'un traitement directement observable, dont bénéficient actuellement 115 millions de tuberculeux. Le projet de lutte contre la cécité due à la cataracte a permis à 8 millions de personnes de recouvrer la vue grâce à une intervention chirurgicale faisant appel, dans 30 % des cas, à la technique avancée de la lentille intraoculaire ; et le projet national d'éradication de la lèpre s'est soldé par près de 12 millions de cas de guérison. On estime que sur les 32 États/UT que compte le pays, 18 auront éliminé la lèpre d'ici la fin de l'an 2000, 8 d'ici la fin de 2002 et les cinq derniers d'ici la fin de 2005.

Les maladies visées par ces programmes sont graves, mais ne représentent qu'environ 6 % de la charge de mortalité et de morbidité. Reste encore à s'attaquer aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, aux traumatismes, aux maladies mentales et aux affections liées au tabagisme. Il est presque certain que ces maladies seront plus difficiles à traiter ; elles sont moins répandues chez les pauvres et les pouvoirs publics n'ont encore rien proposé pour les traiter.

#### *Projets de réforme sanitaire au niveau des États*

La performance du système et les résultats sanitaires sont directement liés aux systèmes de gestion et aux politiques du personnel en place dans l'appareil administratif des États. Pour pouvoir influencer sur ces facteurs critiques du succès et adapter les programmes aux besoins et aux capacités de chaque État, la Banque, depuis 1995, a entrepris quatre projets de réforme sanitaire au niveau des États. Ces projets offrent également à l'institution l'occasion attendue depuis longtemps d'influer sur les facteurs plus fondamentaux qui déterminent la manière dont le système de santé publique fonctionne au niveau des États, là où la Banque peut apporter une aide adaptée à la réalité locale.

Le premier projet de ce type, approuvé en 1995 pour un montant de 159 millions de dollars, avait pour objet la création d'un Système de premier échelon d'orientation des patients dans l'État d'Andhra Pradesh. Il s'agissait de mettre en place un dispositif d'orientation cohérent, de fournir des services de formation et du matériel en vue de renforcer la gestion du système de santé publique de l'État, d'instaurer un mécanisme de recouvrement des coûts et de mieux affecter les ressources. Le deuxième projet de la série visait à appliquer les principes du premier projet à trois autres États. Il semblerait que ce projet sanitaire, le plus ambitieux jamais financé par la Banque (350 millions de dollars), soit d'une portée et d'une complexité trop grandes pour pouvoir être géré de manière satisfaisante. Les projets ultérieurs d'Orisa et de Maharashtra, qui portaient chacun sur un État, visaient notamment à faciliter l'accès aux soins de santé primaires dans les zones éloignées, à créer une nouvelle institution chargée de gérer le système hospitalier et à améliorer la qualité des services fournis dans les centres de santé communautaire, l'accent étant mis sur les soins de maternité. Le projet de Maharashtra prévoit également une composante inédite visant à créer un nouvel hôpital spécialisé opérant suivant des pratiques de gestion hospitalière modernes.

Les rapports de supervision indiquent que ces projets avancent à un rythme satisfaisant. Le projet d'Andhra Pradesh, en particulier, est en bonne voie, certains éléments — notamment les aspects de gestion, de suivi et d'évaluation — étant jugés très satisfaisants. La part des crédits consacrés par l'État à la santé a légèrement augmenté, de même que la proportion des ressources affectées aux soins de santé primaire et secondaire, mais aucun progrès concret n'a encore été enregistré sur le front du recouvrement des coûts et de l'orientation des patients. Le Deuxième projet sur les systèmes d'État progresse plus rapidement dans certains États que dans d'autres.

L'application de diverses formules adaptées aux besoins de chaque État offre une occasion unique d'apprendre ce qui donne ou non de bons résultats suivant les circonstances. Mais la conclusion qui se dégage de l'étude de l'OED est qu'il faut pour cela renforcer encore les plans de suivi et d'évaluation.

## Perspectives

Plusieurs facteurs expliquent que l'on ait eu du mal à obtenir les résultats recherchés dans le cadre des projets SNP réalisés en Inde avant 1988. Les projets de santé à part entière n'existaient pas ; les projets de population étaient généralement axés sur l'offre ; les interventions de la Banque n'étaient pas suffisamment énergiques,

qu'il s'agisse de pousser à améliorer de mauvais résultats ou d'inciter les pouvoirs publics à changer d'orientation ; et l'institution ne consacrait guère d'études sectorielles à l'identification des problèmes et des besoins prioritaires.

Parmi les facteurs ayant fait concrètement obstacle à l'avancement des projets, citons :

- le manque d'informations appropriées ;
- l'idée que la Banque se faisait de son rôle : fournir des équipements et des infrastructures plutôt que promouvoir le développement humain ;
- le peu d'empressement mis par les homologues indiens à s'attaquer aux problèmes systémiques ;
- la pénurie de ressources et de bons gestionnaires ;
- l'importance accordée au secteur public et à l'expansion du système de santé publique ;
- l'application d'une formule unique à des zones présentant des caractéristiques très différentes ;
- l'attention insuffisante accordée à l'évolution des comportements en matière de santé ; et
- le fait que des déterminants importants pour la santé et les tendances démographiques, comme l'instruction des femmes, aient été négligés.

À compter de 1988 cependant les travaux sectoriels ont favorisé l'instauration d'un dialogue avec les pouvoirs publics. Ceux-ci ont ainsi été amenés à apporter des modifications importantes à leur stratégie, notamment à recentrer leur action sur la réforme du système de santé, à cesser de privilégier le planning familial au profit des soins de santé maternelle et infantile et à travailler de manière plus collégiale et davantage en collaboration avec la Banque.

Plusieurs facteurs ont contribué à cette évolution, notamment le constat que les anciennes approches étaient inopérantes ; les pressions exercées pour que l'on prête davantage attention aux besoins des femmes ; et, peut-être plus important encore, la détérioration de la situation économique en 1990-91, qui a davantage incité le gouvernement à solliciter une aide extérieure. Autre élément important, le regain d'intérêt pour la décentralisation, qui a permis de mettre au point des projets prometteurs de réforme systémique au niveau des États. Si le rôle de la Banque dans la mise en oeuvre de ces changements d'orientation est quelque peu controversé, force est de reconnaître que l'institution s'était préparée à saisir l'occasion en mettant au point de nouveaux types de projets.

L'essentiel des critiques à l'égard du programme de la Banque portent sur ses vingt premières années d'application ; le programme, dans sa forme actuelle, est pour l'essentiel en bonne voie. Il y aurait cependant

lieu de pousser plus loin l'analyse de certains aspects, qui recouvrent plusieurs domaines et qui pourraient encore être améliorés.

L'*orientation des patients* est sans doute le principal déterminant du bon fonctionnement d'un système de santé. Les programmes qui encouragent le recours à un système d'orientation doivent améliorer les compétences des agents sanitaires et la manière dont ceux-ci opèrent aux échelons primaire et secondaire, et développer les liens entre eux. Ils doivent également s'attaquer aux problèmes de transport et de communication qui s'opposent à la mise en place de systèmes d'orientation efficaces. Il faudra prévoir une programmation souple et analyser plus avant les relations entre les diverses institutions intervenant aux différents niveaux, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, si l'on veut mettre en place de bons systèmes d'orientation en Inde.

Les activités d'*information, d'éducation et de communication* (IEC) sont également nécessaires, beaucoup de problèmes de santé ne pouvant être réglés que par un changement de comportement. Bien que la Banque encourage les pouvoirs publics à affecter davantage de ressources techniques et financières à ces activités, cet aspect de l'action sanitaire continue d'être relativement négligé, et les programmes publics d'IEC sont souvent mal exécutés. La Banque ne doit pas relâcher ses efforts destinés à intégrer les activités d'IEC dans les nouveaux projets en axant la formulation de ses messages sur l'usager, à former les animateurs à des techniques de communication et de conseil basées sur les relations humaines, à mener soigneusement les recherches nécessaires à l'organisation de campagnes d'IEC et à en suivre l'impact.

En outre, les problèmes posés par *la gestion du personnel, les mesures destinées à encourager les agents à améliorer leurs résultats et la responsabilisation du personnel*, continuent de faire sérieusement obstacle à l'amélioration de la qualité des prestations. La Banque n'est guère intervenue dans ce domaine, si ce n'est par une action de formation technique ou de gestion, qui ne s'attaque pas à la racine du problème. Il faudrait prévoir des mesures complémentaires pour changer les pratiques de gestion, les routines de travail et les politiques d'avancement professionnel, notamment en incitant le

personnel à se former davantage, si l'on veut modifier durablement le comportement des agents sanitaires. Tous ces problèmes doivent faire l'objet d'une analyse attentive et détaillée.

*Le contrôle des performances* du secteur indien de la santé laisse également à désirer. Un système de budgétisation basé sur les performances, qui lierait les décaissements aux résultats, inciterait davantage les organismes d'exécution à bien concevoir et gérer leur programmes et à en assumer la responsabilité. La Banque s'emploie, dans le cadre de plusieurs nouveaux projets, à promouvoir la budgétisation basée sur les résultats et elle doit soigneusement analyser et tester les projets opérant sur ce mode.

Une autre question recouvrant plusieurs domaines concerne la nécessité de *mieux intégrer* à la programmation des actions sanitaires *les ONG et les opérateurs privés*, qui assurent la grande majorité des prestations de santé. Les actions dans ce sens se sont soldées par des résultats inégaux. C'est lorsqu'elles font intervenir des organisations dont les activités ne rivalisent pas avec celles des organismes publics, mais les complètent, où des gestionnaires publics sont efficaces et compréhensifs, que ce type d'initiative donne les meilleurs résultats. Il faut mettre au point une stratégie dans ce sens, qui prenne en considération la division du travail, les politiques de tarification et de subventionnement, l'octroi de licences et la réglementation applicable aux prestataires et aux assureurs privés, et les programmes de formation appropriés. La Banque n'a guère d'expérience à cet égard dans le pays, mais elle peut apporter son concours sous d'autres formes, que ce soit en examinant l'expérience d'autres pays ou d'autres secteurs en Inde ; en encourageant, au besoin, la prestation de services par des opérateurs privés ; ou en encourageant et en évaluant les programmes expérimentaux.

Enfin, la diversité des problèmes et des besoins sanitaires en Inde et l'état des capacités du secteur de la santé appellent manifestement le recours à diverses formules. La Banque doit donc continuer d'appuyer la décentralisation et l'expérimentation pour mieux répondre aux besoins propres à chaque État.

► Ce *Précis* est fondé sur *Case Study of World Bank Activities in the Health Sector in India*, par **Ronald Ridker** et **Philip Musgrove**, rapport n° 19537. Les Administrateurs et le personnel de la Banque peuvent se procurer ce rapport auprès de l'Unité de documentation interne ou des centres d'information régionaux, et le public auprès de l'InfoShop de la Banque mondiale.

