

12183
July 1993

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT DANS LE MONDE 1993

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT
DANS LE MONDE 1993

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

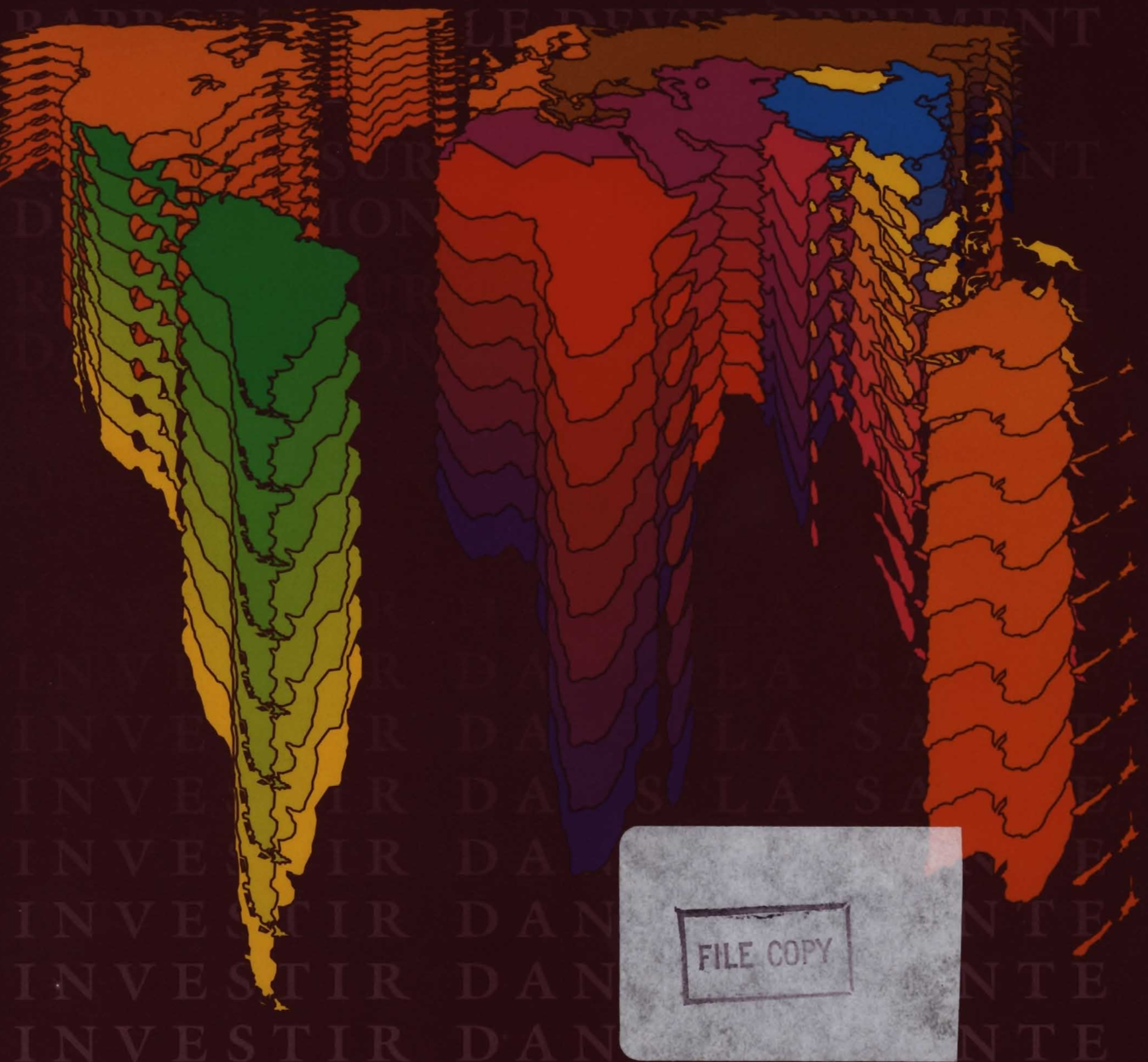
RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

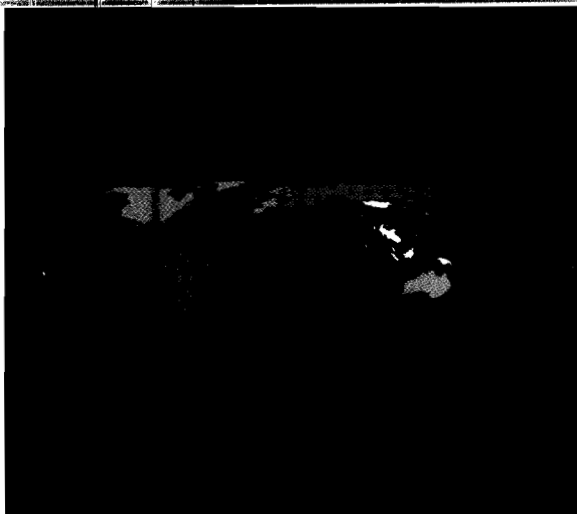
RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT



INVESTIR DANS LA SANTE

INDICATEURS DU DEVELOPPEMENT DANS LE MONDE



Rapport sur le développement dans le monde 1993

Investir dans la santé

*Banque mondiale
Washington*

*Publié dans sa version originale
en anglais sous le titre World Development Report 1993
par Oxford University Press pour la Banque mondiale*

*© 1993 Banque internationale
pour la reconstruction et le développement/
BANQUE MONDIALE
1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433
Etats-Unis d'Amérique.*

*Tous droits réservés. Aucune partie de la présente publication
ne peut être reproduite, mise en mémoire ou transmise sous
aucune forme ni par aucun moyen, électronique ou
mécanique, par photocopie, enregistrement, ou de toute autre
façon, sans l'autorisation préalable de la Banque mondiale.*

*Fait aux Etats-Unis d'Amérique.
Premier tirage : juillet 1993*

*Les cartes qui accompagnent le texte sont uniquement
destinées à faciliter sa lecture; les dénominations
et les indications qui y figurent n'impliquent,
de la part de la Banque mondiale, de ses institutions
affiliées, de son Conseil ou de ses pays membres,
aucun jugement quant au statut juridique d'un pays,
territoire, ville, ou zone quelconque,
ou de ses autorités, de même qu'en ce qui concerne
le tracé de ses frontières ou son appartenance nationale.*

*La carte de la couverture, qui montre
les huit régions démographiques utilisées dans
l'analyse présentée dans ce Rapport, cherche à
donner une idée de l'amélioration générale de la santé
dans le monde au cours des 40 dernières années.*

ISBN 0-8213-2360-1
ISSN 0271-1710



*Imprimé sur du papier conforme aux normes
des Etats-Unis (American National Standard for Permanence of Paper
for Printed Library Materials, Z39.48-1984).*



Avant-propos

Seizième de la série annuelle, le *Rapport sur le développement dans le monde 1993* examine les interactions entre santé humaine, politique de santé et développement économique. Les trois plus récents — sur l'environnement, sur les stratégies de développement et sur la pauvreté — ont donné une vue d'ensemble des buts et moyens du développement. Celui de cette année, qui a pour thème la santé, examine en profondeur, comme le fera celui de l'an prochain sur l'infrastructure, un secteur unique où l'impact des finances et politiques publiques prend une importance particulière.

A tous les niveaux de revenu, les pays ont réalisé d'énormes progrès dans le domaine de la santé. Bien que le risque que court un enfant de pays en développement de mourir avant l'âge de 5 ans demeure dans un rapport de un sur dix, ce qui est encore inacceptable, c'est quand même là un niveau inférieur de plus de moitié à ce qu'il était en 1960. Le recul de la pauvreté a permis aux ménages de dépenser davantage pour leur consommation alimentaire, pour leur approvisionnement en eau salubre et pour leur logement, conditions d'une bonne santé. L'élévation constante des niveaux d'instruction fait que les gens sont mieux à même d'appliquer les progrès de la science à l'amélioration de leur propre santé ainsi que de celle de leur famille. Les systèmes de santé ont répondu à la demande de populations plus soucieuses de leur santé par la mise en place d'une gamme élargie de services capables de réaliser des interventions d'une efficacité toujours plus grande.

Et pourtant les pays en développement, et en particulier leurs pauvres, continuent à supporter un lourd fardeau de maladies qu'il ne coûterait pas cher, souvent, de prévenir ou de guérir. (Si, dans les pays en développement, le taux de mortalité juvénile tombait au niveau qui est celui des pays à revenu élevé, il mourrait 11 millions de moins d'enfants par an.) En outre, de plus en plus de pays en développement commencent à être confrontés aux problèmes d'augmentation du coût de la santé que connaissent maintenant les pays à revenu élevé.

Le présent Rapport préconise, à l'intention des gouvernements, une stratégie à trois angles d'attaque

pour améliorer la santé des populations dans les pays en développement. Il s'agit tout d'abord de mettre en place un environnement économique de nature à donner aux ménages la possibilité d'améliorer eux-mêmes leur santé. Une politique de croissance (assortie, au besoin, de mesures d'ajustement économique) qui assure aux pauvres des gains de revenu est essentielle. Un investissement éducatif accru, particulièrement pour les filles, l'est aussi.

Il s'agit ensuite de redistribuer les dépenses publiques de santé en faveur de programmes d'un meilleur rapport coût-efficacité qui fassent davantage pour aider les pauvres. Ces dépenses représentent la moitié des 168 milliards de dollars à quoi s'élèvent les dépenses annuelles de santé dans les pays en développement. Une trop grande partie de cette somme va aux soins spécialisés dispensés dans des établissements de soins tertiaires sans que l'état de santé du pays y gagne beaucoup pour l'argent dépensé. Une trop petite partie va à des opérations peu coûteuses, mais fort efficaces, comme le dépistage et le traitement des maladies infectieuses et de la malnutrition. L'ensemble des pays en développement pourrait réduire de 25 % sa charge de morbidité — ce qui équivaldrait à maintenir en vie plus de 9 millions de nouveau-nés — en réorientant vers des programmes de santé publique et des services cliniques essentiels la moitié environ, en moyenne, des dépenses publiques qui vont maintenant à des services d'un faible rapport coût-efficacité.

Il faut, enfin, promouvoir la diversité et la concurrence dans le financement et la fourniture des services de santé. Le financement de la santé publique et des services cliniques essentiels par l'Etat laisserait la couverture du reste des services cliniques à la charge des particuliers, généralement par assurance interposée, ou de l'assurance sociale. La réglementation des marchés de l'assurance privée peut renforcer ceux-ci en les incitant à rechercher un large taux de couverture et à maîtriser leurs coûts. Même quand il s'agit de services cliniques financés par l'Etat, on peut encourager la concurrence et l'intervention du secteur privé dans l'offre de services et contribuer à améliorer l'efficacité du secteur privé en générant et en

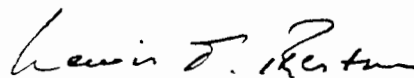
diffusant des éléments d'information dont la connaissance est essentielle. La combinaison de toutes ces mesures se traduira par une amélioration de l'état de santé et aura pour effet de contenir les coûts tout en augmentant la satisfaction du consommateur.

L'expérience qu'en ont faite plusieurs pays en développement a montré qu'une réforme en profondeur des politiques de santé est possible. La communauté des bailleurs de fonds peut y contribuer en finançant le coût initial, en particulier dans les pays à faible revenu. La mise en place des réformes dont on présente ici les grandes lignes donnera aux gens, et surtout au milliard et quelques de pauvres que compte le monde, la possibilité de vivre plus longtemps, en meilleure santé, une vie plus productive.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pleinement collaboré avec la Banque mondiale à chaque stade de l'établissement du Rapport. Je voudrais dire ici toute ma gratitude à l'OMS et à ses nombreux fonctionnaires qui, aux niveaux mondial et régional, ont facilité ce partenariat. Le Rapport a beaucoup profité de leurs nombreuses compétences techniques. Dès la conception du Rapport, l'OMS a joué un rôle actif, fournissant des données sur les divers aspects du développement de la santé et apportant un concours systématique pour de nombreuses consultations techniques. Peut-être l'aspect le plus important de la contribution de l'OMS a-t-il été sa participation, aux

côtés de la Banque mondiale, à l'évaluation de la charge de morbidité globale, qui est un élément clé du présent Rapport. Il nous sera agréable de continuer à collaborer avec l'OMS dans la discussion et l'application des messages du présent Rapport. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), des organismes bilatéraux et d'autres institutions nous ont également aidés de leurs compétences, et la Banque mondiale leur est également reconnaissante. Ces remerciements adressés à titre personnel figurent dans une autre partie du Rapport.

Comme les précédents, le *Rapport sur le développement dans le monde 1993* comprend les Indicateurs du développement dans le monde, qui présentent un certain nombre de statistiques sociales et économiques sur 127 pays. Le Rapport est une étude des services de la Banque mondiale, et les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles des Administrateurs ni des gouvernements qu'ils représentent.



Lewis T. Preston
Président
Banque mondiale

31 mai 1993

Le Rapport que voici a été établi par une équipe dirigée par Dean T. Jamison et composée de José-Luis Bobadilla, Robert Hecht, Kenneth Hill, Philip Musgrove, Helen Saxenian, Jee-Peng Tan et, à temps partiel, Seth Berkley et Christopher J. L. Murray. Anthony R. Measham a rédigé et coordonné le travail réalisé à cette fin par le Département de la population, de la santé et de la nutrition de la Banque. La contribution et les conseils fournis par Susan Cochrane, Thomas W. Merrick, W. Henry Mosley, Alexander Preker, Lant Pritchett et Michael Walton ont été des plus précieux. Un Comité directeur présidé par Jean-Paul Jarrel a coordonné les nombreux concours que l'Organisation mondiale de la santé a apportés à la réalisation du Rapport; et, dans tout ce qui touche à l'établissement de celui-ci, de précieux conseils ont été fournis par un Comité consultatif présidé par Richard G. A. Feachem. Les membres de ces comités sont énumérés à la rubrique « Remerciements ». Peter Cowley, Anna E. Maripuu, Barbara J. McKinney, Karima Saleh et Abdo S. Yazbeck ont fait un travail d'associés de recherche. Lecia A. Brown, Caroline J. Cook, Anna Godal et Vito Luigi Tanzi ont travaillé à l'établissement du Rapport en qualité de stagiaires. L'ensemble du travail a été réalisé sous la direction générale de Lawrence H. Summers et de Nancy Birdsall.

Beaucoup d'autres personnes, de la Banque et d'ailleurs, ont fourni d'utiles observations et contributions (voir la Notice bibliographique). On doit au Département de l'économie internationale de la Banque les données figurant en annexe ainsi que les Indicateurs du développement dans le monde. La production du Rapport a été assurée par Ann Beasley, Stephanie Gerard, Jane Gould, Kenneth Hale, Jeffrey N. Lecksell, Nancy Levine, Debra Malovany, Hugh Nees, Kathy Rosen et Walton Rosenquist. Le personnel d'appui, dirigé par Rhoda Blade-Charest, comprenait Laitan Alli et Nyambura Kimani. Trinidad S. Angeles a servi d'assistante administrative. John Browning a été le principal éditeur du Rapport et Rupert Pennant-Rea a revu deux chapitres.

L'établissement du présent Rapport a immensément profité du concours des participants à une série de consultations et de séminaires dont les thèmes et les noms des participants sont énumérés dans la rubrique « Remerciements ». Ces consultations n'auraient pas pu avoir lieu sans la coopération financière des organismes ci-après, que l'on remercie chaleureusement de leur aide : l'Agence canadienne de développement international, l'Agence danoise de développement international, la Fondation Edna McConnell Clark, le Ministère norvégien des affaires étrangères, la Fondation Rockefeller, la Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire (Suisse), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, l'Overseas Development Administration du Royaume-Uni et l'Organisation mondiale de la santé (Division de l'hygiène du milieu et Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales). L'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance ont contribué à l'établissement des annexes statistiques. Trois établissements universitaires — Harvard Center for Population and Development Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine et Institut tropical suisse — ont apporté un important concours à l'établissement du Rapport.



Table des matières

Définitions et notes sur les données x

Sommaire 1

Les systèmes de santé et leurs problèmes	3
Rôles respectifs de l'Etat et du marché dans le domaine de la santé	5
Politiques à suivre pour atteindre l'objectif de santé pour tous	6
Améliorer l'environnement économique	6
Investir dans la santé publique et les services cliniques essentiels	8
Réformer les systèmes de santé : promouvoir la diversité et la concurrence	12
Ce qu'il faudrait faire	15

1 La santé dans les pays en développement : succès et défis 18

Pourquoi la santé est importante	18
Les succès enregistrés	23
Mesurer la charge de morbidité	25
Des défis pour l'avenir	31
Les leçons du passé : explication de la baisse de la mortalité	37
Le potentiel d'action efficace	38

2 Les ménages et la santé 39

La capacité des ménages : revenu et scolarisation	40
Des mesures propres à renforcer la capacité d'action des ménages	46
Qu'est-ce qui peut être fait?	53

3 Les rôles de l'Etat et du marché dans le secteur de la santé 54

Dépenses de santé et résultats obtenus	55
Justification d'une action de l'Etat	56
Un bon rapport coût-efficacité dans le secteur de la santé	61
Politique de santé et performance des systèmes de santé	67

4 Santé publique 75

Services de santé axés sur la population	75
Alimentation et nutrition	78
Fécondité	85
Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie	90
Influence de l'environnement sur la santé	93
Le SIDA : menace pour le développement	103
Le programme minimum de santé publique	111

5	Les services cliniques	112
	Financement public et privé des services cliniques	112
	Choix et financement de l'ensemble de services cliniques essentiels	116
	Assurance et financement des services cliniques discrétionnaires	124
	Organisation des services cliniques	128
	Réorientation des services cliniques et au-delà	137
6	Facteurs de santé	139
	Réorienter les investissements d'équipement et de matériel	140
	Mieux équilibrer les ressources humaines	144
	Améliorer le choix, l'achat et l'utilisation des médicaments	150
	Générer l'information et renforcer la recherche	154
7	Ce qu'il faudrait faire	162
	Réforme des politiques de santé dans les pays en développement	162
	Aide internationale à la santé	171
	Relever les défis de la réforme des politiques de santé	177
	Remerciements	179
	Notice bibliographique	183
	Annexe A. Données sur la population et la santé	203
	Annexe B. La charge de morbidité globale, 1990	221
	Indicateurs du développement dans le monde	235
	Encadrés	
1	Investir dans la santé : les messages clés du Rapport	7
2	Le Sommet mondial pour les enfants	15
1.1	Vaincre la cécité des rivières	20
1.2	L'impact économique du SIDA	21
1.3	Mesurer la charge de morbidité	28
1.4	Transition démographique et transition épidémiologique	32
2.1	L'amélioration de la santé des enfants dans quatre pays	40
2.2	Enseigner la santé à l'école par la radio : le cas de la Bolivie	51
2.3	La violence envers les femmes et ses conséquences pour la santé	52
3.1	Financement de la lutte contre la tuberculose en Chine	60
3.2	Information sur les coûts et décisions de gestion dans un hôpital brésilien	62
3.3	Coût-efficacité des interventions contre la rougeole et la tuberculose	65
3.4	Problèmes de santé prioritaires : charges de morbidité élevées et interventions d'un bon rapport coût-efficacité	66
4.1	Nutrition des femmes	80
4.2	Le Projet intégré de nutrition du Tamil Nadu : un exemple d'alimentation d'appoint réussie	84
4.3	La Banque mondiale et sa politique du tabac	92
4.4	Après l'éradication de la variole, celle de la dracunculose	96
4.5	Coûts et avantages des investissements d'approvisionnement en eau et d'assainissement	97
4.6	Lutte antivectorielle en milieu naturel et en habitation	98
4.7	Pollution atmosphérique et santé en Europe centrale	101
4.8	La pollution au Japon : la prévention aurait été préférable et moins coûteuse que le remède	102
4.9	La lutte contre le SIDA en Ouganda	108
4.10	L'infection par VIH en Thaïlande : de la catastrophe au succès	109
5.1	Éliminer les risques de la grossesse et de l'accouchement	117
5.2	Traitement intégré de l'enfant malade	118

5.3	Traitement des maladies sexuellement transmissibles	119
5.4	Traitement rapide de la tuberculose	120
5.5	Cibler les dépenses publiques sur les pauvres	123
5.6	Les pays industriels et le coût de la santé	127
5.7	Réforme des soins de santé dans les pays de l'OCDE	130
5.8	Médecine traditionnelle et prestations des services de santé essentiels	133
5.9	« Concurrence contrôlée » et réforme des soins de santé aux Etats-Unis	136
6.1	Les migrations internationales et le marché mondial des professionnels de la santé	147
6.2	Les agents de santé communautaire	149
6.3	Bien acheter : comment les organismes internationaux économisent sur les achats de produits pharmaceutiques	152
6.4	Le rôle des programmes d'enquêtes types dans l'information de santé	155
6.5	Evaluation des césariennes au Brésil	157
6.6	A la recherche de moyens simples et peu coûteux pour diagnostiquer les MST	160
7.1	Le financement des centres de santé par la collectivité : l'Initiative de Bamako	166
7.2	Réforme du secteur de la santé au Chili	168
7.3	Réforme du système de santé en Russie	170
7.4	Aide au secteur de la santé et efficacité de cette aide	174
7.5	L'aide de la Banque mondiale à la réforme du secteur de la santé	175
7.6	Coordination de l'aide extérieure au secteur de la santé au Zimbabwe et au Bangladesh	176

Figures

1	Régions démographiques utilisées dans ce Rapport	2
2	Charge de morbidité imputable aux décès prématurés et aux invalidités, par région démographique, 1990	3
3	Mortalité infantile et adulte dans les quartiers pauvres et non pauvres de Porto Alegre, Brésil, 1980	8
1.1	Mortalité juvénile par pays, 1960 et 1990	24
1.2	Tendances de l'espérance de vie par région démographique, 1950-90	25
1.3	Taux types de mortalité féminine normalisés par âge au Chili et en Angleterre et Pays de Galles, pour quelques années	26
1.4	Evolution des taux de mortalité féminine par âge au Chili et en Angleterre et Pays de Galles, pour quelques années	26
1.5	Charge de morbidité par sexe et par région démographique, 1990	30
1.6	Distribution des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues, par cause, pour quelques régions démographiques, 1990	31
1.7	Tendances de l'espérance de vie et de la fécondité en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et Caraïbes, 1960-2020	32
1.8	Age médian au décès, par région démographique, 1950, 1990 et 2030	34
1.9	Espérance de vie et revenu par habitant pour quelques pays et périodes	36
2.1	Cycles qui se renforcent mutuellement : recul de la pauvreté et valorisation des ressources humaines	39
2.2	Mortalité juvénile dans les quartiers riches et pauvres de quelques grandes agglomérations urbaines, fin des années 80	42
2.3	Baisse de la mortalité juvénile et croissance du revenu par personne dans 65 pays	43
2.4	Effet du degré d'instruction des parents sur le risque de décès des moins de 2 ans dans quelques pays, fin des années 80	45
2.5	Scolarité et facteurs de risque de santé parmi les adultes, Porto Alegre (Brésil), 1987	46
2.6	Ecart par rapport au niveau moyen des dépenses publiques de santé dans les pays qui reçoivent des prêts d'ajustement et dans ceux qui n'en reçoivent pas, 1980-90	48
2.7	Taux de scolarisation en Inde, par année, vers 1980	50
3.1	Espérance de vie et dépenses de santé dans quelques pays : écart par rapport aux estimations basées sur le PIB et la scolarité	56
3.2	Coûts et avantages de 47 interventions de santé	63

4.1	Mortalité juvénile (pour des groupes d'âge donnés) et poids pour l'âge au Bangladesh, en Inde, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Tanzanie	81
4.2	Fécondité cumulée par région démographique, 1950-95	86
4.3	Risque de décès des moins de 5 ans par facteur de risque lié à la fécondité dans quelques pays en développement, fin des années 80	87
4.4	Mortalité maternelle en Roumanie, 1965-91	89
4.5	Tendances de mortalité masculine pour cause de cancer du poumon et divers autres types de cancer (Etats-Unis), 1930-90	91
4.6	Population privée de services d'assainissement ou d'approvisionnement en eau par région démographique, 1990	95
4.7	Simulation d'épidémie de SIDA dans un pays d'Afrique subsaharienne	104
4.8	Tendances observables dans les nouveaux cas d'infection par VIH dans diverses hypothèses, 1990-2000 : Afrique subsaharienne et Asie	105
5.1	Revenu et dépenses de santé dans 70 pays, 1990	114
5.2	Financement public de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 1990	123
6.1	La pyramide sanitaire : où les soins sont dispensés	139
6.2	Capacité d'accueil hospitalier par région démographique, vers 1990	140
6.3	Effectifs de personnel de santé par région démographique, 1990, ou année la plus récente connue	145
7.1	Décaissements d'aide extérieure au secteur de la santé, 1990	172

Tableaux

1	Population, indicateurs économiques et progrès de santé par région démographique, 1975-90	2
2	Coûts et gains de santé à attendre de l'ensemble minimum d'actions de santé publique et de services cliniques essentiels, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 1990	11
3	Contribution d'un changement de politique à la réalisation des objectifs dans le secteur de la santé	14
1.1	Charge de morbidité selon le sexe, le type d'affection et l'issue, 1990	27
1.2	Contribution de quatre grandes maladies à la morbidité selon l'âge d'incidence et le sexe, 1990	30
1.3	Evolution de l'épidémie de VIH-SIDA	35
2.1	Pauvreté et croissance du revenu par habitant par région en développement, 1985 et 1990, et tendances à long et moyen termes	44
3.1	Dépenses globales de santé, 1990	54
3.2	Allocation actuelle et allocation proposée des dépenses publiques de santé dans les pays en développement, 1990	68
3.3	Coût total et gains de santé potentiels d'un programme de santé publique et de services cliniques essentiels, 1990	70
4.1	Charge de morbidité juvénile évitable grâce au Programme élargi de vaccination (PEV) par région démographique, 1990	76
4.2	Coûts et avantages du PEV Plus pour la santé dans deux catégories de pays en développement, 1990	77
4.3	Contributions directes et indirectes de la malnutrition au poids global de la maladie, 1990	79
4.4	Rapport coût-efficacité des interventions de nutrition	85
4.5	Estimation de la charge de morbidité en milieu familial pauvre dans les pays en transition démographique, 1990, et réduction possible par l'amélioration des services domestiques	94
4.6	Estimation de la charge de morbidité globale imputable à l'environnement, 1990, et réduction possible à l'échelle mondiale par action sur l'environnement	99
4.7	Coûts et avantages des programmes de santé publique dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 1990	110
5.1	Justifications et orientation des interventions de l'Etat dans le financement et la fourniture des services cliniques	113

5.2	Systèmes de soins cliniques par catégorie de revenu	115
5.3	Coûts et avantages estimatifs de certains services de santé publique et certains services cliniques dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, 1990	122
5.4	Assurance sociale dans divers pays, 1990	125
5.5	Avantages et inconvénients de divers modes de rémunération des services de santé	129
5.6	Mesures de nature à améliorer la fourniture des soins de santé	131
6.1	Dépenses de médicaments par an et par habitant dans quelques pays, 1990	151
6.2	Quelques priorités de recherche et de mise au point de produits, pour six des facteurs qui contribuent le plus à la charge de morbidité globale	159
7.1	Degré d'efficacité d'une réorientation de la politique de santé dans trois groupes de pays	163
7.2	Aide publique au développement destinée au secteur de la santé, par région démographique, 1990	173

Tableaux des Annexes

A.1	Population (en milieu d'année) et accroissement annuel moyen	207
A.2	PNB, population, PNB par habitant et croissance du PNB par habitant	207
A.3	Structure et dynamique de la population	208
A.4	Population et décès par groupe d'âge	210
A.5	Risque de mortalité et espérance de vie durant le cycle de vie	211
A.6	Nutrition et état de santé	212
A.7	Mortalité par cause de décès et incidence de la tuberculose	214
A.8	Infrastructure et services sanitaires	216
A.9	Dépenses de santé et total des apports d'aide extérieure	218
A.10	Economies et population par région démographique, fin juin 1990	220
B.1	Charge de morbidité par âge et par sexe, 1990	223
B.2	Charge de morbidité par cause chez les femmes, 1990	224
B.3	Charge de morbidité par cause chez les hommes, 1990	226
B.4	Charge de morbidité par âge et les trois principales catégories de causes, 1990	228
B.5	Charge de morbidité par conséquence, sexe et âge, 1990	229
B.6	Répartition de la charge de morbidité chez les enfants dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990	230
B.7	Répartition de la charge de morbidité chez les adultes et les personnes âgées dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990	231
B.8	Nombre de décès par cause et groupe démographique, 1990	232



Définitions et notes sur les données

Liste de termes et expressions relatifs à la santé utilisés dans le Rapport

Mortalité juvénile. C'est, exprimé par millier de naissances vivantes, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui mourront probablement avant leur cinquième anniversaire. On utilise aussi l'expression « mortalité des moins de 5 ans ».

Âge médian au décès. L'âge au-dessous duquel a lieu la moitié de tous les décès d'une année. Cette mesure est déterminée à la fois par la distribution de la population par âge et par la physionomie des risques de décès selon l'âge. Il ne représente pas l'âge moyen auquel tout groupe d'individus mourra et il n'est pas directement lié à l'espérance de vie.

Fécondité cumulée. Le nombre d'enfants qu'une femme mettrait au monde si elle devait vivre jusqu'à la fin de sa période de procréation et avoir des enfants à chaque âge conformément aux taux de fécondité par âge correspondants.

Externalités. Répercussion d'effets, positifs ou négatifs, d'un individu sur un autre.

Intervention (de soins de santé). Acte qui vise à réduire les risques de maladie, à traiter celle-ci ou à atténuer les effets ou ceux de l'invalidité.

Efficacité d'allocation. C'est la répartition optimale des ressources entre un certain nombre d'utilisations concurrentes.

Efficacité technique. C'est le choix des ressources utilisées pour produire au moindre coût un effet, une intervention ou un service de santé.

Coût-efficacité (en matière de santé). C'est le gain net de santé ou la réduction de charge de morbidité dû à une intervention de santé par rapport à ce que coûte celle-ci. On le mesure en dollars par année de vie corrigée du facteur invalidité (voir ci-dessous).

Charge de morbidité globale (CMG). Indicateur mis au point pour ce Rapport avec le concours de l'Organisation mondiale de la santé pour exprimer la quantité de vie pleine que fait perdre la maladie; il se mesure en années de vie corrigées du facteur invalidité.

Année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI). Unité utilisée pour mesurer à la fois la charge de morbidité globale et l'efficacité des interventions de santé, telle

qu'elle est indiquée par une réduction de la charge de morbidité. C'est, pour une année donnée, la valeur actuelle de la somme des années de vie valide perdues du fait de décès prématurés ou d'une invalidité. (Pour plus de détails, voir l'Encadré 1.3 et l'Annexe B).

Etablissement de soins tertiaires. Hôpital ou autre établissement offrant un niveau spécialisé et hautement technique de soins de santé à la population d'une grande région. Il se caractérise par l'existence d'unités spécialisées de soins intensifs, de services modernes d'aide à l'établissement de diagnostics et d'un personnel très spécialisé.

Groupements de pays

Les groupements établis par la Banque mondiale à des fins opérationnelles et pour les besoins de l'analyse reposent principalement sur le produit national brut (PNB). Les économies sont réparties en trois catégories : économies à faible revenu, économies à revenu intermédiaire (subdivisées en une tranche inférieure et une tranche supérieure), et économies à revenu élevé. On utilise aussi d'autres groupements analytiques, fondés sur l'appartenance géographique, les exportations et le niveau de la dette extérieure.

Par suite des changements qui peuvent intervenir dans le PNB par habitant, la composition de chaque groupe de revenu peut changer d'une édition à l'autre. Une fois le classement effectué, toutes les données rétrospectives présentées sont fondées sur les mêmes groupes de pays. Les groupements de pays classés sur la base du revenu que l'on utilise dans le Rapport de cette année se définissent comme suit.

- Les *économies à faible revenu* sont celles dont le PNB par habitant était égal ou inférieur à 635 dollars en 1991.

- Les *économies à revenu intermédiaire* sont celles dont le PNB par habitant était compris entre 635 et 7.911 dollars en 1991. Elles se subdivisent entre une tranche inférieure et une tranche supérieure selon que leur PNB par habitant était inférieur ou supérieur à 2.555 dollars en 1991.

- Les *économies à revenu élevé* sont celles dont le PNB par habitant était égal ou supérieur à 7.911 dollars en 1991.

- *Toutes économies.* Cette catégorie regroupe toutes les économies, y compris celles sur lesquelles on ne dispose que de données fragmentaires et celles de moins de 1 million d'habitants; celles-ci ne figurent pas séparément dans les tableaux principaux : elles sont présentées dans le Tableau 1a des notes techniques se rapportant aux Indicateurs du développement dans le monde.

Régions démographiques

Pour les besoins de l'analyse démographique et épidémiologique, le Rapport de cette année (y compris ses annexes relatives aux données de santé, mais non les Indicateurs du développement dans le monde) groupe les économies en huit régions démographiques, définies comme suit :

- *Afrique subsaharienne (ASS).* Tous les pays situés au sud du Sahara, y compris Madagascar et l'Afrique du Sud mais à l'exclusion de Maurice, de la Réunion et des Seychelles, qui figurent dans le groupe « Autres pays et îles d'Asie ».

- *Inde*

- *Chine*

- *Autres pays et îles d'Asie.* Cela comprend les économies à revenu faible et intermédiaire d'Asie (sauf l'Inde et la Chine), ainsi que les îles de l'océan Indien et de l'océan Pacifique, à l'exception de Madagascar.

- *Amérique latine et Caraïbes.* Toutes les économies d'Amérique et des Caraïbes situées au sud des États-Unis, y compris Cuba.

- *Croissant moyen-oriental.* C'est l'ensemble des économies qui vont d'Afrique du Nord jusqu'aux républiques asiatiques de l'ex-Union soviétique en passant par le Moyen-Orient et dont font aussi partie Israël, Malte, le Pakistan et la Turquie.

- *Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE).* Cela comprend les républiques européennes de l'ex-Union soviétique ainsi que les anciennes économies socialistes d'Europe orientale et centrale.

- *Économies de marché bien établies (EMBE).* Tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), sauf la Turquie, ainsi qu'un certain nombre de petites économies d'Europe à revenu élevé.

Ces huit régions se répartissent en deux groupements géographiques. Le premier comprend les AESE et les EMBE, où une relative uniformité dans la distribution des âges conduit à un vieillissement de la population. Les six autres régions sont dites *en transition démographique*, en ce sens que leur répartition par âge est plus jeune mais commence à vieillir. Les économies en transition démographique correspondent, grosso modo, aux économies à faible revenu et à revenu intermédiaire. La Figure 1 du Sommaire décrit ces groupements régionaux. Le Tableau A.10 de l'Annexe A énumère toutes les économies par région démographique et donne leur population au 30 juin 1990. Les Tableaux A.3 à A.9 de l'Annexe fournissent

des données démographiques et sanitaires par économie à l'intérieur de ces régions pour celles qui ont une population supérieure à 3 millions.

Dans les Indicateurs du développement dans le monde, le groupement des économies par région diffère de celui qui est utilisé dans le corps du Rapport. La première partie du tableau « Classification des économies » qui se trouve à la fin des Indicateurs du développement dans le monde énumère les pays par revenu et classification régionale des Indicateurs.

Les économies à revenu faible et à revenu intermédiaire sont parfois appelées économies en développement; l'emploi de cette expression pour des raisons de commodité ne veut pas dire que toutes les économies de ce groupe en sont au même stade de leur développement, ni que les autres économies ont achevé leur développement ou sont parvenues à un stade plus avancé. Le classement par niveau de revenu ne reflète pas nécessairement le degré de développement. (Dans les Indicateurs du développement dans le monde, le symbole † est porté en regard du nom des économies à revenu élevé classées comme en développement par l'Organisation des Nations Unies ou considérées comme telles par leurs responsables.) L'utilisation du terme « pays » pour désigner des économies n'implique aucune prise de position de la Banque quant au statut juridique ou autre d'un territoire.

Groupements analytiques

On utilise aussi, à des fins analytiques, outre les groupements fondés sur le revenu ou la géographie, d'autres classements, qui se recoupent en partie, fondés essentiellement sur les exportations ou sur l'endettement extérieur. On énumère ci-dessous les économies de plus de 1 million d'habitants comprises dans ces groupes. Les pays sur lesquels on ne dispose que de données fragmentaires et ceux dont la population est inférieure à 1 million ne sont pas indiqués séparément; ils sont inclus dans les agrégats du groupe correspondant.

- *Les pays exportateurs de combustibles* sont ceux dont les exportations de pétrole et de gaz entraînent pour au moins 50 % de leurs exportations durant la période 1987-89. Cela comprend les pays suivants : Algérie, Angola, Arabie saoudite, Brunéi, Congo, Emirats arabes unis, Gabon, République islamique d'Iran, Iraq, Libye, Nigéria, Oman, Qatar, Trinité-et-Tobago, Turkménistan et Venezuela.

- *Les pays à revenu intermédiaire gravement endettés* (désignés dans les Indicateurs du développement dans le monde par l'abréviation « gravement endettés ») comprennent 21 pays réputés avoir beaucoup de mal à assurer le service de leur dette. Ils se définissent comme des pays dans lesquels, sur la base d'une moyenne établie pour la période 1989-91, l'un ou l'autre de deux ratios clés dépasse le seuil critique : 80 % pour le ratio valeur actuelle de la dette/PNB ou 200 % pour le ratio valeur actuelle de la dette/exportations de biens et

tous services. Ce sont les 21 pays suivants : Albanie, Algérie, Angola, Argentine, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Congo, Côte d'Ivoire, Cuba, Equateur, Iraq, Jamaïque, Jordanie, Maroc, Mexique, Mongolie, Panama, Pérou, Pologne et République arabe syrienne.

- Dans les Indicateurs du développement dans le monde, les *membres de l'OCDE*, sous-groupe de la catégorie « économies à revenu élevé », comprennent les membres de l'OCDE sauf la Grèce, le Portugal et la Turquie, qui sont classés parmi les économies à revenu intermédiaire. Dans le corps du Rapport, l'expression « pays de l'OCDE » comprend, sauf indication contraire, *tous* les pays membres de l'OCDE.

Notes sur les données

- Le terme *dollar* désigne, sauf indication contraire, le dollar courant des Etats-Unis.

- Les *taux de croissance* sont basés sur des données en prix constants et, sauf indication contraire, ils ont été calculés par la méthode des moindres carrés. Pour plus amples détails, voir les notes techniques se rapportant aux Indicateurs du développement.

- Le *symbole /*, dans l'indication des périodes, par exemple dans « 1988/89 », veut dire que la période ainsi désignée peut être inférieure à deux années, mais qu'elle chevauche deux années civiles et correspond à une campagne agricole, une période d'enquête ou une année budgétaire.

- Le *symbole . .*, dans les tableaux, signifie « non connu ».

- Le *symbole —*, dans les tableaux, signifie « sans objet ». (Dans les Indicateurs du développement dans le monde, ceci est indiqué par un blanc.)

- Le *nombre 0* ou *0,0*, dans les tableaux et figures, indique une valeur nulle ou inférieure à la moitié de l'unité indiquée, sans que l'on puisse préciser davantage.

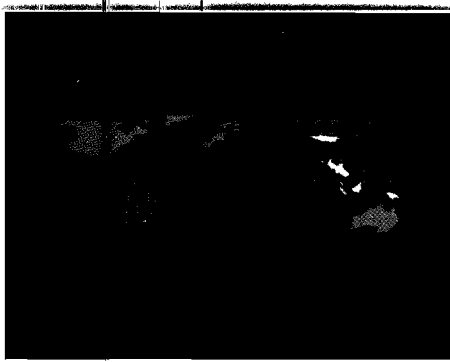
La date limite pour les données relatives aux Indicateurs du développement dans le monde est le 30 avril 1993.

Les données rétrospectives du présent Rapport peuvent différer de celles qui figuraient dans les éditions précédentes, par suite de l'adoption d'une nouvelle année de référence pour les données exprimées en prix constants ou par suite de changements intervenus dans le classement des pays par niveau de revenu ou de la composition des groupements analytiques.

Les termes économiques et démographiques sont définis dans les notes techniques relatives aux Indicateurs du développement dans le monde.

Sigles et abréviations

AVCI	Année de vie corrigée du facteur invalidité
BCG	Vaccin bilité de Calmette et Guérin (contre la tuberculose)
CMG	Charge de morbidité globale
DCT	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
FNUP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
HMO	Organisation de soins de santé intégrés aux Etats-Unis
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEV	Programme élargi de vaccination (vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose)
PEV Plus	PEV avec, en plus, vaccination contre l'hépatite B et la fièvre jaune, et, le cas échéant, apport complémentaire de vitamine A et d'iode
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus d'immunodéficience humaine



Sommaire

Les 40 dernières années ont vu l'espérance de vie s'améliorer plus qu'elle ne l'avait fait pendant toute la période précédente de l'histoire humaine. De 40 ans dans les pays en développement en 1950, elle y était passée à 63 ans en 1990. En 1950, sur 100 enfants, 28 mouraient avant leur cinquième anniversaire; en 1990, ils n'étaient plus que dix. La variole, qui tuait plus de 5 millions de personnes par an au début des années 50, a entièrement disparu. Les vaccins ont réduit de manière spectaculaire les cas de rougeole et de poliomyélite. Ce ne sont pas seulement des gains de bien-être, directs et importants, que l'on doit à ces progrès : on leur doit aussi d'avoir réduit le fardeau que représentent, pour l'économie, des travailleurs en mauvaise santé et des écoliers malades ou absents. Ces succès sont le résultat en partie de la croissance des revenus et des progrès que l'éducation a faits un peu partout dans le monde, et en partie des efforts déployés par les gouvernements pour étendre la couverture de services de santé que le progrès technologique venait, par ailleurs, enrichir.

Mais, pour remarquables que soient ces améliorations, d'énormes problèmes continuent à se poser. Dans les pays en développement, les taux de mortalité demeurent, en valeur absolue, à un niveau inacceptable. Les taux de mortalité juvénile y sont dix fois supérieurs environ à ce qu'ils sont dans les pays à économie de marché bien établie. Si les taux de mortalité des enfants de pays pauvres arrivaient à n'être plus supérieurs à ce qu'ils sont dans les pays riches, il mourrait 11 millions d'enfants de moins par an. Près de la moitié de ces décès évitables sont dus à des affections diarrhéiques et respiratoires aggravées par la malnutrition. De plus, 7 millions d'adultes meurent chaque année d'affections qui auraient pu être évitées ou guéries à peu de frais; à elle seule, la tuberculose cause 2 millions de ces décès. Environ 400.000 femmes meurent de complications de grossesse et d'accouchement. Les taux de mortalité maternelle sont, en moyenne, 30 fois plus élevés dans les pays en développement que dans les pays à revenu élevé.

Si la santé s'est améliorée jusque dans les pays les plus pauvres, le rythme en a été inégal. En 1960, au

Ghana et en Indonésie, un enfant sur cinq environ mourait avant d'atteindre l'âge de 5 ans — taux de mortalité juvénile typique d'un grand nombre de pays en développement. En 1990, ce taux avait baissé, en Indonésie, de moitié environ par rapport à 1960, mais il n'avait que légèrement baissé au Ghana. Le Tableau 1 présente, par région, les progrès réalisés dans la réduction de la mortalité entre 1975 et 1990. (La Figure 1 illustre les régions démographiques utilisées dans le Tableau 1 et en divers endroits du Rapport.)

Après les cas de mortalité prématurée, une part considérable de la charge de morbidité est à mettre sur le compte de l'invalidité, qu'elle soit le fait de la paralysie causée par la poliomyélite, de la cécité ou des souffrances qu'entraînent les psychoses graves. Pour mesurer la charge de morbidité, le présent Rapport utilise le concept d'année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI), mesure qui tient compte à la fois des années de vie pleine que fait perdre un décès prématuré et de celles qui sont perdues pour cause d'invalidité.

Les pertes d'AVCI par personne varient énormément selon les régions, variations qui tiennent principalement à des différences de mortalité prématurée; les pertes d'AVCI pour cause d'invalidité varient, elles, beaucoup moins (Figure 2). On appellera charge de morbidité globale (CMG) le total des AVCI perdues.

Le monde est confronté aujourd'hui à de nouveaux défis, et non des moindres. D'ici à l'an 2000, le tribut de plus en plus lourd payé au syndrome immunodéficient acquis (SIDA) dans les pays en développement pourrait facilement dépasser 1,8 million de décès par an, effaçant ainsi les gains de réduction de mortalité obtenus au terme de décennies de durs efforts. La résistance accrue du parasite du paludisme aux médicaments actuellement utilisés pourrait conduire, en l'espace d'une décennie, à un doublement du nombre des décès causés par cette maladie, nombre qui passerait ainsi à près de 2 millions par an. Avec les progrès rapides réalisés dans la réduction de la morbidité juvénile et des taux de fécondité, les systèmes de soins

Les six premières régions indiquées dans la légende en sont aux stades intermédiaires de la transition démographique.

Figure 1 Régions démographiques utilisées dans ce Rapport

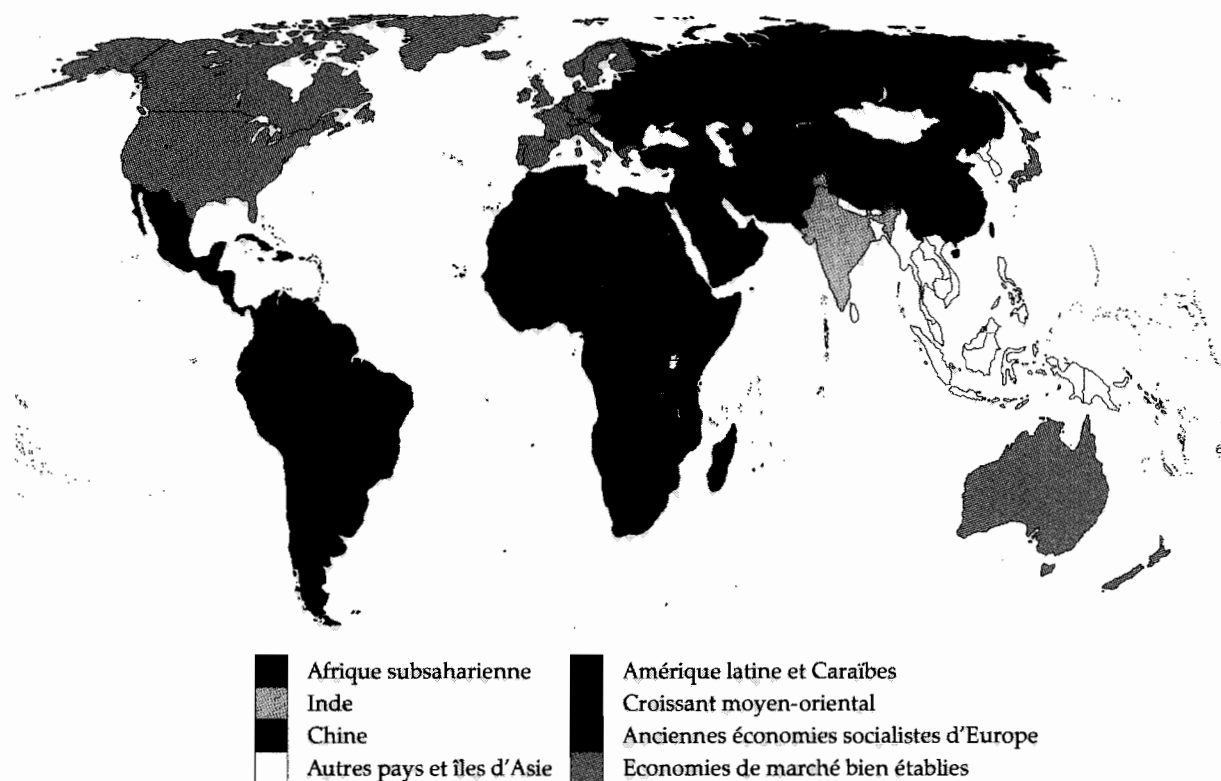


Tableau 1 Population, indicateurs économiques et progrès de santé par région démographique, 1975-90

Région	Population, 1990 (millions)	Décès, 1990 (millions)	Revenu par habitant		Taux de croissance, 1975-90 (pourcentage annuel)		Espérance de vie à la naissance (années)	
			Dollars, 1990		Mortalité juvénile		1975	1990
Afrique subsaharienne	510	7,9	510	-1,0	212	175	48	52
Inde	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
Chine	1.134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Autres pays et îles d'Asie	683	5,5	1.320	4,6	135	97	56	62
Amérique latine et Caraïbes	444	3,0	2.190	-0,1	104	60	62	70
Croissant moyen-oriental	503	4,4	1.720	-1,3	174	111	52	61
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	346	3,8	2.850	0,5	36	22	70	72
Économies de marché bien établies (EMBE)	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Groupe de pays en transition démographique ^a	4.123	39,1	900	3,0	152	106	56	63
AESE et EMBE	1.144	10,9	14.690	1,7	25	15	72	75
Toutes économies	5.267	50,0	4.000	1,2	135	96	60	65

Note : La mortalité juvénile désigne, exprimée par millier de naissances vivantes, la probabilité qu'un enfant de mourir avant son cinquième anniversaire; l'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'une personne aurait normalement à vivre au taux de mortalité par âge qui lui est applicable.

a. Les pays des régions démographiques suivantes : Afrique subsaharienne, Inde, Chine, Autres pays et îles d'Asie, Amérique latine et Caraïbes et Croissant moyen-oriental.

Source : Pour le revenu par habitant, données de la Banque mondiale; pour le reste, Annexe A.

de santé devront répondre à de nouvelles demandes à mesure que le vieillissement des populations fera passer au premier plan de coûteuses maladies non transmissibles d'adultes et de personnes âgées. Les seuls décès de maladies de coeur et de cancers dus au tabac auront probablement doublé pour atteindre 2 millions par an dans les dix premières années du prochain siècle et, si la physionomie actuelle de la consommation de tabac se maintient, les pays en développement enregistreront plus de 12 millions de décès par an dans le second quart du prochain siècle.

Les systèmes de santé et leurs problèmes

Bien que les services de santé ne constituent qu'un seul facteur dans l'explication des succès passés, l'importance de leur rôle dans le monde en développement ne fait aucun doute. Les mesures de santé publique qui ont été prises ont provoqué l'éradication

de la variole et ont été déterminantes dans la réduction des décès causés par des maladies de l'enfance contre lesquelles un vaccin peut immuniser. L'expansion et l'amélioration des soins cliniques ont sauvé de la mort des millions de personnes souffrant de maladies ou de blessures infectieuses. Mais il se pose aussi, à propos des systèmes de santé, de gros problèmes qui, s'ils ne sont pas résolus, ralentiront la marche du progrès vers la réduction de la charge de mortalité prématurée et d'invalidité et contrarieront les efforts déployés pour relever les nouveaux défis lancés contre la santé et répondre aux menaces de maladies d'apparition récente.

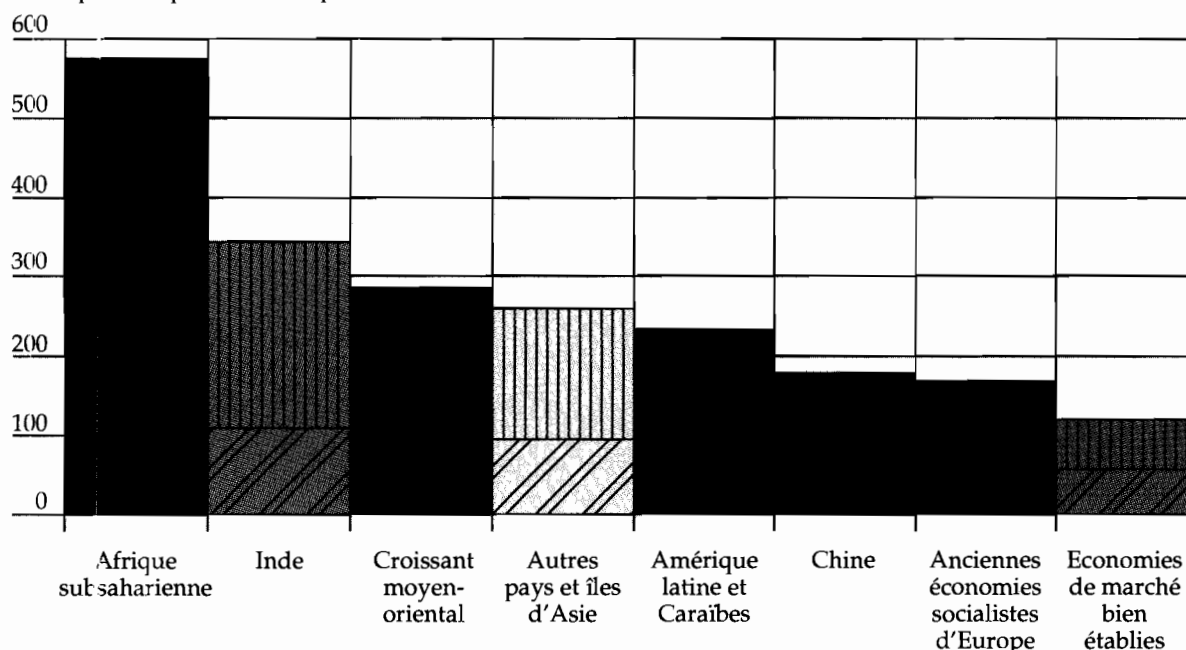
- *Mauvaise allocation des ressources.* On dépense des deniers publics en interventions de santé à faible coût-efficacité — en opérations chirurgicales pour la plupart des cancers, par exemple — alors que des interventions critiques et d'un excellent rapport coût-efficacité, comme le traitement de la tuberculose et

La charge de morbidité est la plus forte dans les pays pauvres, mais l'invalidité demeure partout un problème.

Figure 2 Charge de morbidité imputable aux décès prématurés et aux invalidités, par région démographique, 1990

▨ Décès prématuré
▧ Invalidité

AVCI perdues par millier de personnes



Source : Annexe B.

des maladies sexuellement transmissibles (MST), demeurent insuffisamment financées. Dans certains pays, un seul centre hospitalo-universitaire peut absorber jusqu'à 20 % ou davantage du budget du ministère de la santé, alors que la quasi-totalité des interventions d'un bon rapport coût-efficacité se fait parfaitement bien dans des établissements de catégorie inférieure.

- *Inéquité du système.* Les pauvres n'ont pas accès aux services de santé de base et les soins qu'ils reçoivent sont de piètre qualité. Une part disproportionnée des dépenses de santé de l'Etat va aux catégories aisées, que ce soit sous forme de soins gratuits ou à coût réduit dispensés dans des établissements de soins de santé tertiaires ultramodernes ou sous forme de subventions versées aux caisses d'assurances privées et publiques.

- *Inefficacité du système.* Une grande partie de l'argent dépensé pour la santé est de l'argent gaspillé parce qu'on achète des produits pharmaceutiques de marque au lieu de se contenter de médicaments génériques, parce que le déploiement et l'encadrement des agents de santé sont mal organisés et parce que les lits d'hôpitaux sont sous-utilisés.

- *Explosion des coûts.* Dans certains pays en développement à revenu intermédiaire, les dépenses de soins de santé augmentent beaucoup plus que les revenus. L'augmentation du nombre des généralistes et des spécialistes, l'apparition de nouvelles technologies médicales et l'expansion de l'assurance maladie liée au système du paiement à l'acte se conjuguent pour générer une demande en croissance rapide de tests, d'interventions et de traitements coûteux.

Les dépenses mondiales de santé et donc aussi les possibilités de mésentente, de gaspillage et de répartition inéquitable des ressources sont énormes. En 1990, pour l'ensemble du monde, le total des dépenses en services de santé, tant publiques que privées, s'est élevé aux alentours de 1.700 milliards de dollars, soit 8 % du produit mondial. Les pays à revenu élevé ont dépensé près de 90 % de ce montant, pour une moyenne de 1.500 dollars par personne. A eux seuls, les Etats-Unis consommaient 41 % du total mondial, soit plus de 12 % de leur produit national brut (PNB). Les pays en développement dépensaient environ 170 milliards de dollars, soit 4 % de leur PNB, pour une moyenne de 41 dollars par personne — moins de un trentième du montant dépensé par les pays riches.

Dans les *pays à faible revenu*, les hôpitaux et dispensaires publics, qui représentent la plus grande partie des soins dispensés par la médecine moderne, sont souvent inefficaces : la prise des décisions y est fortement centralisée, leurs allocations budgétaires sont sujettes à de grandes fluctuations et leurs équipes dirigeantes ainsi que leur personnel de santé manquent de motivation. Les producteurs de soins du secteur privé — principalement des organisations non gouvernementales (ONG) religieuses en Afrique

et la médecine privée ainsi que des praticiens non patentés en Asie du Sud — sont souvent d'une plus grande efficacité technique que le secteur public et assurent un service réputé de meilleure qualité, mais l'Etat ne fait rien pour les aider. Dans les pays à faible revenu, les pauvres se trouvent souvent lésés parce qu'une très forte part des dépenses publiques de santé va à des services hospitaliers très coûteux dont bénéficient de manière disproportionnée des populations urbaines mieux loties. En Indonésie, l'Etat a eu beau, dans les années 80, faire des efforts concertés pour améliorer les services de santé pour les pauvres, les subventions publiques de santé au dixième le plus riche des ménages étaient encore, en 1990, près du triple de celles qui allaient au dixième le plus pauvre.

Dans les *pays à revenu intermédiaire*, les gouvernements subventionnent fréquemment un système d'assurance qui ne protège que les relativement riches — petite minorité aisée dans le cas de l'assurance privée en Afrique du Sud et au Zimbabwe et, en Amérique latine, la catégorie plus nombreuse de la main-d'œuvre industrielle couverte par l'assurance publique obligatoire (dite assurance sociale). Le gros de la population doit le plus souvent, surtout les pauvres, payer de sa poche les soins qu'elle reçoit et s'en remettre à des services publics parfois largement inaccessibles. Au Pérou, par exemple, plus de 60 % des pauvres doivent faire plus d'une heure de route pour se rendre dans un centre de soins de santé primaires, contre moins de 3 % dans le cas des riches. Et les soins qu'ils reçoivent sont de piètre qualité : insuffisance de médicaments et d'équipements; longues attentes et consultations brèves; fréquence des erreurs de diagnostic et des traitements contre-indiqués.

Dans les *anciennes économies socialistes*, où il est de tradition que l'Etat finance et dispense les soins de santé, ceux-ci sont gratuits en principe et la population est largement protégée. Il en est résulté — mais en apparence seulement — une plus grande équité. En réalité, les gens de condition plus aisée paient discrètement de leur poche pour être mieux soignés : environ 25 % des coûts de santé en Roumanie et 20 % en Hongrie, par exemple, représentent des dessous-de-table versés en échange de produits pharmaceutiques et des gratifications glissées à des personnels de santé. L'inefficacité est également répandue du fait que ce système est fortement centralisé, bureaucratique et fermé à ce que peut souhaiter la population. Les gouvernements ont mis du temps à assurer la sécurité des travailleurs et à protéger l'environnement et ils ont négligé de lancer des campagnes efficaces contre des comportements personnels malsains — notamment contre la consommation d'alcool et de cigarettes. Ces dernières années, le passage progressif de ces économies à l'économie de marché s'est accompagné d'une très forte chute des dépenses publiques de santé en valeur réelle. Le secteur public a souffert de graves pénuries de médicaments et d'équipement, ainsi que de compétences pour gérer

des établissements de soins en pleine transformation. Cela a eu pour conséquences une baisse de moral parmi le personnel et une dégradation de la qualité des soins.

Rôles respectifs de l'Etat et du marché dans le domaine de la santé

Trois considérations, qui plaident pour un rôle majeur de l'Etat dans le secteur de la santé, devraient guider la réforme de celui-ci.

- Beaucoup de services qui ont rapport avec la santé, comme l'information et la lutte contre les maladies contagieuses, sont des *biens publics*. Qu'une personne utilise des informations de santé ne signifie pas que d'autres en auront, de ce fait, moins : il n'est pas possible qu'une personne bénéficie des mesures de lutte contre les moustiques agents de transmission du paludisme et pas une autre personne de la même région. Parce que le marché tout seul produit trop peu de biens publics d'une importance cruciale pour la santé, il faut que l'Etat intervienne pour en accroître l'offre. D'autres services de santé ont d'importantes *externalités* : leur consommation par un individu a des incidences sur d'autres. La vaccination des enfants ralentit la transmission de la rougeole et d'autres maladies, générant ainsi une externalité positive. Les pollueurs et ceux qui conduisent en état d'ivresse créent des externalités négatives. Les gouvernements doivent encourager les comportements générateurs d'externalités positives et décourager les autres.

- Dispenser aux pauvres des soins de santé d'un bon rapport coût-efficacité est un moyen de *lutte contre la pauvreté* efficace et socialement acceptable. La plupart des pays considèrent l'accès à des soins de santé de base comme un droit de l'homme, ce qui rejoint l'objectif de « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » de la conférence organisée à Alma-Ata, en 1978, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), conférence d'où est issu le mouvement des soins de santé primaires. Le marché privé ne donne pas aux pauvres suffisamment accès aux services cliniques de première nécessité ou à l'assurance qui est souvent nécessaire pour payer ce genre de services. Leur financement par l'Etat se justifie donc au nom de la lutte contre la pauvreté. Ce financement peut prendre plusieurs formes : celle de subventions versées à des producteurs privés et à des ONG qui servent les pauvres; celle de bons que les pauvres peuvent remettre au praticien de leur choix; celle, enfin, de la prestation, gratuite ou à coût réduit, de services publics aux pauvres.

- L'Etat pourra devoir intervenir pour remédier aux problèmes générés par l'*incertitude* et la *défaillance du marché de l'assurance*. Les grandes incertitudes qui entourent la probabilité de la maladie et l'efficacité des soins sont à l'origine de l'importance de la demande d'assurance ainsi que des défauts observables dans le fonctionnement du marché de l'assurance

privée. L'une des raisons qui font que le marché de l'assurance privée peut ne pas fonctionner de manière satisfaisante est que les variations du risque de santé tendent à inciter les compagnies d'assurances à refuser d'assurer ceux-là mêmes qui ont le plus grand besoin d'assurance maladie — ceux qui sont déjà malades ou qui risquent fort de l'être. Une autre relève de l'« aléa de moralité » : un assuré est moins porté à se montrer prudent face au risque et à la dépense et médecins et hôpitaux peuvent se sentir incités, puisque la possibilité leur en est offerte, à donner aux patients plus de soins que leur état ne le justifie. Une troisième raison tient à l'asymétrie de l'information entre prestataire de soins et patient touchant le résultat de l'intervention; le prestataire conseille le patient sur le choix du traitement et, lorsqu'il n'est pas désintéressé, ce conseil peut conduire à un excès de traitement. Il résulte de ces deux dernières observations que, lorsque le marché de l'assurance privée n'est pas réglementé, les coûts s'envolent sans que la santé du patient y gagne beaucoup. Les gouvernements ont donc un important rôle à jouer à cet égard, soit en réglementant le marché privé de l'assurance maladie, soit en pourvoyant à la mise en place de formules alternatives, comme l'assurance sociale, afin de réaliser une protection aussi large que possible de la population et d'empêcher les coûts de monter indûment.

Si les pouvoirs publics interviennent, il faut qu'ils le fassent intelligemment sous peine d'exacerber les problèmes mêmes qu'il s'agit de résoudre. Lorsqu'ils interviennent directement dans le secteur de la santé — par la mise en oeuvre de programmes de santé publique ou le financement de services cliniques de première nécessité pour les pauvres — cela oblige à de difficiles décisions touchant l'allocation des ressources publiques. Pour un total donné de dépenses, le contribuable et, dans certains pays, les bailleurs de fonds veulent voir que l'argent dépensé procure le gain maximum de santé. Un bon moyen de mesurer ce que l'on obtient pour l'argent dépensé en services de santé est de considérer le rapport coût-efficacité de plusieurs interventions et actes médicaux — c'est-à-dire le ratio gains de santé/dollars dépensés (AVCI gagnées).

C'est seulement récemment que l'on a commencé à appliquer à la santé l'analyse coût-efficacité. Cela s'explique en partie par la difficulté de l'opération. On est souvent mal renseigné sur ce que coûtent les interventions de santé. Ces coûts varient selon les pays et l'expansion d'un service peut les faire monter ou chuter brutalement. Certains groupes d'interventions sont réalisés conjointement, et leurs coûts sont partagés. Néanmoins, l'analyse coût-efficacité a déjà fait la preuve de son utilité comme instrument de choix entre diverses interventions de santé possibles ainsi que d'approche de problèmes particuliers de santé, comme la propagation du SIDA.

Il ne suffit pas qu'une intervention soit d'un bon rapport coût-efficacité pour qu'il soit justifié d'y

affecter des fonds publics. Les ménages peuvent acheter de la santé avec leur propre argent et, quand ils sont bien informés, ils le font mieux que l'Etat ne peut le faire pour eux. Mais les ménages, eux aussi, veulent en avoir pour leur argent et, en leur communiquant les informations dont ils disposent sur le rapport coût-efficacité de ce qui les intéresse, les gouvernements peuvent souvent aider le consommateur, le producteur et l'assureur à prendre leurs décisions en meilleure connaissance de cause.

Politiques à suivre pour atteindre l'objectif de santé pour tous

Le présent Rapport considère principalement la relation entre diverses politiques possibles, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, et le résultat de cette politique du point de vue de la santé, et en particulier pour les pauvres. L'Encadré 1 résume le triple message qui est adressé aux pouvoirs publics et note qu'il est important de continuer à investir dans le progrès scientifique.

- Comme croissance économique globale — et en particulier une croissance de nature à faire reculer la pauvreté — et éducation sont deux facteurs déterminants pour l'état de santé des populations, il faut une bonne politique macroéconomique qui fasse une grande place à la lutte contre la pauvreté. Il faut aussi développer l'éducation de base, et surtout celle des filles, parce que la manière dont les ménages, et en particulier les mères, utilisent l'information et leurs moyens financiers pour choisir leur style de vie — alimentation, nombre d'enfants, soins de santé, etc. — influe énormément sur la santé des membres du ménage.

- Les gouvernements des pays en développement devraient dépenser beaucoup moins — environ 50 % de moins en moyenne — pour des interventions d'un moins bon rapport coût-efficacité et, au contraire, doubler ou tripler ce qu'ils dépensent en programmes de santé publique de base, comme les vaccinations et la prévention du SIDA, et en services cliniques de première nécessité. Un ensemble minimum de services cliniques de première nécessité comprendrait soins aux enfants malades, planning familial, soins prénatals et d'accouchement, ainsi que traitement de la tuberculose et des MST. Les pays à faible revenu devraient réaménager et accroître leurs dépenses publiques de santé (et celle de bailleurs de fonds ainsi que la part payée par les patients devront elles aussi augmenter) pour financer les programmes de santé publique et l'ensemble minimum de services cliniques essentiels à offrir à leurs populations; un moindre réaménagement serait nécessaire dans les pays à revenu intermédiaire. Soins tertiaires et services d'un moindre rapport coût-efficacité ne disparaîtraient pas pour autant, mais, si ces subventions profitent principalement aux riches, il faudrait, durant une période de transition, y mettre progressivement fin.

- Parce que la qualité peut y gagner et que cela peut faire baisser les coûts, les gouvernements devraient favoriser la concurrence et la diversité dans la production de services et de facteurs de santé, notamment de médicaments, de fournitures et d'équipement. Ceci pourrait comprendre, quand ce sera possible, des services de soins de santé financés par l'Etat ou par l'assurance sociale. On peut beaucoup faire aussi pour améliorer la qualité et l'efficacité des services publics de santé par une action combinée qui consisterait à décentraliser, à stimuler le zèle des chefs de service et des cliniciens par des incitations, à assurer la formation correspondante et à mettre en place des systèmes de gestion. La mise en concurrence du secteur public et du secteur privé pourra y contribuer. Il faudra aussi une forte action réglementaire des gouvernements, notamment en ce qui concerne les services de santé dispensés par le secteur privé afin d'en assurer la sécurité et la qualité et en ce qui concerne aussi le marché de l'assurance privée pour favoriser l'accès de tous à sa protection et décourager des pratiques — comme celles du paiement à l'acte remboursé par un assureur en « tiers payant » — qui conduisent à une utilisation excessive des services et à une escalade des coûts.

Améliorer l'environnement économique

Les progrès réalisés en matière de revenu et d'éducation ont, presque partout, permis aux ménages d'améliorer leur état de santé. Dans les années 80, même dans des pays où la moyenne des revenus a baissé, les taux de mortalité des moins de 5 ans ont diminué de près de 30 %. Mais la baisse de mortalité juvénile a été plus de deux fois plus forte dans les pays où la moyenne des revenus avait augmenté de plus de 1 % par an. On voit donc que la poursuite de politiques économiques de nature à générer une croissance soutenue est l'une des mesures les plus importantes que les gouvernements puissent prendre pour améliorer l'état de santé de leurs populations.

Il n'y a pas de politique économique plus efficace pour l'amélioration de la santé que d'élever le revenu des pauvres, car ceux-ci seraient très probablement portés à consacrer leur surcroît de revenu à des dépenses de nature à améliorer leur état de santé : en mangeant mieux, en consommant une eau salubre et en améliorant leur hygiène et leur logement. Et c'est chez les pauvres qu'il y a le plus à faire en matière de santé, comme le montre la Figure 3 pour Porto Alegre, au Brésil. C'est pourquoi une politique de promotion simultanée d'équité et de croissance fera davantage pour la santé que celle qui viserait uniquement la croissance.

Beaucoup de pays ont, dans les années 80, entrepris des programmes de stabilisation macroéconomique et d'ajustement conçus pour remédier à leurs graves déséquilibres économiques et pour les mettre sur la

Encadré 1 Investir dans la santé : les messages clés du Rapport

Le présent Rapport propose une stratégie à trois angles d'attaque pour améliorer la santé des populations.

Mettre les ménages à même d'améliorer la santé de leurs membres

Les décisions que prennent les ménages sont déterminantes pour la santé, mais elles sont fonction du revenu et du niveau d'instruction de leurs membres. Outre la croissance économique globale qu'il leur appartient de promouvoir, les gouvernements peuvent contribuer à améliorer la qualité de ces décisions. Ils devront pour cela :

- Poursuivre une politique de croissance économique (associée, au besoin, de mesures d'ajustement destinées à préserver les dépenses de santé d'un bon rapport coût-efficacité) dont les pauvres pourront bénéficier.
- Investir davantage dans la scolarisation, en particulier ce le des filles.
- Promouvoir les droits et la condition de la femme par son émancipation politique et économique ainsi que par sa protection juridique contre les violences.

Améliorer les dépenses publiques de santé

Le problème, pour la plupart des gouvernements, sera de s'employer à suppléer aux défaillances du marché et à financer de manière efficace des services dont bénéficieront en particulier les pauvres. Plusieurs directions s'offrent à cet égard à leur action :

- Réduire les dépenses publiques en équipements de type tertiaire, en formation de spécialistes et en interventions coûteuses pour le gain de santé qui en résulte.
- Financer et mettre en place un ensemble d'interventions de santé publique pour faire face aux substantielles externalités inhérentes à la lutte contre les maladies infectieuses, à la prévention du SIDA, à la pollution de l'environnement et aux comportements qui, comme la conduite en état d'ivresse, mettent en danger la vie des autres.
- Financer et faire dispenser un ensemble de services cliniques de première nécessité. La portée et la composition de cet ensemble ne pourront être définies que par chaque pays en fonction des conditions épidémiologiques, des préférences locales et du revenu. Dans la plupart des pays, le financement par l'Etat, ou par l'entremise de l'Etat, de l'ensemble de services cliniques de première nécessité donnerait aux gouvernements un moyen politiquement acceptable d'améliorer le bien-être des pauvres et de les doter d'un actif productif : une bonne santé.

- Améliorer la gestion des services de santé du secteur public (par la décentralisation, la sous-traitance de services spécialisés et l'autonomie budgétaire, par exemple).

Promouvoir la diversité et la concurrence

L'Etat finançant la santé publique ainsi qu'un ensemble de services cliniques de première nécessité que chaque pays définirait pour lui-même, le financement des autres services cliniques serait laissé à la charge des particuliers ou de l'assurance sociale dans le cadre d'un dispositif mis en place par les pouvoirs publics. Ceux-ci peuvent encourager la diversité et la concurrence dans la fourniture de services de santé et dans le secteur de l'assurance en prenant des mesures de nature à :

- encourager la prise en charge, par l'assurance sociale ou privée (avec incitations d'ordre réglementaire à l'équité d'accès et à la maîtrise des coûts), des services cliniques autres que ceux de l'ensemble de services essentiels;
- encourager les producteurs de soins (du secteur public comme du secteur privé) à se faire concurrence à la fois pour la prestation des services cliniques et pour la fourniture de facteurs de santé, comme les médicaments, à des services de santé financés aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Les producteurs nationaux ne devraient pas être protégés de la concurrence internationale;
- générer et diffuser des informations sur le comportement des producteurs de soins, sur les équipements et médicaments de première nécessité, sur le coût et l'efficacité des interventions, ainsi que sur la situation des divers établissements et producteurs de soins au regard de la procédure d'agrément.

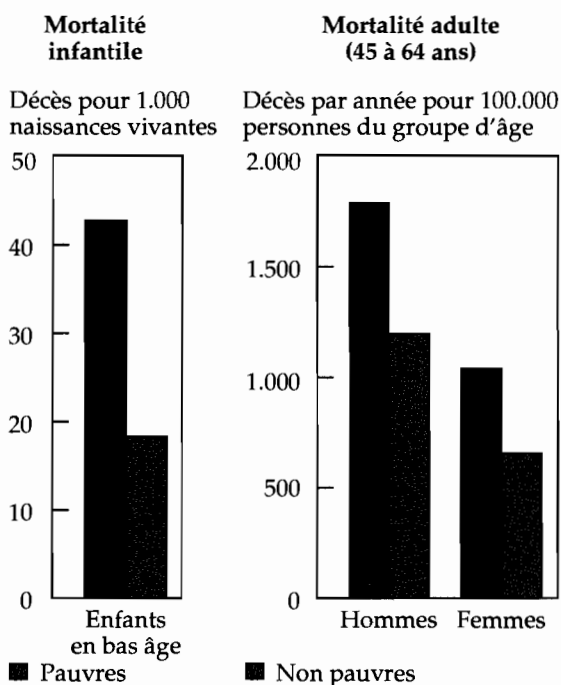
Les progrès de la connaissance scientifique ont été pour beaucoup dans l'amélioration spectaculaire de l'état de santé des populations dont notre siècle a été le témoin en générant l'information sur quoi se fondent les décisions des ménages et des pouvoirs publics et en étayant le développement des techniques de prévention, de soins et de diagnostic. Les investissements qui continueront à être faits à cette fin amplifieront l'efficacité de chacun des éléments de l'approche à trois angles d'attaque préconisée dans le présent Rapport. Parce que les fruits de la science profitent à tous les pays, c'est par la collaboration internationale dans l'effort, dont il ne manque pas d'excellents exemples, qu'il conviendra souvent de procéder.

voie d'une croissance durable. Pareil ajustement est, de toute évidence, nécessaire si l'on veut que l'état de santé de la population s'améliore à long terme. Mais, durant la période de transition, et surtout lorsque les premiers programmes d'ajustement ont été lancés, la récession et les coupes qu'il a fallu faire dans les dépenses publiques ont ralenti le rythme des améliorations de santé. Toutefois, cet effet a été moins

dre qu'on ne l'avait d'abord craint — ce qui tient en partie aux effets durables de dépenses faites précédemment pour améliorer la santé et l'éducation. Forts de cette expérience, la plupart des pays s'efforcent aujourd'hui, dans leurs programmes d'ajustement, de rationaliser l'ensemble des dépenses de l'Etat, tout en continuant à faire, pour la santé et l'éducation, des dépenses d'un bon rapport coût-efficacité. Malgré ces

Les pauvres souffrent de taux de mortalité plus élevés à tous les âges que les riches.

Figure 3 Mortalité infantile et adulte dans les quartiers pauvres et non pauvres de Porto Alegre, Brésil, 1980



Note : La notion de quartier pauvre a été définie sur la base de critères précis. Ce sont essentiellement des colonies de squatters, c'est-à-dire des quartiers où logements et infrastructure sont inférieurs à la norme.

Source : Barcellos et al., 1986.

améliorations, il reste encore beaucoup à apprendre sur la manière de procéder pour mieux arriver à mener à bien les programmes de stabilisation et d'ajustement tout en protégeant les pauvres.

Une politique de promotion de la santé appelle aussi un plus gros effort de scolarisation. L'instruction conduit davantage les individus à s'informer sur la santé et à utiliser cette information plus efficacement que ceux qui n'en ont aucune, ou qui n'en ont guère. Ceci veut dire qu'une rapide expansion de l'instruction — ce qui pourrait se faire, en partie, en élevant la barre du minimum de scolarité (six années pleines, par exemple) exigé de tous — représente un moyen relativement peu coûteux d'améliorer la santé. L'éducation des filles et des femmes est particulièrement bénéfique à la santé des ménages, parce que ce sont surtout les femmes qui achètent et préparent la nourriture, font le ménage, prennent soin des enfants

et des personnes âgées, et engagent les premiers contacts avec le monde de la santé. Au-delà, une politique gouvernementale d'affirmation des droits des femmes, y compris de leurs droits économiques, peut aussi contribuer au bien-être général et à l'amélioration de la santé des ménages.

Investir dans la santé publique et les services cliniques essentiels

Le gain de santé par dollar dépensé varie énormément selon le type d'interventions actuellement financées par les Etats. Une redistribution des ressources aux dépens des interventions qui coûtent cher par AVCI gagnée en faveur de celles qui coûtent peu pourrait réduire de manière spectaculaire la charge de morbidité sans augmentation des dépenses. Ce financement d'un ensemble donné de mesures de santé publique et d'interventions cliniques essentielles représente une première priorité pour l'Etat; cela fait, certains gouvernements pourront vouloir donner un sens plus large à la notion de minimum national.

Santé publique

L'action de l'Etat dans de nombreux domaines de la santé publique a déjà généré d'importants dividendes. Les vaccinations sauvent actuellement quelque 3 millions de vies par an. La mise en vente de préservatifs à des prix subventionnés dans le but de prévenir la transmission du VIH a donné de très bons résultats en Ouganda, au Zaïre et ailleurs. La diffusion d'informations sur les dangers du tabac et la taxation de celui-ci et de l'alcool sont en train de modifier les comportements dans certains pays — encore qu'il s'agisse le plus souvent, jusqu'ici, de pays riches.

Il faudrait que les gouvernements prolongent ces efforts et aillent de l'avant en prenant d'autres initiatives de santé publique également prometteuses. Plusieurs s'imposent à l'attention en raison de leur excellent rapport coût-efficacité : une AVCI peut se gagner pour un coût remarquablement bas, coût qui, parfois, n'atteint pas 25 dollars et qui se situera souvent entre 50 et 150 dollars. Entrent dans cette catégorie les activités suivantes :

- Vaccinations
- Administration de soins de santé à l'école
- Information et choix de services de planification familiale et de nutrition
- Mise en place de programmes pour réduire la consommation de tabac et d'alcool
- Action réglementaire, diffusion d'informations et réalisation de quelques investissements publics pour améliorer le cadre de vie
- Prévention du SIDA.

Il faudrait que les gouvernements fassent beaucoup plus d'efforts pour assurer l'expansion du Programme élargi de vaccination (PEV), qui protège

actuellement contre six maladies graves près de 80 % des enfants du monde en développement pour un coût d'environ 1,4 milliard de dollars par an. Une extension de la portée du PEV à 95 % de tous les enfants du monde aurait un impact significatif sur les enfants de ménages pauvres, qui constituent une part disproportionnée du nombre de ceux que le PEV n'atteint pas encore. D'autres vaccins, et en particulier ceux de l'hépatite B et de la fièvre jaune, pourraient venir s'ajouter aux six actuellement inclus dans le PEV, de même que des suppléments de vitamine A et d'iode. Dans la plupart des pays en développement, parvienne concentration d'interventions durant la première année de vie serait plus rentable qu'aucune mesure de santé actuellement possible dans le monde.

Viendrait ensuite, dans l'ordre des priorités gouvernementales, la fourniture de médicaments peu coûteux et hautement efficaces pour traiter les enfants d'âge scolaire qui souffrent de schistosomiase, de vers intestinaux et de carences en micronutriments. Pour un coût d'environ 1 à 2 dollars par enfant et par an, il serait possible de distribuer dans les écoles des médicaments et des suppléments de micronutriments qui auraient pour effet d'améliorer considérablement l'état de santé, l'assiduité aux cours et l'acquis scolaire de centaines de millions d'enfants. On pourrait en outre apprendre aux enfants — enseignement qui pourrait être donné par leurs maîtres ou par la radio — à connaître le corps humain et à éviter ce qui, comme le tabac ou les relations sexuelles sans protection, présente des risques pour leur santé.

Il faut que les gouvernements incitent les individus et les ménages à des comportements meilleurs pour la santé en faisant connaître les avantages de l'allaitement au sein et en informant sur la manière d'améliorer le régime alimentaire des enfants. La Colombie, l'Indonésie et d'autres pays encore l'ont fait avec succès. Il est important aussi d'informer sur les avantages du planning familial et sur les possibilités qui existent à cet égard. La diffusion de cette information pourra prendre des formes originales, ainsi qu'en témoignent les bons résultats obtenus, au Kenya et au Zimbabwe, grâce à l'utilisation qui y a été faite de drames radiophoniques et du théâtre populaire.

L'application de mesures tendant à limiter la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances créatrices d'accoutumance — sous la forme, par exemple, de campagnes d'information, de taxes, d'interdictions de publicité et, dans certains cas, de contrôle des importations — peut contribuer substantiellement à réduire les cas de maladies chroniques des poumons, de maladies de cœur, de cancer et de blessures. Si aucun changement n'intervient dans la consommation de tabac, le nombre de décès prématurés dus au tabac dans le monde en développement dépassera, dans 30 ans, celui que l'on prévoit pour le SIDA, la tuberculose et les complications d'accouchement combinés.

Les gouvernements doivent s'employer davantage à favoriser la création d'un environnement plus salubre, surtout pour les pauvres, plus fortement menacés dans leur santé par les conditions dans lesquelles ils vivent : peu ou pas d'assainissement, eau insuffisante et impropre à la consommation, mauvaise hygiène personnelle et alimentaire, mauvaise évacuation des ordures, pollution de l'air dans des logements trop petits et de qualité inférieure. A eux tous, ces risques entrent pour près de 30 % dans la charge de morbidité globale. Pour aider les pauvres à améliorer leur cadre de vie, les gouvernements peuvent mettre en place un appareil réglementaire et administratif de nature à inciter des producteurs performants et responsables à offrir aux ménages les services qu'ils veulent et pour lesquels ils sont disposés à payer — approvisionnement en eau, assainissement, ramassage des ordures, fourneaux à combustion améliorée et logements. Les gouvernements ont un rôle vital à jouer dans la diffusion d'informations sur l'hygiène et sa pratique. Ils peuvent aussi assurer un meilleur usage des ressources publiques en cessant de subventionner des investissements d'eau et d'assainissement, dont bénéficient les classes moyennes. L'adoption de textes législatifs et réglementaires de nature à donner aux pauvres une plus grande sécurité de jouissance de la terre qu'ils occupent encouragerait les familles à faible revenu à investir davantage dans des logements plus sûrs et plus salubres.

La lutte contre la propagation du SIDA représente un défi spécial pour lequel une action de santé publique concertée s'impose. L'épidémie est déjà devenue un problème de santé publique dont l'extrême gravité préoccupe beaucoup de pays. Bien que sa propagation par des êtres humains soit relativement récente, le VIH, le virus qui provoque le SIDA, a, jusqu'ici, causé la mort de 2 millions de personnes et infecté quelque 13 millions d'autres. Certaines parties du monde en développement sont déjà fortement infectées : en Afrique subsaharienne, un adulte sur 40 en moyenne est déjà porteur du virus, et, dans certaines villes, le taux est de un sur trois. En Thaïlande, un adulte sur 50 est infecté. Plus de 90 % des individus infectés sont âgés de 15 à 40 ans, qui sont les années économiquement les plus productives de leur vie. Ils sont condamnés à contracter le SIDA et à mourir dans les dix années à venir. Les projections concernant l'évolution future de l'épidémie sont des plus sombres : d'après les prévisions de l'OMS, qui sont prudentes, il y aura en l'an 2000 26 millions de cas d'infection par le VIH et 1,8 million de décès du SIDA par an. En détruisant le système immunitaire de l'individu, le VIH aggraverait aussi considérablement les risques de propagation d'autres maladies, et en particulier de la tuberculose. Dans les régions durement touchées, la demande de traitement du SIDA mettra à mal la capacité de traitement clinique et causera une dégradation des soins pour les autres maladies.

Ce que les gouvernements doivent faire est clair : intervenir promptement s'ils ne veulent pas se trouver confrontés à une véritable épidémie. Des pays aussi divers que le Bangladesh, le Ghana et l'Indonésie ont en commun de réunir les conditions préalables à une rapide transmission du VIH — une nombreuse population de prostituées et des taux élevés de prévalence d'autres maladies sexuellement transmises, comme la syphilis, la blennorragie et la chancelle, qui facilitent la propagation du virus du SIDA. Une action énergique des pouvoirs publics s'impose pour réduire la transmission du VIH. Il est particulièrement important que des efforts soient faits en direction des groupes de population à haut risque : informer en vue de provoquer un changement dans les comportements sexuels, faire distribuer des préservatifs et traiter les autres MST. Il y a beaucoup à gagner à intervenir de bonne heure pour réduire la transmission du VIH par les individus à haut risque, mais, par la suite, le rapport coût-efficacité des interventions diminue substantiellement. Ce que l'on dépense actuellement en prévention du SIDA dans les pays en développement — moins de 200 millions de dollars par an au total — est d'une insuffisance déplorable. C'est cinq à dix fois plus qu'il faudrait dépenser pour combattre cette épidémie encore à l'état naissant.

Services cliniques de première nécessité

Les éléments d'un ensemble très économique de services cliniques de première nécessité varieront d'un pays à l'autre en fonction des besoins de santé et du niveau de revenu. Cet ensemble devra comprendre, au minimum, cinq groupes d'interventions dont chacun commande de très fortes charges de morbidité. Ces cinq groupes sont les suivants :

- Services de soins de grossesse (avant, pendant et immédiatement après l'accouchement); une action plus énergique pourrait prévenir le demi-million ou presque de décès maternels qui surviennent chaque année dans les pays en développement.
- Services de planning familial; une amélioration de l'accès à ces services pourrait maintenir en vie jusqu'à 850.000 enfants de plus chaque année et éliminer jusqu'à 100.000 décès maternels qui surviennent chaque année.
- Lutte contre la tuberculose, principalement par thérapie médicamenteuse, pour combattre une maladie qui tue plus de 2 millions de personnes par an, et qui en fait ainsi la principale cause de décès d'adultes.
- Lutte contre les MST, qui provoquent chaque année plus de 250 millions de nouveaux cas de maladies débilantes, et parfois mortelles.
- Soins aux jeunes enfants atteints de maladies fréquentes à leur âge — maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, rougeole, paludisme et malnutrition aiguë — dont meurent, chaque année, près de 7 millions d'enfants.

Ces interventions cliniques sont toutes d'un bon rapport coût-efficacité — ce coût étant sensiblement inférieur à 50 dollars par AVCI gagnée.

Un ensemble minimum de services cliniques essentiels comprendrait aussi une forme de traitement d'infections et de traumatismes mineurs, et, pour les problèmes de santé auxquels les ressources actuelles ne permettent pas de répondre pleinement, la fourniture de conseils et l'administration d'analgésiques. La prestation en hôpital de soins de santé d'urgence autres que les interventions mentionnées ci-dessus se fera au jour le jour, en fonction des capacités du moment ainsi que des ressources disponibles. Ces urgences comprendront, par exemple, le traitement de la plupart des fractures ainsi que les appendicectomies. En fonction des ressources dont ils disposent et de leurs valeurs sociales, certains pays pourront définir leur ensemble de services cliniques de première nécessité de manière à y faire entrer une gamme d'interventions bien plus large que le minimum envisagé ici. On pourrait y inclure, pour le traitement de certaines affections courantes non transmissibles, sans que cela entraîne une forte augmentation des dépenses, des mesures relativement peu coûteuses pour l'effet qu'elles auraient. On pourrait ainsi envisager des protocoles de traitement des maladies du cœur par aspirine et médicaments antihypertensifs; le traitement du cancer du col de l'utérus; le traitement de certaines psychoses à l'aide de médicaments; et des opérations de la cataracte.

Beaucoup de services de santé ont un niveau de rentabilité tellement bas que les gouvernements devront envisager de ne pas les inclure dans l'ensemble de services cliniques essentiels. Dans les pays à faible revenu, ce pourrait être le cas de la cardiologie; du traitement (autre qu'analgésique) des cancers du poumon, du foie et de l'estomac, pour lesquels le taux de mortalité est élevé; des coûteuses thérapies médicamenteuses pour porteurs du VIH; et des soins intensifs aux bébés nés très prématurément. Il est difficile de justifier d'utiliser des crédits de l'Etat pour ces thérapies, alors qu'on en manque pour des services d'un bien meilleur rapport coût-efficacité dont les principaux bénéficiaires sont les pauvres.

Largement adopté, l'ensemble minimum de services cliniques aurait un impact des plus positifs sur la santé dans les pays en développement. Si l'on pouvait l'appliquer à 80 % de la population, cela permettrait de réduire de 24 % dans les pays à faible revenu, et de 11 % dans les pays à revenu intermédiaire, la charge actuelle de morbidité (Tableau 2). L'impact estimatif qu'aurait l'application du minimum de services cliniques est plus du double de ce que serait celui des actions de santé publique évoquées plus haut; une combinaison de ces deux programmes aurait pour effet de réduire la morbidité de 32 % dans les pays à faible revenu et de 15 % dans les pays à revenu intermédiaire, ce qui équivaldrait, calculé en nombre

Tableau 2 Coûts et gains de santé à attendre de l'ensemble minimum d'actions de santé publique et de services cliniques essentiels, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 1990

Catégorie de pays	Coût (dollars par habitant et par année)	Coût en pourcentage du revenu par habitant	Réduction approximative de la charge de morbidité (%)
<i>Pays à faible revenu</i> (revenu par habitant = \$ 350)			
Santé publique	4,2	1,2	8
Services cliniques essentiels ^a	7,8	2,2	24
Total	12,0	3,4	32
<i>Pays à revenu intermédiaire</i> (revenu par habitant = \$ 2.500)			
Santé publique	6,8	0,3	4
Services cliniques essentiels ^a	14,7	0,6	11
Total	21,5	0,9	15

a. Les coûts et avantages estimatifs correspondent à un ensemble *minimum* de services cliniques essentiels, tel qu'il a été défini dans le texte. Beaucoup de pays voudront peut-être, s'ils en ont les ressources, définir plus largement leur ensemble de services cliniques essentiels.

Source : Calculs de la Banque mondiale.

d'AVCI gagnées, à maintenir en vie 9 millions de nouveau-nés de plus chaque année.

Financement de l'opération

Tout ce qu'il faut, pour dispenser l'ensemble minimum de services cliniques, c'est un hôpital de district, ce qui permet de maintenir à des niveaux de coûts modestes les versions minimales de l'ensemble de services cliniques essentiels. Le coût annuel par personne serait d'environ 8 dollars dans les pays à faible revenu et de 15 dollars dans les pays à revenu intermédiaire. Cette différence de coût tient à des différences de structures démographiques, de conditions épidémiologiques et de coûts de main-d'œuvre entre les deux catégories de pays. Si l'on y ajoute le coût des interventions de santé publique décrites ci-dessus, cela représente au total 12 dollars par personne dans les pays à faible revenu et 22 dollars dans les pays à revenu intermédiaire.

L'adoption de ce paquet de mesures dans tous les pays en développement exigerait un quadruplement des dépenses de santé publique, qui passeraient ainsi de 5 à 20 milliards de dollars par an, et un doublement des dépenses de services cliniques de première nécessité, qui, d'une vingtaine de milliards de dollars, passeraient à 40 milliards. Dans les pays les plus pauvres, l'Etat dépense en général pour la santé dans les 6 dollars par personne et le total des dépenses de santé s'élève à environ 14 dollars par personne. Dans ces pays, le financement d'un ensemble de services cliniques de première nécessité obligera à augmenter simultanément les dépenses des gouvernements, des organismes donateurs et des patients et à réorienter les dépenses actuelles de l'Etat pour la santé. Dans les pays à revenu intermédiaire, où les dépenses publiques de santé sont en moyenne de 62 dollars par personne, les 22 dollars de l'ensemble minimum de services cliniques représentent un coût

financièrement supportable à condition que la volonté politique existe de transférer en faveur de programmes de santé publique et de soins cliniques de première nécessité des ressources jusqu'ici affectées à des services discrétionnaires d'un faible rapport coût-efficacité. Cela ne pourra pas se faire du jour au lendemain, mais il est important d'engager ces actions et de les mener à bien aussi rapidement que possible avant que groupes d'intérêts et inertie bureaucratique aient eu le temps de miner l'élan réformateur.

Une question critique se pose à propos de la mise en place d'un ensemble de services cliniques de première nécessité : quelle doit être la part de l'Etat dans son financement? Celui-ci doit-il payer pour tout le monde, ou seulement pour les pauvres? Le gros problème que présente la prise en charge totale du financement par l'Etat est que cela revient à subventionner les riches, qui ont les moyens de payer le coût des services qu'ils reçoivent, et que cela laisse d'autant moins de ressources publiques à investir pour les pauvres. Une politique qui oblige ceux qui en ont les moyens à supporter la totalité ou une partie du coût des services qu'ils reçoivent se justifie pour des raisons d'équité, mais elle n'est pas sans inconvénients. Souvent, le coût administratif du ciblage est élevé et l'exclusion des riches et des catégories à revenu intermédiaire risque d'entraîner une érosion du soutien politique en faveur du programme, ainsi qu'une baisse dans le financement et une dégradation de la qualité des soins. De plus, des problèmes d'escalade des coûts et d'accès à l'assurance dans le cas des groupes à haut risque peuvent compliquer les choses en cas de financement privé. C'est pour ces raisons que, dans la plupart des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les gouvernements financent (ou font financer), pour la quasi-totalité de la population, des ensembles de soins et services essentiels largement définis.

Dans les pays à faible revenu, où les dépenses publiques de santé sont actuellement inférieures au coût d'un ensemble de services de première nécessité, une certaine forme de ciblage est inévitable. Si les riches choisissent déjà de ne pas faire appel aux services du secteur public parce qu'ils préfèrent, pour leur qualité et leur commodité, ceux du secteur privé, le ciblage est assez facile. La formule du « financement communautaire », selon laquelle centres de santé et pharmacies de la communauté font payer un montant modique à ceux qui font appel à leurs services, peut, elle aussi, contribuer à la fois à améliorer la qualité des soins et, lorsque les honoraires sont perçus et gérés localement, à assurer le financement des services. Ce type de financement a été pratiqué avec un certain succès par un grand nombre de pays d'Afrique dans le cadre d'une initiative de l'UNICEF et de l'OMS, dite « Initiative de Bamako ». Néanmoins, l'expérience, jusqu'ici, tend à montrer que l'introduction du paiement des actes à des niveaux qui ne découragent pas les pauvres sera probablement plus utile comme moyen de réaliser des gains d'efficacité technique (par exemple, en facilitant l'offre de médicaments) que pour mobiliser de substantielles recettes sur une base nationale.

Réformer les systèmes de santé : promouvoir la diversité et la concurrence

Un gros effort de réforme des systèmes de santé ainsi que de redistribution des dépenses publiques sera nécessaire si l'on veut assurer des services de santé publique de base ainsi que des services cliniques de première nécessité, tandis que le reste du système de santé ira vers l'autofinancement. C'est seulement en cessant, partiellement ou totalement, de financer des services cliniques discrétionnaires que les gouvernements pourront concentrer leurs moyens d'action sur la mise en place de services de soins cliniques d'un bon rapport coût-efficacité pour les pauvres. Cela pourra se faire, par exemple, en faisant payer les patients de condition aisée qui se font soigner dans des hôpitaux ou des services publics. Au Chili, au Kenya, au Lesotho et dans d'autres pays encore, on fait payer une redevance plus élevée aux riches et à ceux qui sont couverts par une assurance et on y a entrepris le renforcement juridique et administratif des systèmes de facturation des patients et de recouvrement des recettes.

La promotion d'un type d'assurance autofinancé, qui présenterait l'avantage de ne plus faire bénéficier d'importantes et inéquitables subventions des catégories de personnes relativement aisées qui sont couvertes par une assurance, contribuerait aussi à libérer des fonds publics avec lesquels pourraient être financés des programmes de santé publique et de soins cliniques de première nécessité. En Afrique du Sud, les abattements fiscaux que l'Etat consent au titre des contributions à des assurances privées représentent

près du cinquième de toutes ses dépenses de santé. L'Amérique latine subventionne beaucoup l'assurance sociale, soit sous forme d'abattements fiscaux, de transferts directs aux caisses de sécurité sociale en déficit d'exploitation, ou de participation de l'Etat aux contributions salariales des employés. Lorsque ce sont uniquement les couches aisées de la société qui en profitent, ces subventions doivent être réduites.

Réformer conduira à cesser d'affecter de nouveaux crédits de santé aux personnels, matériels et équipements spécialisés du sommet de la pyramide sanitaire pour en faire bénéficier, au contraire, l'ensemble de services largement accessibles dispensés dans des services et centres de santé communautaires qui en constituent la base. Très peu d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité nécessitent des hôpitaux ultra-modernes et des médecins spécialisés — tout ce qui figure dans l'ensemble minimum de services cliniques de première nécessité envisagé dans le présent Rapport peut être dispensé par des centres de santé et des hôpitaux de district. Et pourtant, ce type d'équipement spécialisé absorbe partout une grande quantité de ressources publiques, et c'est un problème que sont souvent venus exacerber les investissements des bailleurs de fonds en établissements de soins tertiaires. Dans les années 80, pour remédier à une surconcentration de ressources sur des équipements relativement spécialisés, la Papouasie-Nouvelle-Guinée a décidé de limiter les dépenses hospitalières de l'Etat à 40 % du budget de fonctionnement du Ministère de la santé, ce qui est nettement au-dessous du pourcentage qu'elles représentent dans la plupart des pays en développement.

Il faut que les gouvernements s'emploient plus résolument à mettre en oeuvre de bonnes politiques de financement de la formation (y compris les mécanismes du service national) afin de contribuer à répondre aux besoins du pays en prestataires de soins primaires, et en particulier de personnel infirmier et de sages-femmes, ainsi qu'en personnel de santé publique, de politique de santé et de gestion. Ils devraient, parallèlement, moins subventionner, ou cesser complètement de subventionner, la formation de spécialistes. Et un soutien accru de leur part aux systèmes d'information et à la recherche opérationnelle sur la santé aiderait à déterminer l'orientation à donner à la politique de santé de l'Etat. Une évaluation de la charge nationale de morbidité, par exemple, conçue sur le modèle de la charge de morbidité globale, dont on utilise le concept dans le présent Rapport, ainsi qu'une information locale sur le coût et l'efficacité relatifs de différentes interventions permettraient aux gouvernements de déterminer leurs priorités de santé.

Des mesures décisives sont à prendre dans tous les pays en développement pour remédier à l'inefficacité partout présente dans les programmes et établissements de soins de santé cliniques, et surtout dans les services publics. Faute de médicaments, de moyens

de transport et d'entretien, dispensaires et programmes de vulgarisation fonctionnent mal. Les hôpitaux gardent les malades plus longtemps qu'il ne faudrait et leur organisation ainsi que leur gestion laissent beaucoup à désirer. Les pays paient trop cher des médicaments de faible efficacité et il se produit des vols ou des gaspillages de médicaments et de fournitures médicales dans les magasins et hôpitaux d'Etat.

Dans le court terme, c'est la pharmacie qui offre les plus grandes possibilités de gains d'efficacité. Les gouvernements qui ont introduit la concurrence dans la passation des marchés de médicaments ont généralement réalisé des économies de 40 à 60 %. On peut aussi établir, pour les problèmes de santé majeurs de la population, des listes nationales de médicaments de première nécessité peu coûteux. Beaucoup de pays l'ont fait, mais tous ne s'en servent pas pour guider le choix et l'achat de médicaments pour le secteur public. On peut aussi réaliser des gains d'efficacité en adoptant de nouveaux protocoles de traitement et en utilisant différemment les équipements. De même, la chirurgie ambulatoire peut remplacer certaines interventions qui se font habituellement en hôpital, ce qui entraînerait des économies considérables.

Dans le long terme, la décentralisation pourra être génératrice d'efficacité lorsqu'aux échelons inférieurs du système national de santé les capacités et le sens des responsabilités seront ce qu'ils doivent être. Quelques pays, comme le Botswana et le Ghana, ont délégué tout un ensemble de fonctions de gestion à des offices régionaux et de district du Ministère de la santé, et d'autres, comme le Chili et la Pologne, ont transféré pouvoirs de décision et ressources aux collectivités locales. Leur expérience prouve que le succès est possible, mais aussi qu'une décentralisation hâtive et sans préparation, parfois dictée par le seul souci de répondre à des pressions politiques, peut créer de nouveaux problèmes.

On peut encore réaliser des gains d'efficacité en laissant une plus grande place au secteur privé dans la fourniture des services cliniques, à la fois ceux qu'un pays inclut au nombre des services essentiels et ceux qui sont discrétionnaires de nature. Le secteur privé sert déjà une clientèle nombreuse et diverse dans les pays en développement et il y dispense souvent des services de meilleure qualité sans les longues files d'attente et le sous-équipement qui caractérisent souvent les centres de santé de l'Etat. Dans beaucoup de pays, médecine et pharmacie privées se heurtent à d'arbitraires barrières juridiques et administratives, et celles-ci doivent disparaître. Cela dit, il faut combattre la tendance de ceux qui font commerce des soins de santé à prescrire plus de médicaments, plus d'interventions et plus de diagnostics que cela n'est nécessaire; cela pourrait se faire, par exemple, en encourageant le secteur à but lucratif à abandonner la formule du paiement à l'acte pour adopter celle du prépaiement (formule pratiquée, par exemple, dans les organisations de soins de santé intégrés).

On pourrait aussi subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de première nécessité aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé. Au Bangladesh, au Kenya, en Thaïlande et dans d'autres pays encore, l'Etat, assisté par des bailleurs de fonds, soutient le travail des accoucheuses traditionnelles auprès des femmes enceintes pour les aider à mener à terme leur grossesse et à accoucher dans de bonnes conditions; il le fait aussi pour celui des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée et le SIDA.

L'action réglementaire est un des principaux moyens dont disposent les gouvernements pour encourager le secteur privé à se faire producteur de soins de santé. Dans la plupart des pays, il appartient aux pouvoirs publics d'assurer la qualité des soins de santé dispensés par le secteur privé — par l'homologation des hôpitaux et des laboratoires, par la délivrance d'autorisations d'exercer aux écoles de médecine et aux médecins, par la réglementation de la vente des médicaments et par le contrôle des pratiques médicales. Certains pays où la capacité de réglementation gouvernementale est particulièrement faible pourraient, tout en s'employant à renforcer cette capacité, envisager la formule de l'autoréglementation pour les producteurs de soins de santé. Le Brésil en fait actuellement l'essai pour les associations locales des hôpitaux et les organismes de déontologie médicale.

Il est également important de réglementer l'assurance. Dans certains pays, une partie de la population se voit privée d'assurance parce qu'elle ne répond pas aux critères appliqués par les sociétés d'assurances privées. Aux Etats-Unis, des millions de personnes dont l'état de santé présente de hauts risques — et qui ont donc grand besoin d'être assurées contre la maladie — ne trouvent pas à s'assurer pour un coût abordable. Il y a aussi le fait que certains organismes d'assurance contribuent, semble-t-il, à faire monter les coûts des soins de santé; ceci est particulièrement vrai des systèmes de prise en charge en tiers payant et de ceux qui remboursent les hôpitaux et les médecins à l'acte pour tous les services dispensés. Tant en République de Corée, qui pratique un système d'assurance sociale universelle, qu'aux Etats-Unis, où l'assurance relève principalement du secteur privé, les soins de santé absorbent déjà une part exceptionnellement élevée du PNB — et les coûts continuent à monter. En Corée, par exemple, durant les années 80, les dépenses de santé sont passées de 3,7 à près de 7 % du PNB, en grande partie à cause de l'expansion de la couverture médicale en tiers payant jointe à celle de la formule du paiement à l'acte.

Tableau 3 Contribution d'un changement de politique à la réalisation des objectifs dans le secteur de la santé

Objectifs et politiques des pouvoirs publics	Contribution aux objectifs		
	Amélioration des résultats	Accès aux défavorisés	Maîtrise des coûts
<i>Créer, pour les ménages, un environnement propice à l'amélioration de la santé</i>			
Poursuivre une politique de croissance économique bonne pour les pauvres	■	■	□
Investir davantage dans l'éducation, en particulier celle des filles	■	■	□
Protéger les droits et la condition de la femme par son émancipation politique et économique et sa protection juridique contre la violence	■	■	□
<i>Améliorer les investissements publics de santé</i>			
Réduire les dépenses publiques pour les établissements de soins tertiaires, la formation de spécialistes et la prestation de services de nature discrétionnaire	□	■	■
Financer et faire exécuter un ensemble d'actions de santé publique, y compris la prévention du SIDA	■	■	■
Financer et faire exécuter un programme national de services cliniques essentiels	■	■	■
Améliorer la gestion des services de santé publique	■	■	■
<i>Promouvoir la diversité et la concurrence</i>			
Encourager l'assurance sociale ou l'assurance privée (avec dispositions réglementaires incitant à l'équité et à l'efficacité) pour les services cliniques autres que ceux du programme minimum	■	□	■
Encourager la concurrence dans la fourniture des services cliniques (y compris des services financés par l'Etat)	■	■	■
Fournir des informations sur la qualité et le coût des services	■	□	■
■ Très forte ■ Forte □ Assez forte □ Nulle			

Pour mettre fin aux pratiques discriminatoires de certaines compagnies d'assurances et étendre la protection médicale de la population, on peut obliger les assureurs à diversifier davantage la couverture du risque contre lequel ils assurent. Pour ce qui est de la maîtrise des coûts, les gouvernements disposent d'un certain nombre d'options pour limiter les montants payés aux producteurs de santé. L'une d'entre elles serait d'encourager le paiement préalable d'un montant fixe pour chaque personne, comme cela se fait maintenant dans les organisations de soins de santé intégrés et comme le fait aussi le Service national d'assurance maladie de Grande-Bretagne. Une autre serait d'inciter les assureurs à négocier ensemble des tarifs uniformes avec les médecins et les hôpitaux,

comme cela se passe dans le système d'assurance sociale du Japon et dans celui de l'assurance privée au Zimbabwe; ou bien encore, les assureurs eux-mêmes peuvent, comme au Brésil, fixer les montants qu'ils paieront pour tel ou tel acte médical. Il existe une troisième option, dont on a fait, à petite échelle, quelques essais aux Etats-Unis : celle de la concurrence « contrôlée ». On vise simultanément les trois objectifs de rentabilisation des dépenses de santé, d'universalisation de la couverture médicale et de maîtrise des coûts par une régulation minutieuse de la concurrence entre compagnies qui proposent un ensemble spécifié de soins de santé pour une prime annuelle fixe. Chacune de ces formules a fait la preuve de son efficacité, mais chacune également a

Encadré 2 Le Sommet mondial pour les enfants

La déclaration assortie d'un plan d'action adoptée au Sommet mondial pour les enfants, qui s'est tenu à New York en 1990, énonce un ensemble politiquement marquant d'actions de santé. Le sommet s'est attaché en particulier à mettre en lumière les besoins des enfants et des femmes, mais dans le contexte plus large des buts à atteindre pour l'être humain et les communautés dans lesquelles il vit. Les 71 chefs d'Etat qui ont assisté au sommet et les 77 autres qui ont, par la suite, signé la déclaration ont pris, au nom de leur pays, l'engagement de mettre en place des programmes d'action nationaux (PAN) pour la réalisation de ces objectifs. A ce jour, 85 pays environ ont leur PAN et 60 autres en préparent un.

Les PAN portent généralement, entre autres sujets de préoccupation, sur les soins de santé primaires, la planification familiale, l'approvisionnement en eau propre à la consommation, l'hygiène du milieu, la nutrition et l'éducation de base. La recherche du bien-être des enfants, qui est leur objectif majeur, permet ainsi aux PAN de transcender les différences politiques. Ils proposent un moyen de mobiliser l'ensemble de la société civile — comités de quartier et associations municipales, congrégations religieuses et organismes professionnels, entreprises, institutions bénévoles, syndicats et universités pour la cause des investissements de santé.

La plupart des PAN entrent dans la planification du développement national. Ils proposent des objectifs mesurables et accessibles — à atteindre pour l'an 2000 ou avant — adaptés aux réalités du pays. En quantifiant les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs, ils contribuent à identifier ce qu'il faut changer dans les budgets nationaux et dans l'aide extérieure pour réali-

ser les priorités du développement. Les objectifs de santé prévus par le plan d'action du sommet sont les suivants :

- Eradication de la polio d'ici l'an 2000
- Elimination du tétanos néonatal d'ici 1995
- Réduction de 90 % des cas de rougeole et de 95 % des décès dus à la rougeole
- Réalisation (d'ici l'an 2000) et maintien d'un taux d'immunisation d'au moins 90 % pour les enfants âgés d'un an, et immunisation contre le tétanos de toutes les femmes en âge d'avoir des enfants.
- Réduction de moitié des décès d'enfants dus à la diarrhée et réduction de 25 % dans l'incidence des maladies diarrhéiques.
- Réduction d'un tiers des décès d'enfants causés par des infections respiratoires aiguës
- Elimination à peu près totale des affections causées par des carences en vitamine A et en iode
- Réduction dans l'incidence, qui ne devra pas dépasser 10 %, des cas d'insuffisance pondérale à la naissance (2,5 kilogrammes ou moins)
- Réduction d'un tiers, par rapport aux niveaux de 1990, des cas d'anémie ferriprive chez les femmes
- Possibilité, pour toutes les femmes, d'avoir accès à des soins prénatals, d'accoucher avec l'aide d'un personnel qualifié et de se faire transférer dans des centres de soins spécialisés en cas de grossesse à haut risque ou de complications d'accouchement.

Le programme d'action du sommet pour la santé des enfants rejoint, dans ses grandes lignes, les messages du présent Rapport.

montré ses limites et ses inconvénients. Il n'existe pas de réponse simple aux problèmes qu'ont à résoudre les responsables de la politique de santé.

Ce qu'il faudrait faire

L'adoption, par les gouvernements des pays en développement, des principales recommandations du présent Rapport ferait faire un pas énorme vers l'amélioration de l'état de santé des populations, et en particulier des ménages pauvres, outre que cela contribuerait à contenir les dépenses de soins de santé (Tableau 3). On sauverait des millions de vies et on économiserait des milliards de dollars. L'application de l'ensemble d'actions de santé publique ainsi que de soins cliniques de première nécessité, la poursuite de stratégies de croissance économique de nature à faire reculer la pauvreté et la réalisation d'investissements accrus dans la scolarisation des filles auraient le plus grand effet sur la prévention des décès et la diminution des cas d'invalidité. La réduction des crédits attribués aux établissements de soins tertiaires, à

la formation de spécialistes et à la prestation de soins cliniques d'un coût-efficacité relativement faible ferait beaucoup pour l'efficacité des dépenses de santé. Il en irait de même si l'on encourageait la concurrence dans la prestation des services de santé et si l'on entreprenait de réglementer l'assurance ainsi que les systèmes de rémunération des soins.

Ces recommandations permettront de progresser plus aisément vers la réalisation de l'objectif proclamé dans la déclaration de la conférence historique de 1978 à Alma-Ata, à savoir : « Donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. » L'adhésion à cet objectif a été réaffirmé par le Sommet mondial pour les enfants de 1990. Près de 150 pays ont maintenant signé des engagements touchant la réalisation d'objectifs précis tendant à améliorer la santé des femmes et des enfants (Encadré 2). Ces objectifs comprennent ce qui suit : réduire d'un tiers les taux de mortalité juvénile (à condition que cela corresponde, au moins, à 70 pour 1.000 naissances vivantes) au

cours des années 90; réduire de moitié les taux de mortalité maternelle; vaincre définitivement la polio et réduire substantiellement l'incidence de morbidité et de mortalité de plusieurs autres maladies. Des engagements ont été pris également en vue d'apporter des améliorations à l'éducation, à la nutrition, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Ces engagements mettent en lumière le potentiel politique de programmes d'action conçus pour améliorer l'état de santé des populations.

Les principales recommandations du présent Rapport seront diversement applicables aux pays selon l'état de leur économie. Dans les pays à faible revenu, l'accent devra être mis, une fois de plus, sur la nécessité d'assurer la scolarisation des filles, de renforcer les programmes de santé publique et de faire financer par l'Etat davantage de services cliniques de première nécessité. Ces recommandations demeurent valables pour la plupart des pays à revenu intermédiaire, mais il y aurait intérêt aussi à réduire les subventions dont bénéficient l'assurance et les soins discrétionnaires, de sorte que ceci devrait être un élément clé des nouvelles orientations à mettre en place. Les anciennes économies socialistes devraient améliorer la gestion des services de santé publique et mettre en place des systèmes viables de financement des soins de santé qui maintiennent le principe de l'universalité de protection tout en encourageant la concurrence entre prestataires de soins conscients des coûts, deux domaines où il est particulièrement crucial d'agir.

A première vue, il pourrait sembler que l'adoption des principales recommandations du présent Rapport sera chose facile. Pour arriver à toucher la majeure partie des populations du monde en développement avec le programme de mesures de santé publique et de services cliniques de première nécessité envisagé, il faudrait réorienter la moitié de ce que l'Etat dépense actuellement pour d'autres soins de nature plus discrétionnaire. En réalité, le changement sera difficile, car cela risque de provoquer une levée de boucliers de la part de ceux qui risquent d'y perdre — depuis les producteurs de services médicaux jusqu'aux riches bénéficiaires de subventions publiques en passant par les sociétés pharmaceutiques protégées. L'application de certains de ces changements demandera des années, car il ne s'agit de rien de moins que d'opérer une réorientation majeure des ressources publiques et de mettre en place de nouvelles capacités institutionnelles.

Un certain nombre de pays en développement ont déjà montré, ces dernières années, que de larges réformes du secteur de la santé sont possibles quand il y a une volonté politique et que les changements à apporter au système de santé sont conçus et mis en oeuvre par des planificateurs et des gestionnaires capables. Le Zimbabwe a décrété un moratoire de dix ans sur la réalisation d'investissements nouveaux dans les hôpitaux centraux et décidé de concentrer son action sur l'amélioration des centres de santé et autres

infrastructures de district. La Tunisie a transformé 11 grands hôpitaux publics en établissements semi-autonomes en leur proposant de fortes incitations afin d'en obtenir de meilleurs résultats. Durant les années 80, le Chili a décentralisé tout son système de soins cliniques primaires en faveur des collectivités locales et incité secteur public et secteur privé à une plus grande concurrence dans la prestation des services de santé et les assurances. Enfin, la Corée et le Costa Rica ont réalisé l'universalité de couverture de leur population par l'assurance publique.

La communauté internationale peut faire davantage pour la réforme des politiques de la santé. En 1990, les bailleurs de fonds ont décaissé dans les 4,8 milliards de dollars d'aide à la santé, ce qui représente environ 2,5 % de tout ce qui est dépensé pour la santé dans les pays en développement. La part de cette aide dans l'effort total consenti pour le développement a légèrement baissé dans les années 80, revenant de 7 à 6 %, et cela malgré tous les appels pour un investissement accru en valorisation des ressources humaines, et notamment en santé. Il faut, dans un premier temps, que les bailleurs de fonds portent cette part à son niveau antérieur. Un accroissement plus substantiel de cette aide se justifie amplement, vu l'importance de la santé pour la réduction de la pauvreté et compte tenu de l'énorme écart qui existe entre ce qui est actuellement dépensé et ce qu'il faudrait dépenser pour les programmes de santé publique et la mise en place d'un minimum de services cliniques. Un apport supplémentaire de 2 milliards de dollars par an permettrait de financer environ un quart de ce que coûterait la stabilisation de l'épidémie de SIDA (500 millions de dollars) et le sixième des ressources supplémentaires nécessaires pour que les pays à faible revenu soient à même de mettre en place l'ensemble de soins de santé publique et de services cliniques envisagé pour leur population (1,5 milliard de dollars sur les 10 milliards dont il faudrait disposer).

Une augmentation de l'aide extérieure aux travaux de recherche médicale principalement axés sur les problèmes majeurs de santé des pays en développement — comme la recherche de nouveaux médicaments et de vaccins nouveaux ou améliorés contre le paludisme — pourrait être d'une très grande rentabilité et s'appuierait sur l'avantage comparatif des pays donateurs dans la conduite de la recherche scientifique. Le fait que la majeure partie des travaux de recherche sur la santé profite à beaucoup de pays est une autre justification de la nécessité d'une aide des bailleurs de fonds, en particulier dans le cadre de mécanismes de collaboration internationale aussi efficaces que le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

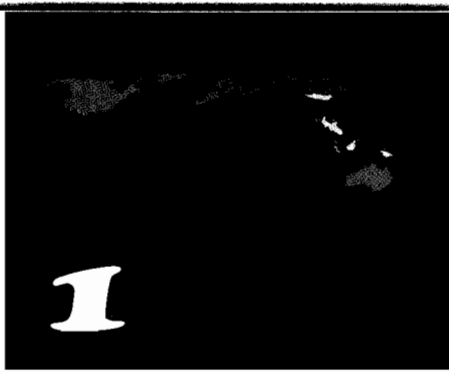
Les bailleurs de fonds et les gouvernements des pays en développement peuvent également beaucoup pour rendre plus efficace l'aide à la santé. Ceci prend une importance particulière dans les pays d'Afrique à faible revenu, où l'aide représente déjà en moyenne 20 % des

dépenses de santé — et plus de la moitié au Burundi, en Guinée-Bissau, au Mozambique, en Tanzanie et au Tchad. Même dans les autres régions en développement, où l'aide ne représente que 2 % ou moins des dépenses de santé, un meilleur ciblage et une gestion plus avisée de cette aide peuvent être les catalyseurs d'une nouvelle politique.

En réorientant l'argent des donateurs de telle manière qu'il serve à financer, non plus les dépenses des hôpitaux et la formation de spécialistes, mais les programmes de santé publique et de soins cliniques de première nécessité — en particulier la lutte contre la tuberculose, le programme PEV Plus, la prévention du SIDA et la réduction de la consommation de tabac — on ferait un grand pas sur la voie de la réforme. On pourrait en dire autant de la mise en place de capacités. Les pays qui sont disposés à réformer profondément leur politique de santé devraient être de bons candidats à une augmentation de l'aide, y compris à un financement des coûts récurrents par les bailleurs de fonds. Ceux-ci sont de plus en plus nombreux — et la Banque mondiale figure parmi eux — à appuyer ce type de large réforme sectorielle. Une meilleure coordination de l'action des bailleurs de fonds, surtout au niveau de chaque pays en développement, ferait

aussi beaucoup pour améliorer l'impact positif de l'aide sur la santé, comme le montre l'expérience du Bangladesh, du Sénégal et du Zimbabwe.

Le monde en développement a tout à gagner à adopter de bonnes politiques de santé. Les dernières années de la décennie offrent de grandes possibilités de changement : de plus en plus de pays encouragent une large participation politique et la responsabilisation des services publics, les niveaux d'instruction et de connaissances s'élèvent et la compréhension que l'on a de la biologie humaine, de la santé publique et des systèmes de soins de santé ne cesse de s'améliorer. Si le choix de la politique à suivre est bon, les gains, pour le pays, seront énormes. Ce qui a été fait dans le passé pour réduire le poids des maladies infectieuses dans les pays en développement peut être maintenu et même accéléré. On peut ralentir, voire faire reculer, l'épidémie de SIDA. On peut, sans augmentation rapide des dépenses de santé, pourvoir aux problèmes récents que posent les maladies non transmissibles dans les populations vieillissantes. Au bout du compte, ceci donnera, à l'ensemble des populations du monde, et surtout au milliard et quelques de ceux qui vivent dans la pauvreté, la possibilité de vivre plus longtemps, et en meilleure santé, une vie plus productive.



La santé dans les pays en développement : succès et défis

Le 22 octobre 1977, Ali Maow Maalin, un jeune homme de 23 ans, cuisinier de son état, habitant Merca (Somalie), fut pris de fièvre et d'une éruption cutanée; sitôt établi qu'il avait la variole, des équipes de vaccination furent dépêchées à Merca, où plus de 50.000 personnes furent vaccinées en trois semaines. Les membres de l'équipe s'employèrent aussi à dépister d'autres cas éventuels à Merca et dans les localités situées le long de la route et des chemins menant à cette ville. Dès le 29 décembre 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait rayé Merca de sa liste des foyers potentiels de variole et lancé un programme de surveillance de deux ans portant sur tous les pays de la Corne de l'Afrique. Le cas de M. Maalin, qui d'ailleurs s'était rétabli, s'avéra être le dernier cas de variole recensé dans le monde. Ainsi s'achevait triomphalement le Programme intensif d'éradication de la variole mené par l'OMS pendant 12 ans.

En 1967, l'année de lancement du programme, la variole avait tué de 1,5 million à 2 millions de personnes, en avait rendu aveugles environ 500.000, et en avait gravement et irrémédiablement défiguré plus de 10 millions. Au début des années 50, la variole faisait chaque année trois à quatre fois plus de victimes. Des pays de plus en plus nombreux ayant, dans l'intervalle, lancé des programmes de vaccination, la maladie avait été pratiquement éradiquée de 125 pays lorsque le programme mondial avait démarré. Il n'empêche que, pour la seule année 1968, la variole a encore coûté plus de 300 millions de dollars en vaccinations, programmes de quarantaine et soins. Ce programme mondial d'éradication, par contre, n'a coûté, pour les 12 années qu'en a duré l'exécution, que 300 millions de dollars; il s'est donc soldé par des centaines de millions de dollars d'économies directes mesurables par an, et il a permis de prévenir des souffrances qui représentent un coût humain évidemment impossible à chiffrer.

Il est rare qu'un investissement, quel qu'il soit, se révèle humainement et financièrement aussi rentable. Et pourtant, à bien des égards, le Programme intensif

d'éradication de la variole illustre les possibilités de la médecine moderne. En un demi-siècle, la santé, dans le monde, s'est prodigieusement améliorée. La mise au point de médicaments et de vaccins sans cesse plus efficaces, les progrès de l'épidémiologie et l'expérience acquise sur le plan de l'organisation élargissent sans cesse le champ des possibilités d'action. On dispose maintenant, pour combattre et éliminer une grande partie des problèmes de santé qui subsistent, de moyens et de méthodes qui sont à la portée de tous les pays, même des plus pauvres. Néanmoins, un bon niveau de santé publique exige une politique judicieuse. Certains pays ont utilisé à plein les possibilités de la médecine moderne; d'autres en tirent à peine parti, en dépit de dépenses considérables. Le présent Rapport tire de l'expérience acquise à ce jour par les différents pays des leçons qui devraient aider les décideurs à exploiter pleinement le potentiel considérable des investissements consacrés à la santé publique.

Pourquoi la santé est importante

Comme chacun le sait d'expérience, la santé est un élément essentiel du bien-être, mais il est aussi des justifications purement économiques aux dépenses de santé. L'amélioration de la santé contribue à la croissance économique, et cela de quatre façons : elle limite le manque à produire imputable à l'incidence de la morbidité sur la main-d'oeuvre; elle permet d'exploiter des ressources naturelles qui, situées dans des zones infestées de vecteurs d'agents pathogènes, étaient totalement ou largement inaccessibles; elle accroît le taux de fréquentation scolaire et permet aux enfants de mieux assimiler ce qu'on leur enseigne; enfin, elle libère à d'autres fins les ressources qui auraient servi, sinon, à soigner les malades. Les retombées économiques de l'amélioration de la santé sont particulièrement importantes pour les couches pauvres de la population, habituellement plus sujettes que les autres à la maladie et qui ont plus à gagner à la mise en valeur de ressources naturelles insuffisamment exploitées.

Gains de productivité du travail

Les effets les plus évidents de l'amélioration de la santé sur la population active sont la réduction du nombre de journées perdues pour cause de maladie, l'augmentation de la productivité, l'amélioration des chances d'accéder à des emplois mieux rémunérés et l'allongement de la durée de la vie active. Un exemple classique en est la lèpre, dont l'incidence est la plus forte parmi les jeunes adultes et qui frappe donc des individus dans la force de l'âge. La proportion des cas où la maladie entraîne des difformités graves peut atteindre 30 %, et les individus atteints ont une durée de vie active réduite. Selon une étude sur les lépreux des villes de l'Etat du Tamil Nadu, en Inde, il serait possible de tripler le revenu annuel potentiel des lépreux exerçant un emploi en les protégeant du risque de difformité. La prévention des cas de difformité chez les 645.000 lépreux qui vivent en Inde aurait ajouté quelque 130 millions de dollars au PNB du pays pour 1985. Cette somme représente près de 10 % du montant total de l'aide publique au développement que l'Inde a reçue en 1985. Et pourtant, la contribution de la lèpre à la charge de morbidité y est faible : elle n'atteignait pas 1 % en 1990.

Des études réalisées au Bangladesh ont montré que des travailleurs en bonne santé gagnent davantage parce qu'ils sont plus productifs et qu'ils peuvent accéder à des emplois mieux rémunérés. En Côte d'Ivoire, on estime que les hommes à qui leur mauvaise santé risque de faire perdre chaque mois une journée de travail ont des revenus inférieurs en moyenne de 19 % à ceux des travailleurs en meilleure santé.

Souvent, les statistiques économiques ne rendent pas compte du manque à produire et à gagner imputable à la maladie parce que ce sont les ménages qui assument les pertes correspondantes. Dans de nombreux pays en développement, les salariés sont rarement couverts par une assurance chômage ou invalidité et, lorsqu'ils tombent malades, ce sont les membres valides de leur famille qui compensent la perte de revenu en travaillant plus intensément ou plus longtemps. Une étude portant sur un échantillon de 250 ménages soudanais dont chacun perdait en moyenne, chaque année, 40 heures ouvrées à cause du seul paludisme a montré que 68 % des heures de travail agricole perdues étaient rattrapées par un surcroît de travail. Des travaux de recherche portant sur le Paraguay et la Colombie ont donné des résultats similaires.

A long terme, il faut s'attendre aussi à ce que l'amélioration de l'état de santé de la population influe sur le travail et sur son mode d'organisation. S'ils peuvent compter sur une main-d'œuvre en bonne santé, les employeurs peuvent réduire leurs coûts en prévoyant des programmes de production plus serrés; ils peuvent investir davantage dans la formation de leur personnel et exploiter les avantages de la spécialisa-

tion. On peut attendre des améliorations du même ordre pour les agriculteurs, qui souvent répugnent à prendre des risques auxquels ils craignent de ne pouvoir faire face en cas de maladie; c'est ainsi qu'à des rendements plus élevés ils préfèrent l'assurance d'un revenu relativement stable. Au Paraguay, par exemple, les agriculteurs des régions impaludées choisissent des cultures relativement peu rémunératrices, mais qui peuvent se pratiquer en dehors de la saison où sévissent les vecteurs du paludisme.

Meilleure utilisation des ressources naturelles

Certains investissements de santé publique entraînent une augmentation de la productivité de la terre. A Sri Lanka, l'éradication quasi totale du paludisme entre 1947 et 1977 aurait contribué à raison de 9 points à l'augmentation du revenu national enregistrée durant cette période. En rapprochant le coût total du programme (52 millions de dollars) de la majoration totale du revenu national qu'il a rendue possible pour les 31 années considérées (7,6 milliards de dollars), on aboutit à un remarquable ratio coûts-avantages de plus de 140. Les régions précédemment infestées de moustiques devenant plus hospitalières, des migrants s'y sont installés, d'où augmentation de la production. En Ouganda, l'élimination partielle de l'onchocercose, dans les années 50, a été suivie de migrations massives vers des zones fertiles précédemment inexploitées. Plus récemment, le Programme de lutte contre l'onchocercose, réalisé dans 11 pays du Sahel, a produit des résultats similaires (Encadré 1.1).

Améliorer les chances de la prochaine génération par l'éducation

Il y a une corrélation manifeste entre niveaux d'instruction et niveaux de revenu. Les agriculteurs ayant fréquenté l'école primaire pendant quatre ans ont une productivité annuelle supérieure en moyenne de 9 % à celle des autres; les élèves qui obtiennent de bons résultats scolaires peuvent espérer, une fois devenus salariés, gagner davantage. Ainsi, des études réalisées au Ghana, au Kenya, au Pakistan et en Tanzanie ont montré que parmi les salariés soumis à une batterie de tests cognitifs, ceux qui avaient obtenu une moyenne supérieure de 10 % à celle du groupe échantillon touchaient des salaires supérieurs de 13 à 22 % à la moyenne des salaires du groupe; au Népal, on a constaté que les agriculteurs qui avaient de bonnes notions de mathématiques étaient plus enclins que les autres à se lancer dans des cultures nouvelles, plus rémunératrices.

La mauvaise santé et la malnutrition nuisent à l'efficacité de l'éducation en réduisant les taux de scolarisation, la capacité d'assimilation des élèves et les taux de fréquentation chez les filles. S'ils ont été en bonne santé et convenablement nourris durant leurs premières années, les enfants ont de meilleures

Encadré 1.1 Vaincre la cécité des rivières

L'onchocercose communément appelée « cécité des rivières » est provoquée par un ver parasite dont les millions de larves se répandent dans le corps et provoquent des démangeaisons intenses, ont un effet débilisant sur le malade et finissent par entraîner la cécité. La maladie est transmise par les piqûres d'une petite mouche particulièrement virulente.

Le Programme de lutte contre l'onchocercose, lancé en 1974 et qui englobe 11 pays du Sahel, vise à éliminer l'insecte vecteur en détruisant les larves grâce à des pulvérisations aériennes d'insecticides. Une commission écologique indépendante contrôle constamment l'impact des pulvérisations d'insecticides sur l'environnement, avec le concours des gouvernements des pays concernés. Il appartient à la commission d'évaluer et de sélectionner les insecticides. Le programme fait aussi appel au concours de l'industrie pharmaceutique : c'est ainsi qu'a pu être mis au point un médicament (l'ivermectine) qui, sans provoquer d'effets secondaires dangereux, tue efficacement les larves une fois qu'elles ont envahi le corps humain. Cependant, l'ivermectine n'étant guère efficace contre le ver adulte, il faut, parallèlement au traitement des malades, poursuivre les pulvérisations aériennes destinées à éliminer le vecteur. Les laboratoires Merck & Co., qui fabriquent l'ivermectine, se sont engagés à fournir ce médicament gratuitement aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour lutter contre la cécité des rivières.

Les quatre organismes responsables du Programme de lutte contre l'onchocercose (FAO, Programme des Nations Unies pour le développement, Banque mondiale et OMS), par l'intermédiaire d'un comité directeur présidé par la Banque mondiale, décident des grandes orientations du programme et supervisent les opérations. L'OMS, qui est responsable de l'exécution du programme, y a affecté une

équipe d'entomologistes, d'épidémiologistes, de fonctionnaires en poste sur place et de pilotes; le personnel affecté au programme se compose, à raison de 97 %, de ressortissants des pays participants. La Banque mondiale est chargée d'organiser le financement du programme et gère à ce titre un fonds d'affectation spéciale. Elle s'emploie aussi à soutenir le développement socio-économique des régions où sévit la maladie.

On s'accorde à reconnaître que le programme est une réussite remarquable. Il protège de la cécité des rivières environ 30 millions de personnes, dont plus de 9 millions d'enfants nés depuis son lancement, moyennant un coût annuel inférieur à 1 dollar par personne. Plus de 1,5 million de malades gravement atteints se sont rétablis complètement. On estime que le programme, lorsqu'il s'achèvera à la fin de ce siècle, aura permis d'éviter au moins 500.000 cas de cécité. Il s'est déjà soldé par l'assainissement d'environ 25 millions d'hectares de terres précédemment infestées, qui sont désormais habitables et cultivables, ce qui contribue à accroître la production agricole.

On évalue à environ 570 millions de dollars le coût du programme pour toute sa durée (1974-2000). Son taux de rendement interne devrait se situer entre 16 et 28 % (il dépendra du rythme de mise en valeur des terres assainies, de l'augmentation de la production agricole qui résultera de l'exploitation de ces terres, de l'évolution des revenus dans la région touchée par le programme et du taux d'accroissement de la productivité dans la région). Ces estimations de la rentabilité du programme ne font pas entrer en ligne de compte ses effets bénéfiques sur la distribution des revenus; or, les principaux bénéficiaires du programme sont des paysans pratiquant l'agriculture de subsistance, dont les revenus sont très inférieurs à la moyenne.

chances d'être scolarisés et de tirer parti de l'enseignement qui leur sera dispensé. Une étude a révélé qu'au Népal la probabilité de scolarisation, qui est de 27 % chez les enfants dont l'état nutritionnel se situe dans la norme, n'est que de 5 % chez ceux qui souffrent de malnutrition.

Les problèmes de santé et la malnutrition réduisent les facultés d'assimilation des élèves. La malnutrition chez les jeunes enfants peut laisser des séquelles durables : l'anémie par carence de fer compromet les fonctions cognitives, une carence en iode entraîne une arriération mentale irréversible et l'avitaminose A est la principale cause de cécité chez les enfants. D'autres problèmes de santé handicapent les enfants plus âgés. Une étude récente a montré qu'en Jamaïque les enfants atteints de la teigne, même s'ils présentent un cas bénin, ont, avant traitement, des résultats scolaires inférieurs de 15 % en moyenne à ceux des enfants en bonne santé; soumis à des tests après traitement, ils obtiennent des résultats à peine inférieurs à la norme.

Dans une région particulièrement pauvre du nord du Brésil, on a constaté, en suivant l'évolution des résultats scolaires sur deux ans, que les progrès, chez les enfants malnutris, étaient inférieurs de 20 % à la moyenne. Cette étude a révélé aussi la gravité des conséquences d'un handicap courant et aisément réversible : sur les deux années considérées, les progrès des enfants qui avaient une mauvaise acuité visuelle étaient inférieurs de 27 % à la moyenne. L'étude a en outre, dans l'un et l'autre groupe, fait apparaître des taux de redoublement et d'abandon scolaire plus élevés que la moyenne. En Chine, les enfants qui se situent au vingtième centile de la distribution par taille des enfants de leur âge (signe de mauvaise santé) sont en moyenne en retard de quatre mois dans leur scolarité. En Thaïlande, les écoliers dont la taille est inférieure de 10 % à la moyenne pour les enfants de leur âge obtiennent des notes inférieures en moyenne de 14 % à la norme.

Les filles souffrent plus fréquemment que les garçons d'une carence en fer et en iode, ce qui explique

Encadré 1.2 L'impact économique du SIDA

L'épidémie de SIDA, du fait de ses répercussions sur l'épargne et la productivité, risque de compromettre la croissance dans de nombreux pays déjà en proie à de graves difficultés économiques. En s'aidant de modèles de simulation, la Banque mondiale a calculé que l'épidémie entraînerait, dans les 10 pays les plus gravement touchés d'Afrique subsaharienne, une réduction moyenne de 0,6 point du taux annuel de croissance économique. Pour la Tanzanie, où le revenu par habitant accuse déjà depuis quelque temps un recul annuel de 0,2 %, les estimations de la réduction du taux de croissance imputable à l'épidémie varient, selon les hypothèses retenues, entre 0,1 et 0,8 point. Au Malawi, où le taux de croissance a atteint en moyenne 0,9 % ces dernières années, les calculs de simulation laissent prévoir une réduction de 0,3 à 0,5 point. Ces calculs font entrer en ligne de compte l'impact de l'épidémie sur l'accroissement démographique, dont on prévoit qu'il se ralentira quelque peu dans les pays gravement touchés.

L'impact macroéconomique considérable du SIDA tient en partie au coût élevé du traitement, qui absorbe des ressources qui seraient autrement consacrées à des investissements productifs. Des cliniciens tanzaniens estiment que le nombre des épisodes où le SIDA, avant d'entraîner la mort, se manifeste par des affections aiguës est en moyenne de 17 pour les adultes et de 6,5 pour les enfants. Pour un adulte, le coût des soins, qui dépend évidemment de leur nature et de leur intensité, va de 8 à 400 % du revenu annuel par habitant pour la majeure partie des pays en développement, la moyenne se situe aux alentours de 150 % du revenu annuel par habitant.

L'impact économique du SIDA est d'autant plus considérable qu'un grand nombre de ses victimes sont des

adultes dont les qualifications professionnelles sont précieuses pour le pays. Ainsi, dans un grand hôpital de Kinshasa, on a relevé parmi les employés (y compris le personnel hautement qualifié) un taux annuel de contamination par le VIH (à la suite de rapports sexuels plutôt que d'accidents du travail) supérieur à 1 %. On a constaté aussi que, dans une usine de textile de la même ville, qui emploie essentiellement du personnel masculin, le taux de contamination était plus élevé chez les cadres que chez les contremaîtres, et plus élevé chez les contremaîtres que chez les ouvriers. Le coût de remplacement de la main-d'œuvre qualifiée décimée par le SIDA sera important. Selon une étude portant sur la Thaïlande, le coût de remplacement des chauffeurs de poids lourds emportés par le SIDA totalisera 8 millions de dollars d'ici à l'an 2000, et une étude portant sur la Tanzanie chiffre à 40 millions de dollars le coût du remplacement, d'ici à l'an 2010, des enseignants victimes de la maladie.

Le décès d'un adulte peut faire basculer un ménage vulnérable dans la pauvreté. Une étude de la Banque mondiale a montré que, même en Tanzanie, où l'Etat prend en charge une bonne partie des frais médicaux, les ménages ruraux touchés par l'épidémie ont en moyenne dépensé en 1991 60 dollars en frais médicaux et frais d'enterrement, soit à peu près l'équivalent du revenu annuel par habitant. Cette étude a aussi montré que le décès d'un adulte a des répercussions sur la génération suivante, car les enfants doivent souvent abandonner leurs études pour aider aux travaux domestiques. Chez les jeunes de 15 à 20 ans issus de ménages où une femme adulte a été emportée par le SIDA, on constate pour l'année qui suit le décès une baisse du taux de fréquentation scolaire de 50 %.

en partie pourquoi elles sont moins nombreuses à aller jusqu'au bout du cycle primaire. Il arrive aussi qu'elles doivent abandonner leurs études parce qu'elles sont enceintes ou parce que leurs parents craignent qu'elles ne soient l'objet de violences sexuelles. Dans les sociétés où l'éducation des garçons est considérée comme plus importante que celle des filles, celles-ci manquent souvent l'école parce qu'elles doivent rester à la maison pour s'occuper de parents malades.

Réduction du coût des soins médicaux

Les dépenses qui ont pour effet de réduire l'incidence des maladies peuvent entraîner une forte diminution du coût global des soins médicaux. Pour certaines maladies, cette réduction du coût des soins compense à elle seule les dépenses consacrées à la prévention, qui ont en outre des effets indirects tels que l'augmentation de la productivité et l'atténuation des souffrances liées à une mauvaise santé. Prenons l'exemple de la poliomyélite : des calculs effectués pour les Améri-

ques avant l'éradication de cette maladie dans la région ont montré qu'en investissant 220 millions de dollars sur une période de 15 ans, en vue d'éliminer la maladie, il serait possible d'éviter 220.000 cas et d'économiser annuellement, sur les soins, de 320 millions à 1,3 milliard de dollars (selon le nombre de malades à traiter). Le rendement annuel net actualisé d'un tel programme, même en appliquant un taux d'actualisation de 12 % par an, se situerait ainsi entre 18 millions et 480 millions de dollars.

Autre exemple : celui du SIDA. Bien que cette maladie soit beaucoup moins répandue dans les pays en développement que des affections telles que le paludisme, son impact économique par cas est plus considérable, et cela pour deux raisons : cette maladie touche principalement des adultes dans la force de l'âge, et les diverses manifestations du syndrome exigent des soins constants et coûteux (Encadré 1.2). Par exemple, parce que le SIDA se manifeste souvent par des pneumonies, des affections diarrhéiques et la tuberculose, il nécessite des soins coûteux alors qu'il n'existe encore aucun traitement efficace contre la

maladie elle-même. Des travaux de recherche portant sur neuf pays en développement et sept pays à revenu élevé indiquent que la prévention d'un seul cas de SIDA permet en moyenne d'économiser en soins médicaux (coût actualisé calculé en fonction de la durée de la survie des malades) l'équivalent de deux fois le PNB par habitant; dans certaines agglomérations urbaines, les économies réalisées grâce à la prévention d'un cas peuvent atteindre jusqu'à cinq fois le montant du PNB par habitant. Des calculs effectués pour l'Inde indiquent que, dans les conditions actuelles de la transmission, chaque personne séropositive contamine une autre personne tous les quatre ans. A ce compte-là, il y aura en l'an 2000 six personnes séropositives pour une aujourd'hui. Si le taux de transmission pouvait être ramené à une contamination tous les cinq ans, on pourrait ramener à quatre seulement le nombre de séropositifs en l'an 2000 pour un séropositif aujourd'hui. La réduction correspondante des frais médicaux, calculée en appliquant un taux d'actualisation de 3 % par an, se chiffrerait en Inde, d'ici à l'an 2000, à 750 dollars par personne actuellement séropositive, soit une économie totale de 750 millions de dollars. Des calculs analogues effectués pour la Thaïlande indiquent que la réduction de la fréquence des contaminations par les séropositifs actuels permettrait d'économiser 1.250 dollars pour chaque personne actuellement séropositive, soit 560 millions de dollars au total.

Investissements de santé et pauvreté

Leur contribution au recul de la pauvreté est une autre raison, non moins convaincante, d'investir dans la santé. Si les problèmes de santé ont des conséquences particulièrement graves pour les pauvres, c'est avant tout, évidemment, parce que ceux-ci sont davantage exposés à la maladie, mais c'est aussi parce qu'ils tirent exclusivement leur revenu de leur travail physique et n'ont pas d'économies qui leur permettent d'amortir les coups durs. Ainsi, une fois rétablis, ils risquent de se retrouver avec un capital humain et financier diminué.

La pauvreté a des conséquences graves sur la santé : les pauvres ont une espérance de vie réduite et sont plus fréquemment frappés d'invalidité que le reste de la population. A Porto Alegre (Brésil), la mortalité parmi les adultes était, à la fin des années 80, une fois et demie plus forte dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches; à São Paulo, la mortalité parmi les cadres et membres de professions libérales était deux à trois fois plus faible que parmi les autres adultes. Au Kenya, à la fin des années 70, la probabilité de décès avant l'âge de 2 ans parmi les enfants dont la mère n'avait pas été scolarisée était de 184 pour 1.000 dans les régions où la moitié des familles vivaient en dessous du seuil de pauvreté, mais de 100 pour 1.000 dans celles où le cinquième seulement des familles vivaient en dessous de ce seuil. Les pauvres

sont, plus que les autres, exposés à des conditions insalubres ou dangereuses, que ce soit chez eux ou sur leur lieu de travail. La malnutrition et les séquelles de maladies antérieures les rendent plus susceptibles de tomber malades et ralentissent leur convalescence, d'autant qu'ils n'ont guère accès aux services de santé.

Lorsqu'un soutien de famille tombe malade, la réaction initiale des autres membres du ménage peut être de travailler plus dur et de réduire leur consommation, y compris, le cas échéant, leur consommation alimentaire. Ces deux réactions d'adaptation peuvent nuire à la santé de toute la famille. Si les soins médicaux ne sont pas gratuits, le coût du traitement peut forcer le ménage à s'endetter de plus en plus lourdement. Les problèmes de santé ne sont que l'une des multiples causes potentielles des difficultés pécuniaires des ménages, mais leurs répercussions financières peuvent prendre des proportions telles qu'il est impératif d'en tenir expressément compte lors de la formulation des politiques. Les investissements visant à réduire les menaces qui pèsent sur la santé des pauvres et la mise en place d'un régime d'assurance qui les protège au cas où ils devraient faire face à des frais médicaux prohibitifs sont deux éléments essentiels d'une stratégie anti-pauvreté.

Les dépenses de santé sont un investissement rentable : elles peuvent contribuer à la progression des revenus, en particulier chez les plus défavorisés, et épargnent des souffrances en permettant à une plus forte proportion de la population de rester en bonne santé. Un bon niveau de santé est à la fois un objectif essentiel du développement et un moyen d'accélérer celui-ci. Dans les pays à faible revenu, l'intégration de la santé à l'effort de développement constitue un moyen efficace d'améliorer le bien-être de la population. Les données recueillies au cours des 30 dernières années indiquent que, sur le plan de la santé, l'écart entre pays riches et pays pauvres diminue, à la différence de ce que l'on constate pour les revenus.

Préciser les associations

Puisqu'il est avéré qu'outre les conséquences qu'il entraîne pour les individus et les familles le mauvais état de santé de la population compromet l'utilisation efficace des ressources, l'amélioration de la santé devrait entraîner une amélioration des résultats économiques au plan national. Plusieurs analyses ont montré qu'il y avait un rapport positif entre la croissance du revenu par habitant et le niveau initial d'instruction de la population. Une analyse analogue, réalisée dans le cadre de la préparation du présent Rapport, examine la relation entre la croissance du revenu par habitant dans 70 pays environ, entre 1960 et 1990, et le niveau initial du revenu national, le niveau initial d'instruction de la population et un indicateur de l'état de santé initial de la population (taux de mortalité juvénile, taux qui, tel qu'il est

utilisé dans le présent Rapport, s'entend du nombre probable de décès avant l'âge de 5 ans sur 1.000 enfants nés vivants). Cette analyse montre que l'indicateur de l'état initial de santé de la population fournit une base de prévision très fiable quant à l'évolution des résultats économiques d'un pays. Pour l'échantillon de pays considérés, le taux annuel de croissance du revenu par habitant s'établit à 1,40 % et le taux de mortalité juvénile à 116 pour 1.000. Un pays moyen pour les autres paramètres qui aurait un taux de mortalité de 106 pour 1.000 aurait un taux de croissance du revenu par habitant de 1,55 %, alors qu'à un taux de mortalité juvénile de 126 pour 1.000 correspondrait un taux de croissance de 1,26 %.

Comme on pouvait s'y attendre, l'état de santé de la population est étroitement lié à son niveau d'instruction, mais il y a aussi une forte corrélation entre croissance du revenu par habitant et état de santé de la population, corrélation qui reste du même ordre pour différentes périodes et différentes variantes de la grille d'analyse. Il est certes possible que la corrélation observée tienne à des facteurs non mesurés tels que la capacité des pouvoirs publics à mettre en oeuvre une politique efficace, mais les données disponibles indiquent nettement que la croissance du revenu par habitant est d'autant plus rapide que l'état de santé de la population est meilleur au départ.

Les succès enregistrés

Le recul de la mortalité s'est amorcé en Europe, en Amérique du Nord et en Australasie voici environ 200 ans; la tendance s'est d'abord manifestée lentement. Il y a un siècle encore, l'espérance de vie à la naissance n'était que de 49 ans aux Etats-Unis, pays alors le plus riche du monde, et le taux de mortalité juvénile y était de l'ordre de 180 pour 1.000. Les progrès se sont accélérés pendant la première moitié de ce siècle; en 1950, l'espérance de vie à la naissance atteignait 56 ans aux Etats-Unis, et le taux de mortalité juvénile n'y était plus que de 34 pour 1.000. Des progrès étaient aussi enregistrés dans les pays en développement : au Chili, par exemple, l'espérance de vie à la naissance, qui n'était que de 37 ans en 1930, atteignait en 1950 49 ans et, dans le même temps, le taux de mortalité juvénile y avait été ramené de 350 à 209 pour 1.000.

Tendances de la mortalité depuis 1950

Les améliorations de la santé enregistrées dans le monde entier depuis 40 ans éclipsent, par leur ampleur, tous les progrès accomplis depuis le commencement de l'histoire. Pour l'ensemble des pays en développement, l'espérance de vie à la naissance est passée de 40 à 63 ans. La mortalité juvénile est tombée de 280 à 106 pour 1.000. Dans les pays à revenu élevé, l'espérance de vie dépasse actuellement 75 ans; dans les pays en développement à faible mortalité, elle est

d'au moins 70 ans; en Afrique subsaharienne, région où les progrès ont été les plus lents, elle est tout de même d'une cinquantaine d'années.

La majeure partie des données disponibles sur la baisse de la mortalité dans les pays en développement depuis 1950 portent sur la mortalité juvénile et sont tirées des résultats d'une série d'enquêtes démographiques réalisées selon une méthode normalisée et financées par des organismes internationaux. Entre 1960 et 1990, la mortalité juvénile a baissé de façon spectaculaire dans la quasi-totalité des pays (Figure 1.1). C'est ainsi qu'elle est passée au Chili de 155 à 20 pour 1.000, en Tunisie de 245 à 45, et à Sri Lanka de 140 à 22.

Pour les pays en développement, les statistiques de la mortalité adulte sont beaucoup moins fiables que celles de la mortalité juvénile. Selon des estimations, le taux de mortalité parmi les adultes (probabilité qu'a un individu atteignant l'âge de 15 ans de décéder avant l'âge de 60 ans) serait, pour l'ensemble des pays en développement, tombé de 450 pour 1.000 en 1950 à environ 230 pour 1.000 en 1990. Au Chili, pays pour lequel on dispose d'excellentes statistiques, la mortalité adulte, qui était de 466 pour 1.000 en 1930, était tombée en 1990 à 152 pour 1.000.

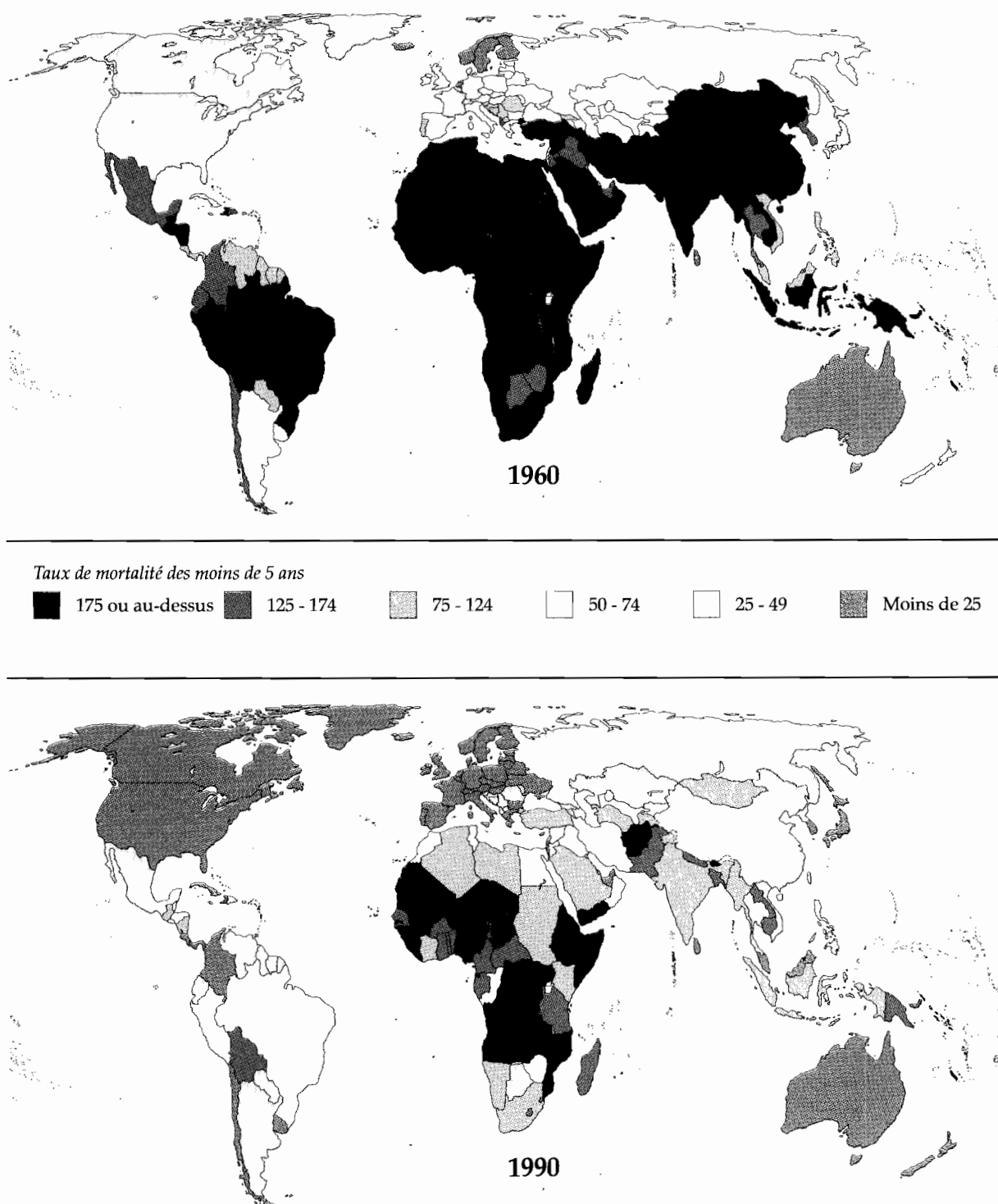
La baisse de la mortalité s'est accélérée au cours des 30 dernières années. Dans les années 60, la mortalité juvénile a diminué en moyenne de 2 % par an dans un groupe d'environ 70 pays en développement pour lesquels on dispose d'estimations. Le taux annuel de réduction est passé à plus de 3 % dans les années 70 et à plus de 5 % dans les années 80. On peut objecter que ces chiffres sont sujets à caution du fait que la composition du groupe de pays pour lesquels on dispose de statistiques fiables a évolué au cours de la période considérée; toutefois, dans un groupe de 21 pays pour lesquels il existe des séries continues de statistiques relativement fiables de la mortalité juvénile pour la période allant du début des années 60 à la fin des années 80, le taux annuel de la baisse de mortalité juvénile, de 3 % en moyenne dans les années 60, était passé à 6 % dans les années 80. Dans 17 de ces 21 pays, la baisse s'est accélérée pendant la période considérée.

Disparités régionales

Les progrès ont été plus ou moins marqués selon les régions. Entre 1950 et 1990, l'espérance de vie à la naissance a certes augmenté dans chacune des huit régions démographiques considérées dans le présent Rapport, mais les progrès ont été particulièrement remarquables en Chine et dans les pays du croissant moyen-oriental (Figure 1.2). C'est en Afrique subsaharienne que les progrès ont été les plus lents : l'espérance de vie à la naissance n'y a été portée que de 39 à 52 ans, résultat d'ailleurs fort honorable si on le compare aux progrès accomplis dans les pays européens au XIXe siècle. (Il a fallu plus d'un demi-siècle pour que l'espérance de vie augmente dans les

La mortalité juvénile a fortement baissé au cours des 30 dernières années, et la baisse a été particulièrement rapide dans certaines parties d'Asie et d'Amérique latine.

Figure 1.1 Mortalité juvénile par pays, 1960 et 1990



Source : Annexe A.

mêmes proportions en Angleterre et au pays de Galles.) Dans les anciennes économies socialistes d'Europe, l'espérance de vie a fortement augmenté dans les années 50 et 60, mais les progrès se sont considérablement ralentis dans les années 70 et 80.

On relève d'importantes similitudes entre la baisse de la mortalité dans les pays à revenu élevé et les progrès accélérés enregistrés dans les pays en développement ces 40 dernières années. Dans les deux groupes de pays, la baisse de la mortalité tient avant tout au recul des maladies transmissibles (catégorie qui, pour les besoins du présent Rapport, est définie comme comprenant les affections liées à la maternité et les affections périnatales), en particulier celles qui frappent les enfants. Les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles — surtout les maladies cardiovasculaires et respiratoires, qui touchent principalement les adultes — ont été beaucoup plus lents. Au Chili (entre 1930 et 1987) et en Angleterre et au pays de Galles (sur une période plus longue allant de 1891 à 1990), la mortalité due aux maladies transmissibles est tombée à moins de 5 % de ce qu'elle était au départ, mais la mortalité imputable aux autres maladies a reculé beaucoup moins rapidement (Figure 1.3). L'un des résultats de cette disparité est que la réduction de la mortalité a été beaucoup plus prononcée pour les enfants que pour les adultes. Au Chili, par exemple, la mortalité parmi les moins de 30 ans a diminué de plus de 90 % entre 1930 et 1990; elle a diminué d'au moins 60 % pour les individus âgés de 30 à 70 ans, mais n'a baissé que modérément pour les plus de 70 ans (Figure 1.4). Le schéma auquel obéit la baisse de la mortalité parmi les plus de 60 ans au Chili est remarquablement proche de celui observé en Angleterre et au pays de Galles, pour le même groupe d'âge, durant la période 1891-1981.

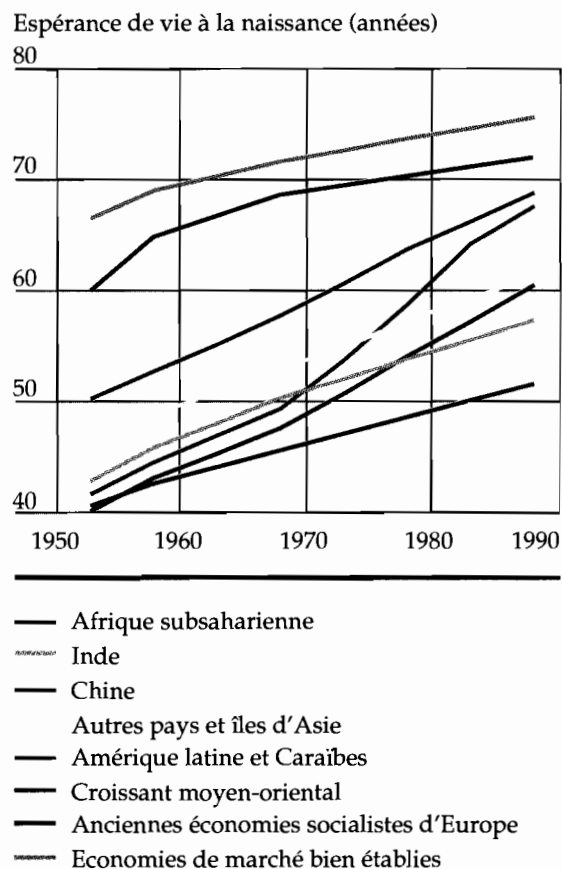
Les anciennes économies socialistes constituent le seul groupe de pays pour lequel ce parallèle entre la transition démographique des pays industriels et l'évolution démographique récente des pays en développement ne se vérifie pas. Dans ces pays, la mortalité juvénile a continué de diminuer, de même que la mortalité féminine, mais à un rythme plus lent. En revanche, la mortalité chez les adultes du sexe masculin a cessé de diminuer il y a 20 ans et a même amorcé une remontée. Ce phénomène résulte dans une large mesure de la très forte mortalité entraînée par les maladies cardiovasculaires, liées à l'abus du tabac et de l'alcool.

Mesurer la charge de morbidité

Les améliorations de santé observées au cours des dernières décennies ont beaucoup contribué à améliorer le bien-être des populations, directement et indirectement. Cependant, il reste beaucoup à faire. Les maladies transmissibles (qu'il est dans une large mesure possible de prévenir) demeurent répandues. Le vieillissement de la population pose aussi des pro-

L'espérance de vie a substantiellement augmenté partout au cours des 40 dernières années.

Figure 1.2 Tendances de l'espérance de vie par région démographique, 1950-90



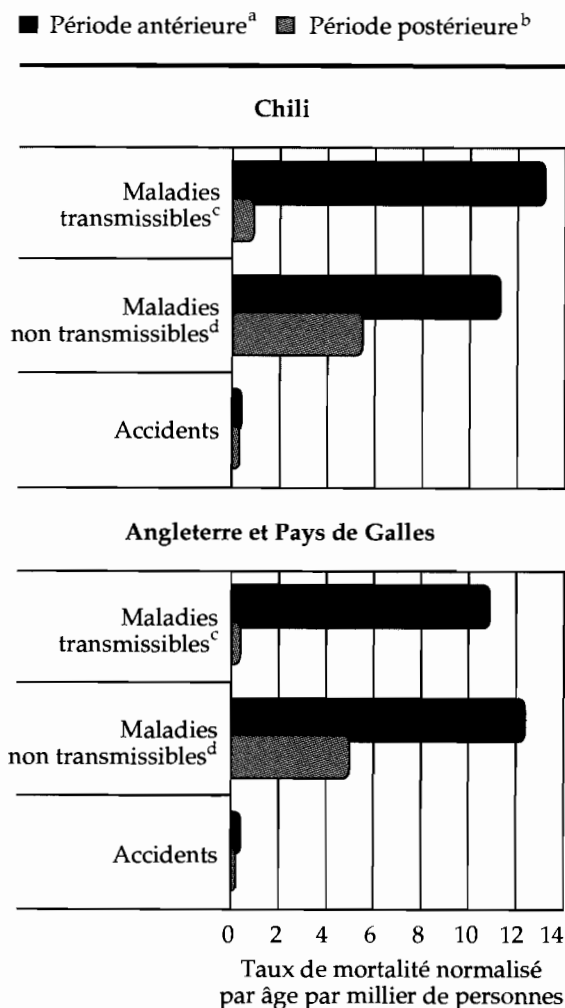
Source : Annexe A.

blèmes de santé publique, car il accroît la prévalence de maladies non transmissibles nécessitant des soins particulièrement coûteux. De nouvelles maladies, telles que le SIDA, sont apparues. Une simple statistique permet de se faire une idée de l'ampleur des problèmes de santé non encore résolus : en 1990, environ 12,4 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans sont morts dans les pays en développement. Si ces enfants avaient eu les mêmes chances de survie que ceux qui sont nés dans des économies de marché bien établies, le nombre des décès dans le groupe d'âge considéré aurait été ramené à 1,1 million, soit une réduction de plus de 90 %.

Avant d'examiner en quoi doit consister une politique de la santé, il faut prendre la mesure des problèmes de santé. On se fonde souvent, pour cela, sur la

Les décès causés par les maladies transmissibles ont diminué beaucoup plus vite que ceux qui sont dus à des maladies non transmissibles ou à des blessures.

Figure 1.3 Taux types de mortalité féminine normalisés par âge au Chili et en Angleterre et Pays de Galles, pour quelques années



a. Pour le Chili, 1930; pour l'Angleterre et Pays de Galles, 1891.

b. Pour le Chili, 1987; pour l'Angleterre et Pays de Galles, 1990.

c. Y compris mortalité maternelle et néonatale.

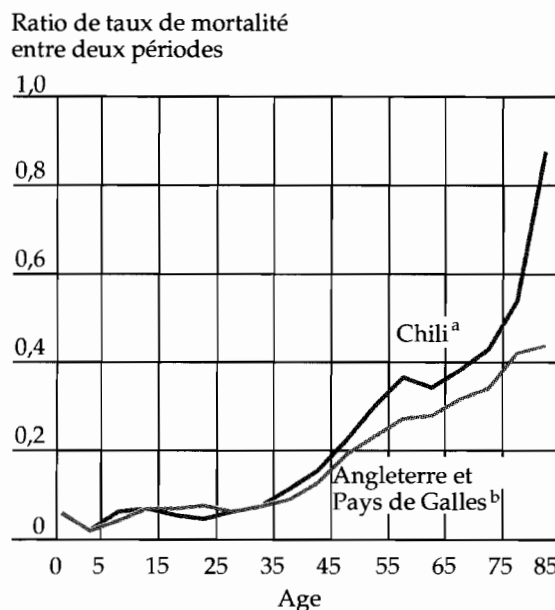
d. Pour la période antérieure, cela comprend la catégorie « divers et inconnu ».

Source : Pour le Chili, 1930 et l'Angleterre et Pays de Galles, 1891, Preston, Keyfitz et Schoen, 1972; pour 1987 et 1990, OMS, *Annuaire statistique*, 1989 et 1991.

mortalité, mais cet indicateur ne rend évidemment pas compte des autres conséquences de la morbidité (souffrances, handicaps, incapacités). Dans une étude

Une évolution comparable au Chili et en Angleterre-Pays de Galles montre que les taux de mortalité ont baissé beaucoup plus fortement pour les jeunes.

Figure 1.4 Evolution des taux de mortalité féminine par âge au Chili et en Angleterre et Pays de Galles, pour quelques années



a. Ratio des taux de 1990 aux taux de 1930.

b. Ratio des taux de 1990 aux taux de 1891.

Source : Pour le Chili, 1930 et l'Angleterre et Pays de Galles, 1891, Preston, Keyfitz et Schoen, 1972; pour le Chili, 1990, données de l'Organisation mondiale de la santé; pour l'Angleterre et Pays de Galles, 1990, Nations Unies, *Annuaire démographique*, 1991.

préalable à la préparation du présent Rapport, réalisée conjointement par la Banque et l'Organisation mondiale de la santé, on a tenté de mesurer la charge de morbidité globale (CMG) en faisant entrer en ligne de compte a) le degré de prématurité des décès (différence entre l'âge au décès et l'espérance de vie à cet âge dans une population à faible mortalité) et b) la réduction de la durée de vie valide résultant des handicaps induits par la maladie. L'indicateur retenu pour mesurer la CMG est la réduction du nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). En 1990, la réduction du nombre d'AVCI s'est chiffrée, pour le monde entier, à 1,36 milliard, soit l'équivalent de 42 millions de décès de nouveau-nés ou de 80 millions de décès d'adultes âgés de 50 ans. La réduction totale du nombre d'AVCI est imputable, à raison de 66 %, à des décès prématurés et de 34 % à la réduction de la durée de vie valide. Dans le monde

en développement, la réduction du nombre d'AVCI s'explique à raison de 67 % par des décès prématurés; dans les économies de marché bien établies et dans les anciennes économies socialistes d'Europe, cette proportion n'est que de 55 %. Le Tableau 1.1 décompose la CMG par sexe et catégorie d'affection, et indique la contribution respective des décès prématurés et des cas d'invalidité à la réduction totale du nombre d'AVCI. On a distingué trois facteurs de morbidité : les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les blessures.

Le mode de calcul de la CMG est expliqué dans l'Encadré 1.3, de même que la manière dont il convient de l'interpréter. Les résultats des travaux consacrés à la CMG indiquent que, contrairement à ce qu'on croit généralement, les maladies infectieuses et parasitaires n'ont pas encore été vaincues. Les maladies diarrhéiques, les maladies de l'enfance telles que la rougeole, les affections respiratoires, les troubles dus à des vers parasites et le paludisme contribuent pour un quart à la CMG. L'impact des maladies de l'enfance, dont la plupart peuvent être aisément évitées et cèdent à des traitements peu coûteux, est plus important en Afrique subsaharienne (43 % de la perte totale d'AVCI) que partout ailleurs, encore qu'il reste considérable en Inde (28 %), dans les autres pays et îles d'Asie (29 %) et dans le croissant moyen-oriental (29 %). Chez les adultes, l'impact des maladies transmissibles est aussi loin d'être négligeable : à elles seules, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la tuberculose entrent pour 7 % dans la CMG.

En dépit de son niveau d'agrégation élevé, l'indicateur de la CMG ne rend pas compte de toutes les conséquences des maladies et des affections traumatiques. Par exemple, il laisse de côté le coût social des séquelles défigurantes de maladies telles que l'onchocercose et la lèpre, de même que des dysfonctions comme dissolution des couples lorsque la femme est atteinte de fistules obstétriques (séquelles irréversibles de complications d'accouchement). De plus, les statistiques sous-estiment sans doute l'ampleur de certains phénomènes ayant une incidence sur la santé : c'est certainement le cas, par exemple, des violences exercées à l'encontre des femmes, qui sont la plupart du temps passées sous silence.

Les comparaisons entre pays portant sur la perte totale d'AVCI sont sujettes à caution du fait des disparités d'effectifs et de structure par âge des populations à risque. Pour éviter les distorsions tenant à l'effectif de la population à risque, on a donc, pour 1990, calculé pour les deux sexes des taux régionaux d'impact de la morbidité pour 1.000 habitants (Figure 1.5). À l'échelle mondiale, le taux d'impact de la morbidité s'établit à 259, mais on observe des différences considérables d'une région à l'autre. En Afrique subsaharienne, la perte d'AVCI a été de 574 pour 1.000 habitants, soit plus du double du taux mondial. En Inde, dans le croissant moyen-oriental et dans les autres pays et îles d'Asie, les taux s'échelonnent entre 250 et

Tableau 1.1 Charge de morbidité selon le sexe, le type d'affection et l'issue, 1990
(millions d'AVCI)

Sexe et issue	Catégorie de maladie		
	Maladies transmissibles ^a	Maladies non transmissibles	Blessures
<i>Sexe masculin</i>			
Décès prématuré	259	152	70
Invalidité	47	146	39
<i>Sexe féminin</i>			
Décès prématuré	244	135	33
Invalidité	74	142	20

Note : AVCI = année de vie corrigée du facteur invalidité.

a. Y compris affections liées à la maternité et affections périnatales.

Source : Appendice B.

350. Pour la Chine, les anciennes économies socialistes d'Europe et l'Amérique latine et les Caraïbes, ils varient entre 150 et 250. Le taux d'impact de la morbidité pour 1.000 habitants est de loin le plus faible pour les pays développés à économie de marché (117). Le classement des différentes régions reste à peu près inchangé si l'on fait entrer en ligne de compte les disparités de structure par âge de la population.

Pour la population féminine, le taux mondial d'impact de la morbidité est inférieur d'environ 10 % à ce qu'il est pour la population masculine. En effet, les décès prématurés sont moins fréquents dans la population féminine que dans la population masculine; en revanche, la réduction de la durée de vie valide est du même ordre pour les deux sexes. Toutefois, l'impact des maladies transmissibles sur la réduction de la durée de vie valide est beaucoup plus considérable dans la population féminine que dans la population masculine, phénomène qui tient en partie à l'impact important des affections liées à la maternité, mais s'explique aussi par le fait que la population féminine est beaucoup plus gravement touchée par les maladies sexuellement transmissibles que la population masculine. Dans l'état actuel de la médecine, il serait possible de diminuer en grande partie cette disparité. On constate d'importantes différences entre les régions pour ce qui est de la situation des deux sexes au regard de la morbidité : l'impact global de la morbidité est plus faible de 30 % pour la population féminine que pour la population masculine dans les anciennes économies socialistes d'Europe, où la mortalité est beaucoup plus forte chez les hommes que chez les femmes adultes, mais, en Inde, l'impact de la morbidité est supérieur de 8 % dans la population féminine à ce qu'il est dans la population masculine. En Inde et en Chine également, le taux d'impact de la morbidité est plus élevé dans la population féminine que dans la population masculine, et ce n'est certainement pas une coïncidence; en effet, les deux pays présentent une rupture d'équilibre entre population masculine et population féminine due au nombre considérable de femmes « disparues » (et présumées

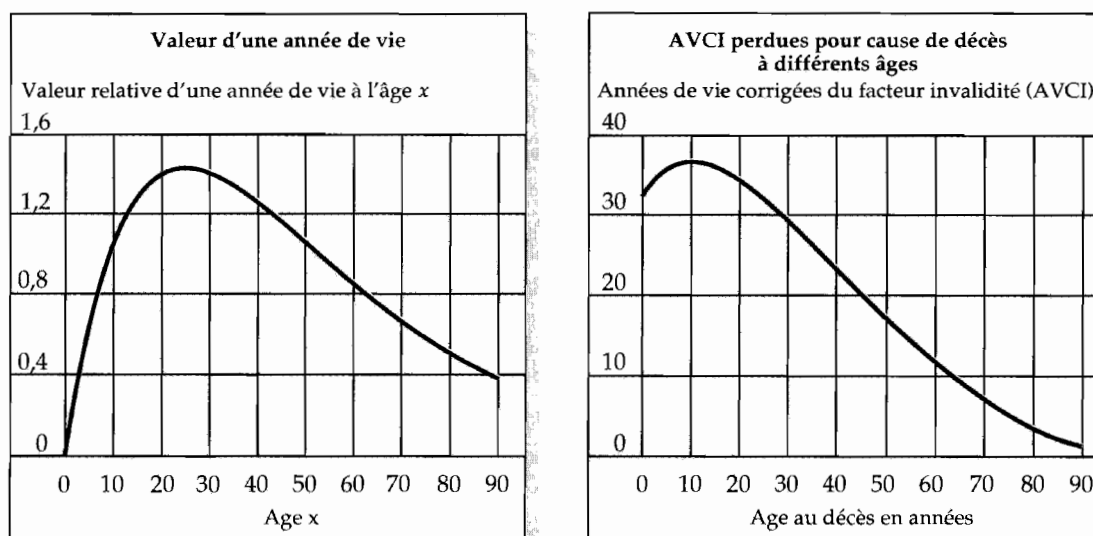
Encadré 1.3 Mesurer la charge de morbidité

La plupart des mesures qui sont faites de l'importance relative des différentes maladies considèrent le nombre de décès qui leur sont imputables. Cette convention a certains avantages : le décès est un fait démographique bien défini, et de nombreux pays tiennent régulièrement des statistiques de mortalité. Cependant, de nombreuses maladies ou affections, sans être mortelles, réduisent considérablement la durée de vie valide de ceux qui en sont atteints : il en est ainsi, par exemple, de l'état dépressif chronique et de la paralysie causée par la poliomyélite. Ces affections sont répandues, elles peuvent durer longtemps et elles mettent souvent fortement à contribution les systèmes de santé.

Afin de quantifier aussi précisément que possible l'impact de ces affections sur la durée de vie valide, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé ont, pour les besoins de la préparation du présent Rapport, entrepris une étude conjointe. Cette étude a consisté à classer les maladies et affections en 109 catégories d'après la *Classification internationale des maladies* (neuvième révision). Ces catégories comprennent toutes les causes possibles de décès et environ 95 % des causes possibles d'invalidité. Sur la base des déclarations de décès lorsqu'elles en spécifiaient la cause ou, lorsque tel n'était pas le cas, d'estimations d'experts, tous les décès enregistrés en 1990 ont été répartis entre les 109 causes possibles et ventilés selon l'âge, le sexe et la région démographique. On a calculé la réduction de la durée de vie résultant de chaque décès en déduisant l'âge au décès de l'espérance de vie à cet âge dans une population à faible mortalité. Pour ce qui est des cas d'invalidité, leur incidence selon l'âge, le sexe et la région démographique a été calculée d'après les résultats d'enquêtes auprès des

populations ou, à défaut, sur la base d'évaluations d'experts; dans chaque cas, la réduction du nombre d'années de vie valide a été calculée en multipliant la durée probable de la maladie ou de l'affection (jusqu'à la rémission ou au décès) par un coefficient de pondération exprimant le degré de gravité de l'invalidité par rapport à la perte de la vie. Les maladies ont été rangées en six classes selon le degré d'invalidité qu'elles entraînent; par exemple, on a assigné un coefficient de gravité de 0,22 aux affections de la classe 2, qui comprend la plupart des cas de lèpre et 50 % des affections inflammatoires pelviennes, et un coefficient de gravité de 0,6 aux affections de la classe 4, qui comprend 30 % des cas de démence et 50 % des cas d'affections entraînant la cécité. On a ensuite ajouté dans chaque cas la réduction de la durée de la vie à la réduction pondérée de la durée de vie valide, en appliquant un taux d'actualisation de 3 % (qui rend dégressive, avec le temps, la valeur assignée aux années futures de vie valide) et un coefficient de pondération selon l'âge (qui a pour effet de moduler en fonction de l'âge au décès la valeur attribuée aux années de vie perdues). La valeur de chaque année de vie perdue, indiquée dans la partie gauche de la Figure 1.3 du présent encadré, qui est nulle à la naissance, augmente ensuite rapidement jusqu'à atteindre un maximum pour l'âge de 25 ans, et diminue ensuite progressivement. Les coefficients de pondération selon l'âge reflètent le consensus d'un certain nombre d'experts, mais on aurait pu évidemment recourir à d'autres formules d'évaluation — par exemple, ne pas tenir compte de l'âge au décès et donc attribuer la même valeur à chacune des années de vie perdues, ce qui aurait accru l'importance relative des maladies de l'enfance.

Figure 1.3A Evolution par âge des pondérations en fonction de l'âge et des pertes d'AVCI



Source : Données de la Banque mondiale.

Tableau 1.3A Ventilation des pertes d'AVCI par cause et par région démographique, 1990
(pourcentage)

Cause	Monde	Afrique sub- saharienne	Inde	Chine	Autres économies et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen- oriental	Anciennes économies socialistes d'Europe	Économies de marché bien établies
Population (millions d'habitants)	5.267	510	850	1.134	683	444	503	346	798
Maladies transmissibles	45,8	71,3	50,5	25,3	48,5	42,2	51,0	8,6	9,7
Tuberculose	3,4	4,7	3,7	2,9	5,1	2,5	2,8	0,6	0,2
MST et VIH	3,8	8,8	2,7	1,7	1,5	6,6	0,7	1,2	3,4
Affections diarrhéiques	7,3	10,4	9,6	2,1	8,3	5,7	10,7	0,4	0,3
Maladies de l'enfance évitables par vaccination	5,0	9,6	6,7	0,9	4,5	1,6	6,0	0,1	0,1
Paludisme	2,6	10,8	0,3	*	1,4	0,4	0,2	*	*
Affections dues à des vers parasites	1,8	1,8	0,9	3,4	3,4	2,5	0,4	*	*
Infections respiratoires	9,0	10,8	10,9	6,4	11,1	6,2	11,5	2,6	2,6
Affections liées à la maternité	2,2	2,7	2,7	1,2	2,5	1,7	2,9	0,8	0,6
Causes périnatales	7,3	7,1	9,1	5,2	7,4	9,1	10,9	2,4	2,2
Divers	3,5	4,6	4,0	1,4	3,3	5,8	4,9	0,6	0,5
Maladies non transmissibles	42,2	19,4	40,4	58,0	40,1	42,8	36,0	74,8	78,4
Cancer	5,8	1,5	4,1	9,2	4,4	5,2	3,4	14,8	19,1
Carences nutritionnelles	3,9	2,8	6,2	3,3	4,6	4,6	3,7	1,4	1,7
Troubles neuropsychiatriques	6,8	3,3	6,1	8,0	7,0	8,0	5,6	11,1	15,0
Affections cérébrovasculaires	3,2	1,5	2,1	6,3	2,1	2,6	2,4	8,9	5,3
Cardiopathies ischémiques	3,1	0,4	2,8	2,1	3,5	2,7	1,8	13,7	10,0
Congestions pulmonaires	1,3	0,2	0,6	5,5	0,5	0,7	0,5	1,6	1,7
Divers	18,0	9,7	18,5	23,6	17,9	19,1	18,7	23,4	25,6
Affections traumatiques	11,9	9,3	9,1	16,7	11,3	15,0	13,0	16,6	11,9
Accidents de la circulation	2,3	1,3	1,1	2,3	2,3	5,7	3,3	3,7	3,5
Blessures volontaires	3,7	4,2	1,2	5,1	3,2	4,3	5,2	4,8	4,0
Divers	5,9	3,9	6,8	9,3	5,8	5,0	4,6	8,1	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Millions d'AVCI	1.362	293	292	201	177	103	144	58	94
Nombre équivalent de décès de nourrissons (millions)	42,0	9,0	9,0	6,2	5,5	3,2	4,4	1,8	2,9
Nombre d'AVCI pour 1.000 habitants	259	575	344	178	260	233	286	168	117

*Moins de 0,05 %.

Note : AVCI = année de vie corrigée du facteur invalidité; MST = maladies sexuellement transmissibles; VIH = virus d'immunodéficience humaine.
Source : Données de la Banque mondiale.

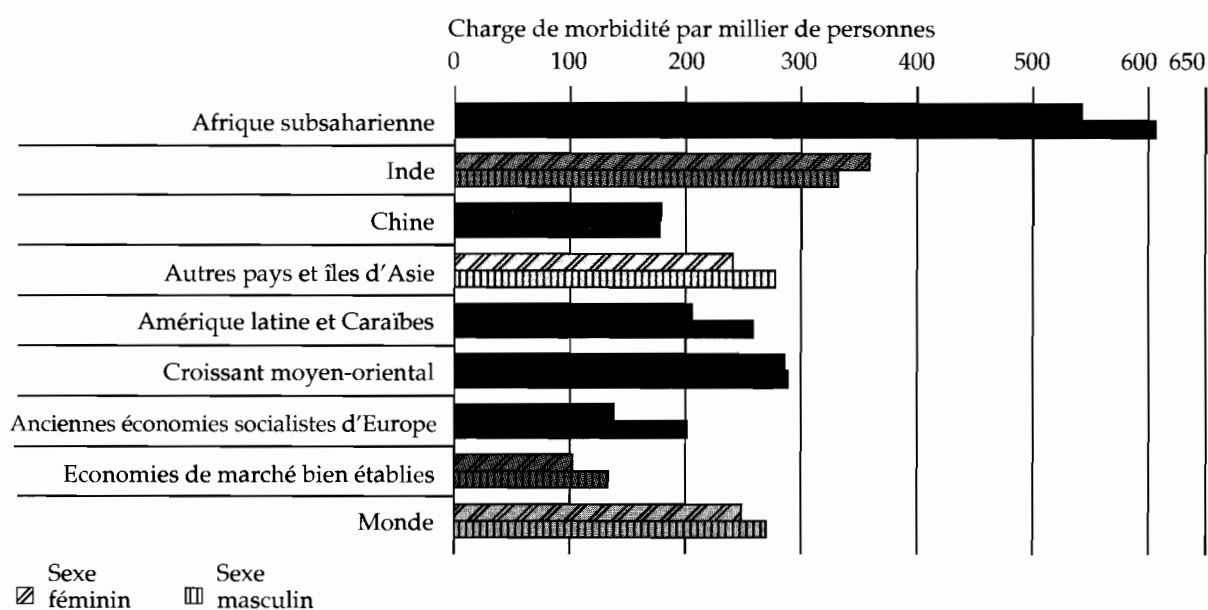
Ainsi, en appliquant un taux d'actualisation et un coefficient de pondération selon l'âge, on a calculé, pour les différents âges au décès, la réduction du nombre d'AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité). Comme il ressort de la partie droite de la Figure 1.3A, le décès d'un nouveau-né de sexe féminin représente une perte de 32,5 AVCI; le décès d'une femme de 30 ans entraîne une perte de 29 AVCI, et celui d'une femme de 60 ans une perte de 12 AVCI (les valeurs calculées pour les individus du sexe masculin sont légèrement inférieures). La réduction totale du nombre d'AVCI pour tous les âges, toutes les affections et toutes les régions représente la charge de morbidité globale (CMG). Pour plus de détails concernant la CMG, se reporter à l'Annexe B.

L'indicateur de la charge de morbidité globale mesure la valeur actualisée des années futures de vie valide perdues par suite des décès, des maladies et des affections traumatiques enregistrés en 1990. Ainsi, cet indicateur repose sur des faits survenus en 1990, mais rend compte de l'incidence future de ces faits sur le nombre d'années de vie valide. Le présent rapport exprime la charge de morbidité de trois manières différentes : par le nombre d'AVCI perdues sous forme de pourcentage d'un agrégat quelconque (comme le pourcentage de perte totale imputable à telle maladie), et par rapport à l'effectif de la population en 1990. Ce dernier

indicateur doit être interprété avec prudence, parce qu'il rapporte toutes les pertes futures à l'effectif actuel de la population et que la mesure peut fort bien dépasser une année par personne. Ainsi, le décès d'un nourrisson enregistré en 1990 apporte dans les 32 ans (valeur actualisée d'environ 80 ans d'espérance de vie) à la charge de morbidité, mais le nourrisson ne compte évidemment que pour une unité dans la population. Ou encore, pour prendre un exemple extrême, si la population entière de la planète devait s'éteindre en un an, la charge de morbidité pour 1.000 habitants serait supérieure à 20.000 AVCI pour cette année-là. Il n'y a donc pas d'échelle absolue par rapport à laquelle mesurer la CMG pour 1.000 habitants, les seules comparaisons qui aient un sens sont celles que l'on peut faire entre catégories de régions, facteurs de risque, groupes de maladies ou sexes. Le Tableau 1.3A indique comment la CMG se décompose par catégorie d'affections et par région démographique.

La méthode retenue pour calculer la CMG peut aussi être employée pour suivre les progrès de la santé publique dans tel ou tel pays d'après l'évolution de la charge de morbidité dans ce pays. Des plans ont été esquissés pour la réalisation d'études selon cette méthode en Afrique du Sud, au Costa Rica et en Inde (dans l'Etat de l'Andhra Pradesh).

Figure 1.5 Charges de morbidité par sexe et par région démographique, 1990



Source : Annexe B.

décédées). En Chine, ce déséquilibre résulte sans doute principalement des infanticides et de la pratique (plus récente) des avortements illicites sélectifs.

Les statistiques de la charge de morbidité par groupe d'âge (Tableau 1.2) fournissent des indications utiles sur la manière dont les programmes de santé devraient être ciblés. La perte d'AVCI imputable aux affections diarrhéiques tient pour plus de 80 % à l'incidence de ces affections chez les moins de 5 ans. L'impact des affections dues à des vers parasites est concentré sur le groupe des 5 à 14 ans. L'impact de la tuberculose est concentré pour plus de moitié sur le groupe des 15 à 44 ans. Enfin, l'impact des cardiopathies ischémiques est concentré pour plus de 60 % sur le groupe des plus de 60 ans.

On relève une corrélation positive entre la charge de morbidité globale et l'impact des maladies transmissibles (Figure 1.6). En Afrique subsaharienne, région où la charge de morbidité pour 1.000 habitants est la plus élevée, cette charge tient à raison de 71 % aux maladies infectieuses, alors qu'en Amérique latine (région qui se situe dans la moyenne pour l'impact de la morbidité), ce chiffre n'est que de 42 %; dans les économies de marché bien établies, les maladies infectieuses n'entrent que pour 10 % dans la charge de morbidité globale. Pour les maladies non transmissibles, les proportions sont inversées : leur

contribution à la charge de morbidité est de 19 % en Afrique subsaharienne, 43 % en Amérique latine et 78 % dans les économies de marché bien établies.

Tableau 1.2 Contribution de quatre grandes maladies à la morbidité selon l'âge d'incidence et le sexe, 1990 (millions d'AVCI)

Affection et sexe	Groupe d'âge (années)					Total
	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	
Affections diarrhéiques						
Sexe masculin	42,1	4,6	2,8	0,4	0,2	50,2
Sexe féminin	40,7	4,8	2,8	0,4	0,3	48,9
Affections dues à des vers parasites						
Sexe masculin	0,2	10,6	1,6	0,5	0,1	13,1
Sexe féminin	0,1	9,2	0,9	0,5	0,1	10,9
Tuberculose						
Sexe masculin	1,2	3,1	13,4	6,2	2,6	26,5
Sexe féminin	1,3	3,8	10,9	2,8	1,2	20,0
Cardiopathies ischémiques						
Sexe masculin	0,1	0,1	3,6	8,1	13,1	25,0
Sexe féminin	**	**	1,2	3,2	13,0	17,5

** Moins de 50.000.

Note : AVCI = année de vie corrigée du facteur invalidité.

Source : Données de la Banque mondiale.

Cependant, si marquées que soient les disparités entre régions quant à la contribution des deux catégories de maladies à la charge de morbidité, c'est en Afrique subsaharienne que les maladies transmissibles et non transmissibles font le plus de ravages, et dans les économies de marché bien établies qu'elles en font le moins. Le schéma d'évolution de la morbidité est simple : lorsque la santé s'améliore, on constate un recul de toutes les catégories de maladies, mais on observe aussi un renversement du rapport entre la contribution à la morbidité totale des maladies transmissibles et celle des affections non transmissibles, celles-ci ayant un impact beaucoup plus considérable que les premières dans les pays où le niveau de santé est élevé.

En dépit de la très substantielle amélioration de la santé enregistrée dans le monde entier, les calculs de la CMG effectués pour les différentes régions montrent que, dans certaines, en particulier les plus pauvres d'entre elles, la morbidité entraîne encore de nombreux décès prématurés et de nombreux cas d'invalidité. Or, il existe des moyens efficaces et peu coûteux de lutter contre les maladies transmissibles (autres que les affections liées à la maternité et les affections périnatales), qui contribuent à raison d'environ 35 % à l'impact global de la morbidité sur la population mondiale (et pour plus de 60 % à l'impact de la morbidité sur la population des pays d'Afrique subsaharienne). Les autres affections qui, à l'échelle mondiale, entrent pour 65 % dans la CMG sont relativement réfractaires à ce type d'action, et leur recul implique ces modifications du comportement et du mode de vie des adultes.

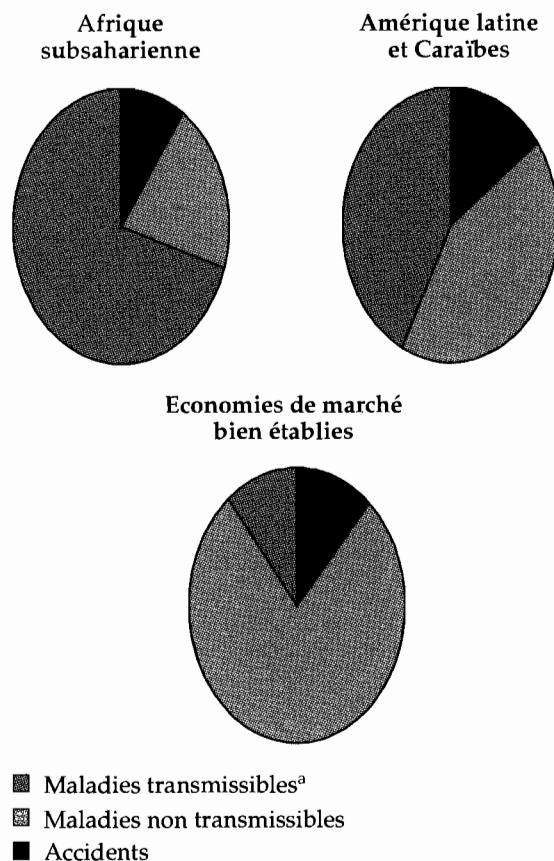
Des défis pour l'avenir

De nouveaux problèmes de santé surgiront au cours des prochaines décennies. Certains sont prévisibles : ils résulteront de l'augmentation sensible de l'impact des maladies non transmissibles liée à la continuation de la transition démographique. D'autres s'annoncent avec moins de certitude : propagation du VIH et augmentation du nombre des décès dus au SIDA, augmentation du nombre des agents infectieux réfractaires aux médicaments ; usage persistant de substances nuisibles à la santé telles que le tabac. Bien que personne ne puisse prévoir au juste l'ampleur de ces problèmes, il est possible d'établir des projections relativement fiables. Par exemple, on prévoit qu'en dehors des économies de marché bien établies, le nombre des décès imputables à l'usage du tabac passera de 1,7 million en 1990 (40 % dans les anciennes économies socialistes d'Europe) à plus de 3 millions en 2005 et environ 4,5 millions en 2015. D'autres problèmes potentiellement graves ne se prêtent pas à des prévisions : par exemple, il n'est pas exclu qu'apparaissent de nouveaux agents infectieux aussi dévastateurs que le VIH, et l'on peut craindre des contaminations accidentelles par les agents biologiques mis au point à des fins militaires.

La part des maladies transmissibles dans la charge de morbidité diminue lorsque les taux de mortalité baissent.

Figure 1.6 Distribution des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues, par cause, pour quelques régions démographiques, 1990

(pourcentage du total des AVCI perdues)



a. Y compris mortalité maternelle et périnatale.
Source : Annexe B.

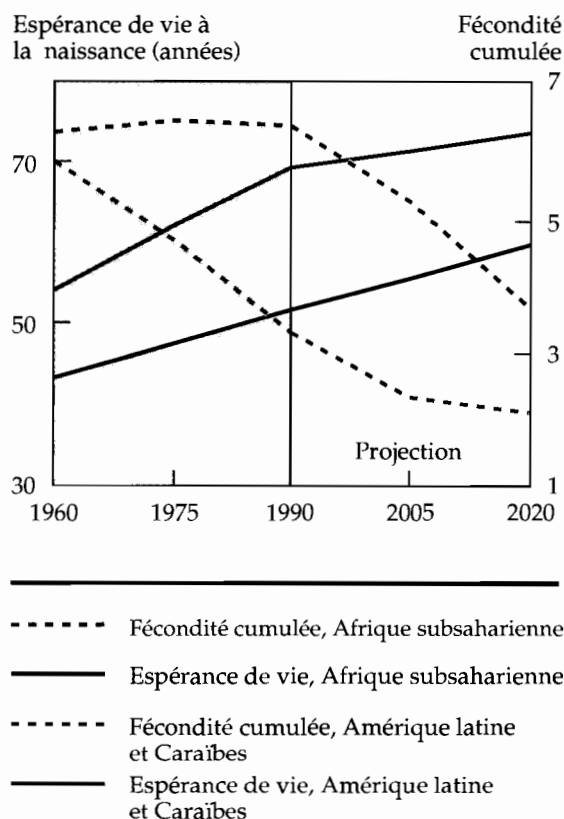
La présente section traite de la contribution potentielle à la CMG de trois problèmes majeurs qui se prêtent à des prévisions : le vieillissement de la population, la propagation du SIDA et l'apparition d'agents infectieux réfractaires aux médicaments.

Le vieillissement de la population

Le recul de la mortalité enregistré dans la quasi-totalité des pays s'est accompagné en général d'une forte réduction de la fécondité. La transition démographique — passage de taux de mortalité et de fécondité élevés à des taux de mortalité et de fécondité réduits — est pratiquement achevée dans les

Dans l'ensemble du monde, baisse de la fécondité et baisse de la mortalité vont de pair.

Figure 1.7 Tendances de l'espérance de vie et de la fécondité en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et Caraïbes, 1960-2020



Source : Annexe A et données de la Banque mondiale.

pays à revenu élevé et est en voie de l'être en Chine et en Amérique latine. Même en Afrique subsaharienne, il semble que s'amorce une baisse de la fécondité.

On prévoit que la tendance à une réduction systématique de la fécondité à mesure que progresse l'espérance de vie se poursuivra au-delà du début du prochain siècle. La Figure 1.7 illustre cette tendance pour deux régions en développement à des stades différents de la transition démographique : l'Amérique latine et l'Afrique subsaharienne. Les projections établies pour l'Afrique subsaharienne laissent prévoir des changements à peu près de même ampleur que ceux qui se sont déjà produits en Amérique latine. Dans la plupart des pays en développement, la baisse de la mortalité a précédé d'au

Encadré 1.4 Transition démographique et transition épidémiologique

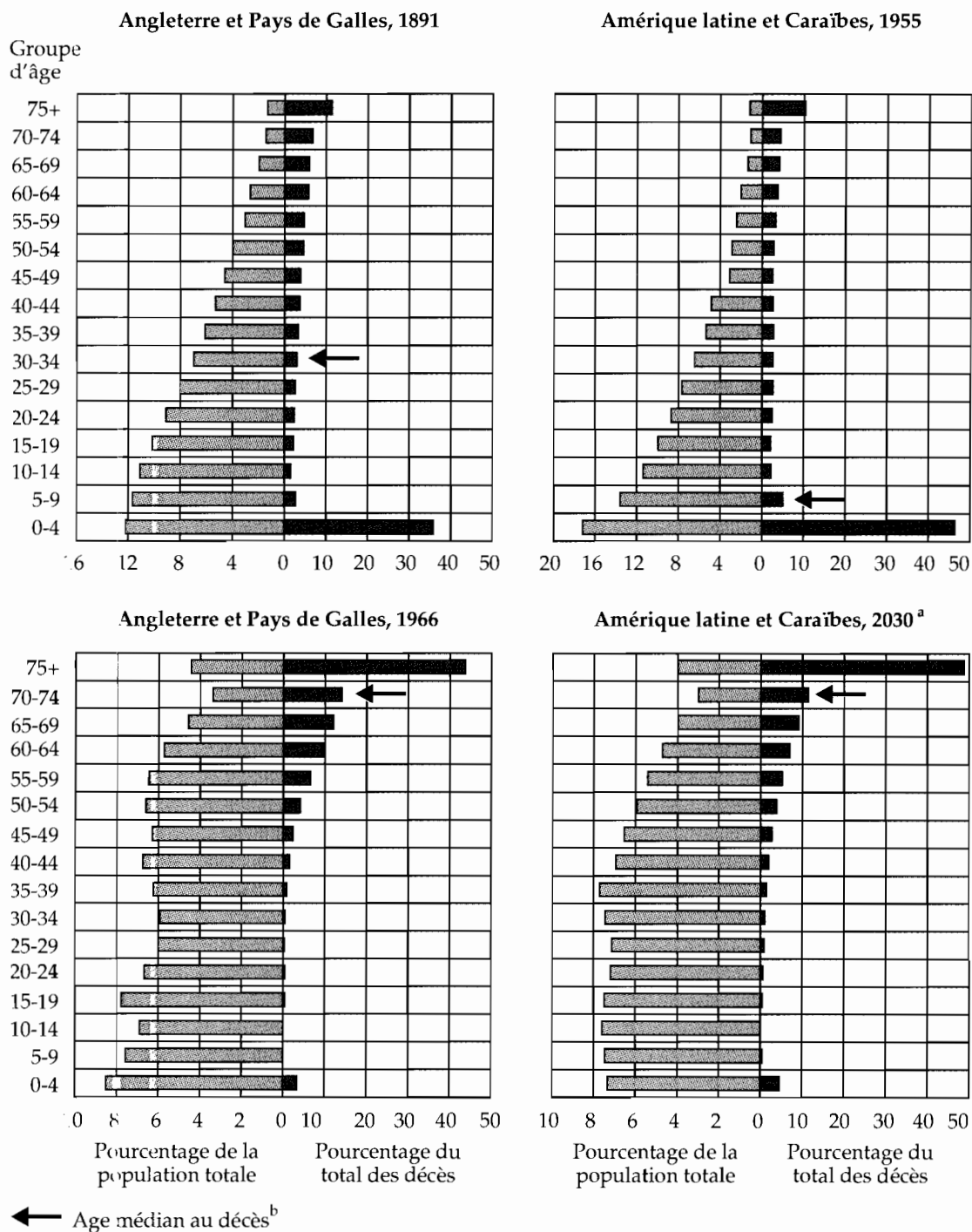
On distingue deux phases dans l'évolution de la structure de la morbidité. La première correspond à ce qu'on appelle la transition démographique, laquelle se caractérise par une réduction de la mortalité due aux maladies infectieuses, et par une réduction de la fécondité qui s'explique partiellement par celle de la mortalité. La seconde, conséquence du déclin de la fécondité et du fait que les différentes causes de mortalité ne reculent pas toutes au même rythme, correspond à ce qu'on appelle la transition épidémiologique. La population tend à vieillir, et les maladies non infectieuses deviennent la principale composante de la morbidité. Au cours des 30 prochaines années, la structure de la morbidité dans les pays en développement subira de profondes modifications sous l'effet de cette double transition.

On considère généralement que, dans un pays en transition démographique, les indicateurs de santé évoluent avant tout en fonction du recul de la mortalité. En fait, la baisse rapide de la fécondité influe fortement à la fois sur la composition par âge de la population et sur la distribution de fréquence des causes de décès. Lorsque la fécondité est élevée, la fraction jeune de la population est très importante, quel que soit le taux de mortalité. Le nombre des femmes qui atteignent l'âge de la fécondité augmentant chaque année, la base de la pyramide des âges continue de s'élargir tant que les taux de natalité demeurent élevés. Lorsque s'amorce un rapide déclin des taux de natalité, le nombre annuel des naissances se stabilise ou même commence à diminuer. Comme le montre la Figure 1.4A, l'allure de la pyramide des âges commence alors à se modifier : initialement en forme de triangle aplati, elle tend à se transformer en un rectangle, et peut même prendre la forme d'une poire à mesure que sa base se rétrécit.

moins deux décennies le recul de la fécondité, et ce décalage a entraîné un relèvement temporaire des taux d'accroissement démographique, qui ont pu atteindre annuellement 3 %, voire 4 %. (En revanche, dans les économies de marché bien établies et dans les anciennes économies socialistes d'Europe, le déclin de la fécondité et le recul de la mortalité, amorcés à la fin du XIXe siècle, ont été à peu près synchronisés, de sorte que les taux d'accroissement démographique ont rarement dépassé 2 % par an.)

Cette évolution des variables démographiques a, et continuera d'avoir, une incidence considérable sur la structure par âge de la population dans les pays en développement. A mesure que la fécondité diminue, cette structure tend à se rapprocher de ce qu'elle est dans les économies de marché bien établies et dans les anciennes économies socialistes d'Europe (Encadré 1.4). On prévoit que, dans les pays en développe-

Figure 1.4A Evolution de la distribution et de la mortalité par âge en Angleterre et Pays de Galles et en Amérique latine et Caraïbes



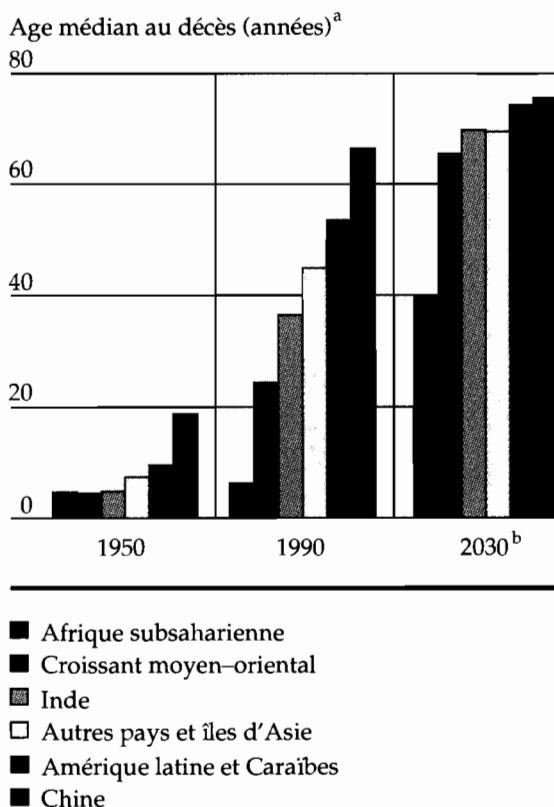
a. Age projeté.

b. L'âge au-dessous duquel la moitié de tous les décès d'une année ont lieu.

Source. Pour l'Angleterre et Pays de Galles, 1891, Preston, Keyfitz et Schoen, 1972; pour l'Angleterre et Pays de Galles, 1966, Nations Unies, *Annuaire démographique*, 1978; pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 1955 et 2030, données de la Banque mondiale.

Toutes les régions connaîtront la transition de santé, mais le moment variera.

Figure 1.8 Age médian au décès, par région démographique, 1950, 1990 et 2030



a. L'âge au-dessous duquel la moitié de tous les décès d'une année ont lieu.

b. Projection.

Source : Données de la Banque mondiale.

ment, la proportion d'individus âgés de 65 ans ou plus passera de 4 à 9 % entre 1990 et 2030 (et leur nombre de 184 millions à 678 millions). Il en résultera une forte augmentation de la contribution des maladies non transmissibles à la morbidité totale et aussi une forte augmentation de l'incidence et de la prévalence de ces maladies. Parallèlement, les maladies transmissibles continueront de sévir dans les couches les plus jeunes de la population. En dépit de la réduction de la fécondité, le nombre annuel de naissances augmentera quelque peu dans les pays en développement, passant de 127 millions en 1990 à 145 millions en 2020, pour amorcer ensuite un recul qui devrait le ramener à 142 millions en 2030. L'effectif des enfants âgés de moins de 5 ans augmentera plus rapidement, passant de 552 millions en 1990 à 682 millions en

2030. Ces changements, étalés sur un siècle dans les pays à revenu élevé, seront concentrés sur 50 ans ou moins dans certains pays en développement.

L'âge médian au décès est un indicateur utile de l'impact relatif de la morbidité chez les jeunes et chez les personnes âgées. Pour les six régions en développement, l'âge médian au décès était inférieur à 20 ans en 1950, ce qui indiquait la prédominance de la morbidité juvénile parmi les causes de décès. En 1990, l'âge médian au décès était passé à près de 60 ans en Chine et en Amérique latine, mais il demeurerait à peine supérieur à 5 ans en Afrique subsaharienne et il était encore inférieur à 25 ans dans le croissant moyen-oriental (Figure 1.8). D'ici à 2030, à supposer que les tendances actuelles se poursuivent, l'âge médian au décès devrait passer à plus de 60 ans pour toutes les régions, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, où il n'atteindra que 40 ans environ.

Il ressort de ces projections démographiques que les responsables des services de santé devraient prévoir pour les 40 prochaines années une augmentation modeste de la demande de services destinés aux enfants, et devraient tenir compte aussi de la très forte augmentation prévue de la population âgée, dont les besoins en services de santé sont évidemment très différents de ceux de la population jeune. Jusqu'à présent, l'évolution démographique des pays en développement a été plus rapide que celle des pays à revenu élevé au moment de leur transition démographique, et il continuera probablement d'en être ainsi, ce qui rendra plus difficiles les problèmes d'adaptation. Comme les affections non transmissibles exigent des soins souvent coûteux, il est à craindre que le traitement de ces affections absorbe des ressources nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles (qui resteront répandues). Des études de la Banque mondiale consacrées au Brésil et à la Chine ont déjà mis en évidence ce type de dilemme.

VIH et SIDA

En 1990, plus de 80 % des porteurs du VIH, dont l'effectif était estimé à 8,8 millions, habitaient des pays en développement. Dans ces pays, le SIDA sévit principalement chez les adultes hétérosexuels, mais on relève aussi de nombreux cas d'infections périnatales des jeunes enfants. Selon les statistiques disponibles, trois seulement des huit régions démographiques considérées dans le présent Rapport (les anciennes économies socialistes d'Europe, le croissant moyen-oriental et la Chine) sont relativement épargnées par le VIH. Il se peut que ces trois régions soient sur le point d'être touchées par la propagation de ce virus. Il faut de six à dix ans en moyenne pour que le SIDA se déclare chez un adulte séropositif. Ainsi, quelle que soit l'évolution du taux de transmission du virus, il faut s'attendre à ce que le nombre de cas de SIDA augmente au cours des prochaines années.

Tableau 1.3 Evolution de l'épidémie de VIH-SIDA

Région	Incidence du VIH (millions de personnes)		Prévalence du VIH (millions de personnes)		Décès dus au SIDA (millions)	
	1990	2000 ^a	1990	2000 ^a	1990	2000 ^a
Groupe des pays en transition démographique ^b	1,6	2,5	7,4	25	0,3	1,7
Afrique subsaharienne	1,1	1,0	5,8	12	0,3	0,9
Asie ^c	0,3	1,3	0,4	9	**	0,6
EMBE et AESE ^d	0,1	**	1,4	1	0,1	0,1
Total	1,7	2,5	8,8	26	0,4	1,8

** Moins de 0.000.

Note : On entend par incidence le nombre annuel de nouvelles contaminations, et par prévalence le nombre total de séropositifs.

a. Estimations fondées sur des hypothèses plutôt optimistes.

b. Pays des régions démographiques suivantes : Afrique subsaharienne, Inde, Chine, Autres pays et île d'Asie, Amérique latine et Caraïbes, et Croissant moyen-oriental.

c. Inde, Chine et région démographique comprenant les Autres pays et îles d'Asie.

d. EMBE = économies de marché bien établies; AESE = anciennes économies socialistes d'Europe.

Source : Données de l'Organisation mondiale de la santé.

Il est difficile de prévoir l'évolution de l'épidémie parce que la dynamique de la propagation du VIH est encore très mal connue. Selon l'OMS, 2,5 millions de personnes de plus seront contaminées par le VIH en l'an 2000; le nombre des séropositifs atteindra alors 26 millions, et le nombre cumulé des décès dus au SIDA 1,8 million (Tableau 1.3). Ces projections pèchent sans doute par défaut, car elles reposent sur l'hypothèse que le rythme de propagation du VIH en Afrique se ralentira quelque peu et que l'effectif des séropositifs augmentera surtout en Inde et dans les autres pays et îles d'Asie. En l'absence d'interventions efficaces visant à ralentir la propagation du virus, le nombre des décès dus au SIDA doublerait, auquel cas la maladie, en l'an 2000, entrerait pour 8 %, et non pas 3,5 % comme l'indiquent les projections reproduites dans le Tableau 1.3, dans la charge de morbidité globale. En revanche, si les comportements sexuels se modifient radicalement au cours des dix prochaines années, les projections de l'OMS apparaîtront rétrospectivement comme excessivement pessimistes. Une réduction relativement modeste du nombre des partenaires sexuels ou de la prévalence des MST, ou une forte augmentation de la fréquence d'utilisation des préservatifs, pourrait entraîner une réduction sensible du taux de transmission du VIH. Les premiers résultats (provisoire) des études réalisées en Thaïlande apparaissent encourageants : il n'est peut-être pas illusoire d'espérer un changement des comportements.

Les opinions divergent quant à l'incidence de l'épidémie de SIDA sur l'accroissement de la population. La raison en est que des projections fiables sont impossibles, parce qu'il est difficile de quantifier les variables qui doivent entrer en ligne de compte pour construire un modèle de l'épidémie : taux de contamination en début de période, facteurs de risque liés au comportement, efficacité de la transmission, durée de la période d'incubation, durée de survie des malades,

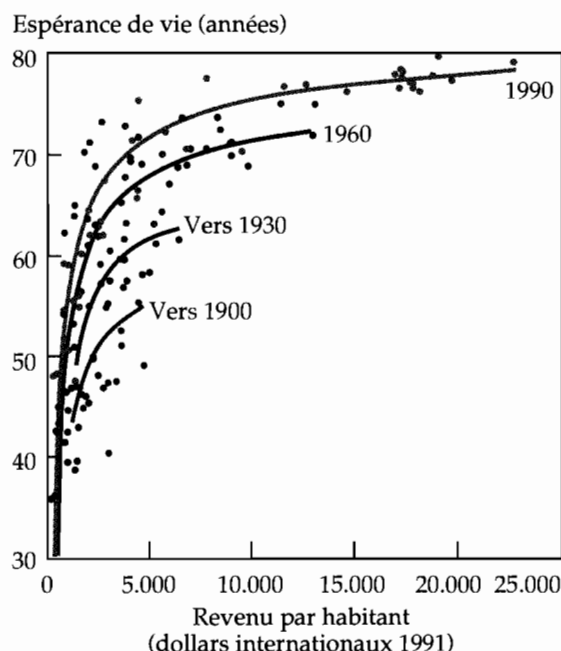
rôle de cofacteurs éventuels tels que les MST. Pour les régions africaines particulièrement touchées par l'épidémie, on a d'abord pensé que celle-ci entraînerait une réduction de l'effectif de la population. Des projections réalisées ultérieurement indiquent que l'accroissement démographique se poursuivra, mais plus lentement. Des projections de travail ont été établies pour l'Afrique subsaharienne sur la base d'une hypothèse pessimiste selon laquelle l'effectif mondial des séropositifs atteindrait 60 millions en l'an 2000; selon ces projections, l'espérance de vie des habitants de la région en 2010 serait inférieure de six ans à celle calculée sur la base d'un modèle plus optimiste, et le taux de mortalité adulte supérieur de 25 %. Cependant, même si l'hypothèse pessimiste se vérifiait, l'incidence de l'épidémie sur l'accroissement démographique demeurerait relativement modeste : pour la période 2005-2010, le taux d'accroissement démographique se trouverait réduit d'environ un quart de point, ce qui le ramènerait de 2,95 % à 2,7 % par an. Cependant, dans des pays comme la Thaïlande, où les taux de fécondité et de mortalité sont beaucoup moins élevés qu'en Afrique subsaharienne, il n'est nullement exclu que le SIDA entraîne, pendant une trentaine d'années ou même plus, une réduction de l'effectif de la population.

Apparition d'agents infectieux réfractaires aux médicaments

Les micro-organismes pathogènes évoluent par mutation; les mutants peuvent être à l'origine de maladies nouvelles ou devenir réfractaires aux médicaments par un processus de sélection naturelle. Au cours de ce siècle, deux épidémies particulièrement graves sont imputables à des agents pathogènes apparus par mutation : le virus responsable de l'épidémie mondiale de grippe de 1918-19 et le VIH.

L'espérance de vie est liée au revenu, mais le rapport entre les deux a évolué vers le haut durant le XXe siècle.

Figure 1.9 Espérance de vie et revenu par habitant pour quelques pays et périodes



Note : Les dollars internationaux sont déduits des monnaies nationales, non par l'utilisation des taux de change, mais par l'évaluation du pouvoir d'achat. Cela a pour effet d'élever, et souvent de manière substantielle, les revenus relatifs des pays pauvres. Voir, pour comparaisons indicatives entre pays et plus amples explications, le Tableau 30 des Indicateurs du développement dans le monde.
Source : Preston, Keyfitz et Schoen, 1972; données de la Banque mondiale.

L'apparition, par sélection naturelle, de micro-organismes réfractaires aux médicaments, qui s'explique en partie par des cessations de traitement prématurées ou par le recours à des traitements inadaptés, constitue un phénomène moins spectaculaire parce que progressif, mais n'en présente pas moins de très graves dangers. Les bactéries communes responsables des pneumonies et des maladies diarrhéiques sont devenues réfractaires aux antibiotiques employés de longue date et finiront par le devenir aussi aux antibiotiques mis au point au cours des dernières décennies. Les cas de tuberculose dus à des bacilles réfractaires au régime d'antibiotiques tradi-

tionnellement prescrits contre cette maladie deviennent de plus en plus fréquents dans les pays industriels, et sont souvent mortels. Dans la quasi-totalité des régions où le paludisme est endémique, les hématozoaires responsables de cette maladie sont désormais réfractaires à la chloroquine, et on signale aussi qu'ils résistent de plus en plus aux nouveaux médicaments. Le paludisme est ainsi redevenu un réel danger dans des zones urbanisées où il avait cessé de sévir depuis plusieurs dizaines d'années. La résurgence de la maladie a été favorisée par une baisse d'efficacité de la lutte contre les vecteurs, qui s'explique en partie par le fait que les moustiques résistent de plus en plus aux insecticides classiques. Pour de nombreuses maladies sexuellement transmissibles, on observe aussi l'apparition de micro-organismes pathogènes réfractaires aux médicaments. Dans les pays en développement, les maladies pour lesquelles l'apparition d'agents pathogènes qui résistent aux médicaments pose déjà de graves problèmes (infections respiratoires, tuberculose, MST et paludisme) ont contribué pour près d'un cinquième à la CMG en 1990.

L'évolution constante des micro-organismes, qui les rend réfractaires aux médicaments, constitue un défi pour les chercheurs et les responsables des services de santé. Pour mettre au point de nouvelles thérapeutiques, il est indispensable de pousser plus avant les recherches microbiologiques. Il importe que les médecins et le personnel soignant tiennent compte de la contribution de la pharmacothérapie à l'apparition d'agents pathogènes réfractaires. Les progrès de la recherche fondamentale peuvent faciliter le dépistage des micro-organismes réfractaires, comme on l'a vu récemment dans le cas de la tuberculose. La lutte que mène l'humanité contre la maladie n'a guère de chances d'aboutir à une victoire définitive; il demeurera indispensable d'investir dans la recherche scientifique, et il est impératif que les responsables de la santé publique ne relâchent pas leur vigilance.

C'est en Afrique subsaharienne que tous ces problèmes liés à l'évolution microbienne sont les plus graves. Si l'action menée pour enrayer la propagation du VIH s'avère inefficace, le nombre annuel de décès dus au SIDA enregistrés dans la région augmentera de 1 million d'ici à l'an 2000. La plupart des victimes seront de jeunes adultes qui, avant d'être frappés par l'épidémie, étaient en bonne santé et promis à une longue vie. Si le paludisme devient réfractaire à tous les médicaments employés pour le combattre, le nombre annuel des décès provoqués par cette maladie pourrait augmenter fortement et atteindre 2,3 millions en l'an 2000 au lieu de 1,5 million comme on le prévoit actuellement. En Afrique subsaharienne, il faut craindre aussi une épidémie de tuberculose, qui serait déclenchée en partie par l'apparition de bacilles réfractaires aux médicaments et en partie par la propagation de la maladie par les porteurs du VIH. Une

extrapolation des tendances actuelles laisse prévoir qu'à la fin de ce siècle le nombre annuel des décès prématurés atteindra 8,5 millions pour l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, de nombreux indices donnent à penser que ce chiffre pourrait atteindre 11,5 millions, ce qui signifierait une forte réduction de l'espérance de vie.

Les leçons du passé : explication de la baisse de la mortalité

La baisse sans précédent de la mortalité enregistrée au cours des 100 dernières années et le recul encore plus spectaculaire qu'elle a accusé dans les pays en développement depuis la deuxième guerre mondiale s'expliquent par trois facteurs principaux : l'accroissement des revenus, les progrès de la médecine et la mise en œuvre de programmes de santé publique, dont l'efficacité est renforcée par la vulgarisation des connaissances en matière de santé.

Accroissement des revenus

La progression des revenus permet aux individus, en particulier ceux qui appartiennent aux couches pauvres de la population, de mieux se nourrir, de mieux se loger et de mieux se soigner. Comme il ressort de la Figure 1.9, l'évolution de l'espérance de vie dans les différents pays considérés a été étroitement liée, depuis le début du siècle, à l'évolution du revenu par habitant. La corrélation entre l'augmentation de l'espérance de vie et la progression des revenus est particulièrement forte tant que le revenu par habitant n'a pas atteint le seuil des 3.000 dollars (chiffre en dollars de 1991, corrigé du pouvoir d'achat). Cependant, la figure indique qu'à la fin de chacune des périodes de 30 ans considérées le rapport entre l'espérance de vie et le revenu par habitant est plus élevé qu'en début de période; autrement dit, à un niveau de revenu donné correspond un niveau de santé de plus en plus élevé. Par exemple, l'espérance de vie aux Etats-Unis était d'environ 49 ans en 1900 et le revenu par habitant de l'ordre de 4.800 dollars de 1991. En 1990, ce même revenu par habitant correspondait à une espérance de vie d'environ 71 ans. Cette augmentation du rapport espérance de vie/revenu indique que l'augmentation des revenus n'est que l'un des facteurs qui interviennent dans l'amélioration de la santé.

Progrès de la médecine

Jusqu'aux années 30, la médecine était presque complètement désarmée face aux fléaux qui menaçaient la santé de l'humanité, exception faite de la variole, contre laquelle un vaccin était largement employé en Europe depuis la fin du XVIIIe siècle, et de la diphtérie, contre laquelle on employait une antitoxine découverte en 1894. Depuis, avec la mise au point de

médicaments antibactériens et de nouveaux vaccins, la médecine s'est dotée de tout un arsenal qui permet de lutter efficacement contre la plupart des maladies transmissibles.

L'incidence des progrès de la médecine sur la santé dépend d'autres facteurs tels que l'augmentation des revenus dans les couches pauvres de la population, les progrès de la scolarisation et l'action des pouvoirs publics dans le domaine des services de santé. Les résultats obtenus grâce aux progrès de la médecine varient donc considérablement d'un pays à l'autre, même à l'intérieur d'une même région. Par exemple, au début des années 80, la mortalité juvénile était trois fois plus élevée au Mali qu'au Botswana; elle l'était six fois plus en Bolivie qu'au Chili, et cinq fois plus au Bangladesh qu'à Sri Lanka. Entre le début des années 60 et le début des années 80, elle a reculé de 20 % au Bangladesh mais de 65 % à Sri Lanka, de 10 % en Ouganda mais de 50 % au Kenya, et de 10 % en Haïti mais de près de 80 % au Costa Rica. Il est donc manifeste que certains pays ont mieux su que d'autres tirer parti des moyens offerts par la médecine moderne.

Santé publique et vulgarisation

L'adoption de mesures de santé publique concernant, en particulier, la salubrité de l'eau, l'assainissement et la qualité des produits alimentaires a certainement contribué au recul de la mortalité juvénile à la fin du XIXe siècle et à la baisse accélérée qu'elle a accusée au début du XXe siècle. Toutefois, le fait que cette baisse ait été plus ou moins rapide selon les régions donne à penser que tant que le public ne prend pas conscience des causes de la morbidité, les mesures de santé publique ne contribuent que modestement aux progrès réalisés. A la fin du XIXe siècle, après que Robert Koch eut démontré que le bacille auquel il a donné son nom était responsable de la tuberculose, les gens ont commencé à mieux comprendre le mécanisme des infections microbiennes. Ils ont pris des précautions simples — meilleure hygiène pour la préparation des aliments et l'évacuation des eaux usées et des ordures, élimination des mouches, mise en quarantaine des malades — mesures qui ont amélioré considérablement la santé publique. Des travaux de recherche récents ont montré qu'aux Etats-Unis, durant la dernière décennie du XIXe siècle, le différentiel de mortalité juvénile selon le niveau d'instruction, et même le niveau des revenus, était minime, mais qu'il s'est considérablement accru au début du XXe siècle, une fois amorcée la baisse du taux global de mortalité juvénile. Il faut en conclure que, jusqu'au moment où, grâce au progrès scientifique, les ménages ont commencé d'être mieux armés contre les risques de maladie, le niveau des revenus et le niveau d'instruction n'avaient qu'une incidence négligeable sur la mortalité juvénile. Le fait que la rapidité avec laquelle les individus assimilent et mettent en pratique les connaissances nou-

velles dépend de leur niveau d'instruction contribue à expliquer les fortes disparités de mortalité juvénile observées actuellement dans les pays en développement selon le niveau d'instruction de la mère.

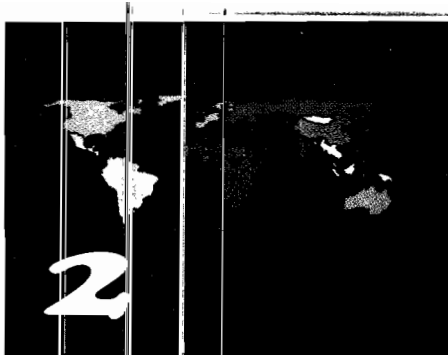
Le potentiel d'action efficace

Le recul de la mortalité observé depuis quelque temps dans les pays en développement est plus rapide que celui qui s'est produit antérieurement dans les pays à revenu élevé, et le progrès technologique y a davantage contribué. Par exemple, à Sri Lanka, on a observé, après la deuxième guerre mondiale, un recul tout à fait remarquable de la mortalité; le taux brut de mortalité, qui était en 1945 de 21,5 pour 1.000, était tombé à 12,4 pour 1.000 en 1950. Cette réduction serait due pour environ 23 % au programme d'éradication du paludisme, qui a consisté essentiellement en des campagnes de pulvérisation aérienne d'insecticides. Des campagnes semblables ont aussi beaucoup contribué à faire reculer la fièvre jaune, l'onchocercose et de nombreuses autres maladies. En Afrique, l'utilisation massive de nouveaux antibiotiques contre des affections comme le pian a contribué à faire reculer les MST et (probablement) les infections respiratoires aiguës. L'amélioration des réseaux d'adduction d'eau et des services de voirie a permis de freiner la propagation des maladies, en particulier dans les villes. Alors que, dans les pays qui appartiennent aujourd'hui au groupe des pays à revenu élevé, les taux de mortalité juvénile étaient, au début de ce siècle, beaucoup plus élevés dans les villes que dans les campagnes, c'est l'inverse qui se produit dans les pays en développement depuis 1950.

Les vaccinations ont, elles aussi, permis d'obtenir des résultats spectaculaires, notamment l'éradication de la variole et l'élimination des cas de poliomyélite à séquelles paralysantes dans l'hémisphère occidental.

Grâce, dans une large mesure, au Programme élargi de vaccination (PEV) lancé conjointement par l'OMS et l'UNICEF, environ 80 % des enfants du monde entier sont désormais vaccinés contre les principales maladies infectieuses de l'enfance. On estime que le programme, rien qu'en 1990, a sauvé la vie à 2,6 millions d'enfants. Des progrès ont été aussi réalisés grâce à des mesures curatives simples telles que la réhydratation par voie orale, qui permet de sauver les malades atteints d'affections diarrhéiques, ainsi que les pharmacothérapies intensives employées contre la tuberculose. Néanmoins, il reste encore beaucoup plus à faire : en 1990, les affections diarrhéiques et les maladies contre lesquelles il existe des vaccins ont à elles seules entraîné des décès d'enfants qui ont contribué à raison de 12 % à la CMG.

Le progrès scientifique a tout à la fois enrichi l'arsenal des traitements et pratiques cliniques à faible coût et renforcé l'efficacité potentielle des systèmes de santé. Il existe désormais des moyens peu coûteux de soigner la tuberculose, les MST, les infections pulmonaires et les complications d'accouchements, toutes affections qui, en 1990, ont encore contribué pour 20 % à la CMG. Grâce aux progrès de l'épidémiologie, pouvoirs publics et particuliers sont désormais avertis des ravages que provoque l'usage du tabac. Encore faut-il, pour maximiser les bienfaits du progrès scientifique, que les familles disposent des moyens nécessaires pour en tirer parti. Ces moyens leur seront donnés, notamment, par les progrès de la scolarisation, et en particulier celle des filles; l'accroissement des revenus, surtout dans les couches pauvres de la population; la mise en place de systèmes de santé publique souples et adaptables, offrant les services de médecine préventive et curative nécessaires. La suite du présent Rapport est consacrée à l'examen des politiques à mettre en oeuvre pour que ces conditions puissent être réunies.



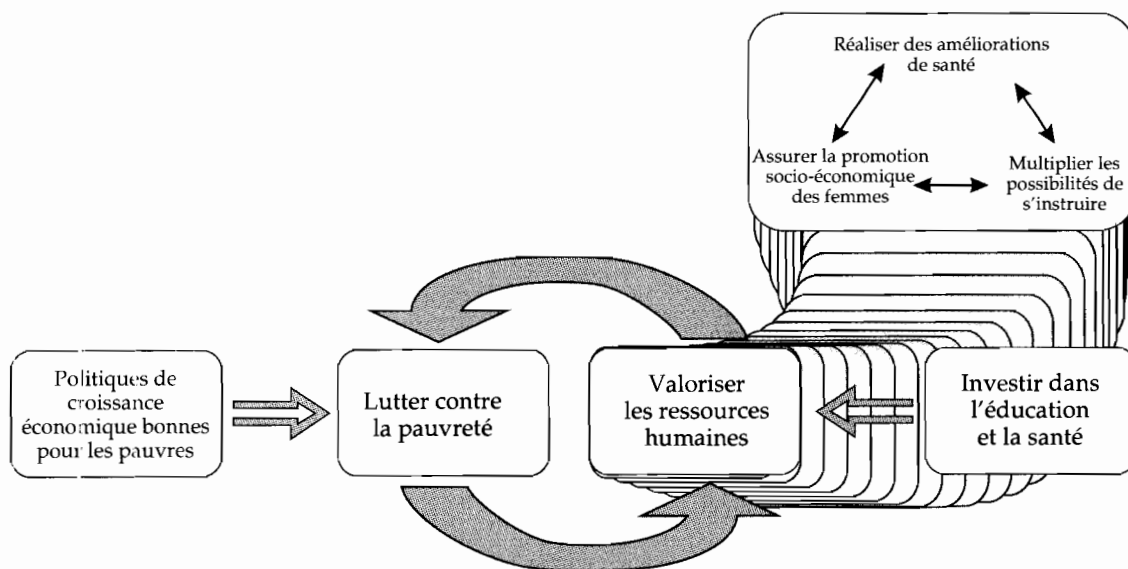
Les ménages et la santé

La manière dont chacun vit sa propre vie et fait vivre ses enfants agit bien plus sur la santé que tout ce que les gouvernements peuvent faire. Mais les choix individuels sont déterminés essentiellement par revenu et niveau de connaissances — ce dont on n'est pas complètement maître. En outre, dans chaque société, les capacités, le revenu et la condition des femmes exercent une très forte influence sur la santé. Du fait de ces corrélations, par ses effets sur les conditions de vie des ménages et des particuliers, l'action des pouvoirs publics peut être importante pour la santé des gens. Surtout la mise en place de mesures qui accélèrent la croissance du revenu et réduisent la pauvreté

dans les pays les plus pauvres ouvre à la population l'accès à une meilleure alimentation, à des conditions de vie plus saines et à des soins de santé de meilleure qualité. Une politique d'accès accru à l'éducation, particulièrement pour les filles, aide les ménages à vivre en meilleure santé en les rendant plus à même de se procurer l'information dont ils ont besoin et d'en faire bon usage. Il en va de même d'une politique tendant à procurer à tous des services de soins de santé efficaces et accessibles. L'effet cumulé de ces interventions provoque un cercle vertueux dans lequel réduction de la pauvreté et améliorations de santé se renforcent mutuellement (Figure 2.1).

L'interaction entre croissance économique et investissement en ressources humaines est génératrice de mieux-être.

Figure 2.1 Cycles qui se renforcent mutuellement : recul de la pauvreté et valorisation des ressources humaines



La capacité des ménages : revenu et scolarisation

A l'intérieur du ménage, la santé s'améliore rapidement dès que les individus qui le composent échappent à la pauvreté et au manque d'instruction

(Encadré 2.1). Au-delà, chaque service de santé d'une société donnée est tributaire du revenu national et la capacité de cette société à acquérir et appliquer les connaissances scientifiques nouvelles dépend du niveau d'instruction de la population.

Encadré 2.1 L'amélioration de la santé des enfants dans quatre pays

Dans les années 60, un enfant né dans le monde en développement avait 77 % de chances de vivre jusqu'à 5 ans. Environ 30 ans plus tard, le pourcentage était passé à 89 %. Dans quelle mesure la croissance du revenu et les progrès de la scolarisation ont-ils contribué à cette évolution? Quel rôle d'autres facteurs comme les progrès de la science et de la médecine ont-ils joué? Les données recueillies sur la survie juvénile dans 75 pays industriels et en développement pour la période 1960-87 en donnent un début de réponse (voir la note relative au Tableau A.3 de l'annexe). On examine spécialement ici les résultats obtenus pour quatre pays à niveau de revenu différent : le Costa Rica, la Côte d'Ivoire, l'Égypte et le Japon (voir tableau et figure de l'Encadré 2.1).

Dans ces quatre pays, l'amélioration de la santé des enfants tient en partie aux niveaux initiaux de la scolarisation et du revenu par habitant en 1960. Comme la scolarisation et le revenu par habitant entraînent des avantages de santé qui persistent souvent dans le temps, il est possible d'améliorer la santé d'un groupe humain en maintenant simplement les niveaux initiaux de scolarisation et de revenu. Au Costa Rica, où le revenu par habitant était relativement élevé et la scolarisation déjà largement répandue en 1960, les conditions de départ expliquent 58 % des gains de santé juvénile entre 1960 et 1987. En Côte d'Ivoire et en Égypte, où les niveaux de scolarisation et de revenu par habitant étaient modestes en 1960, les conditions initiales n'ont été à l'origine que d'un cinquième à un quart des gains réalisés. Au Japon également, les conditions initiales ont compté pour un cinquième des gains de santé juvénile, mais il n'y a là rien d'étonnant dans un pays où les chances de survie d'un nouveau-né étaient déjà très grandes en 1960.

En réalité, bien entendu, le revenu et la scolarisation se sont améliorés dans chacun de ces pays et cette évolution a encore renforcé les gains de survie des enfants. En Côte d'Ivoire, l'amélioration de l'instruction a eu, avec 66 % des gains réalisés entre 1960 et 1980, le plus fort effet sur la santé juvénile. Dans le cas de l'Égypte, au contraire, la proportion correspondante n'a été que de 21 %. La comparaison entre la Côte d'Ivoire et l'Égypte est révélatrice. La probabilité de survivre jusqu'à l'âge de 5 ans était initialement similaire dans les deux pays, et s'est améliorée à des taux comparables. Dans les deux pays également, la sensibilité de la survie des enfants au revenu par habitant et au niveau d'instruction des adultes était comparable. En Côte d'Ivoire, cependant, le niveau d'instruction des adultes est parti de niveaux beaucoup plus bas qu'en Égypte, mais a augmenté cinq fois plus vite. Le revenu par habitant en Côte d'Ivoire était presque le double de celui de l'Égypte en 1960, mais, par la suite, son rythme

de croissance n'a représenté que 60 % de celui de l'Égypte. De ce fait, les progrès de la scolarisation ont été très marqués en Côte d'Ivoire, tandis qu'en Égypte une bonne moitié des gains de santé juvénile a été due à la croissance du revenu par habitant.

Le Costa Rica et le Japon ont évolué de la même manière que l'Égypte : la croissance du revenu par habitant a contribué sensiblement plus aux gains de santé juvénile que les progrès de l'instruction. Toutefois, le progrès technique (estimé en utilisant le cours du temps comme variable représentative) a joué un rôle important au Japon, alors qu'au Costa Rica et en Égypte il a compté moins que les améliorations de l'instruction. Sauf pour le Japon, où la population avait déjà un très bon niveau d'instruction en 1960, l'analyse a probablement sous-estimé l'apport de la scolarisation dans la mesure où elle a considéré la scolarité de tous les adultes et non pas seulement celle des femmes. La santé des enfants est particulièrement sensible au niveau d'instruction des mères et il est probable que le nombre d'années de scolarité a augmenté beaucoup plus vite entre 1960 et 1987 pour les femmes jeunes que pour l'ensemble de la population adulte.

Tableau 2.1A Santé juvénile, revenu par habitant et scolarisation au Costa Rica, en Côte d'Ivoire, en Égypte et au Japon, 1960-87

Indicateur	Costa Rica	Côte d'Ivoire ^a	Égypte	Japon
1960				
Survie juvénile ^b	0,89	0,72	0,74	0,96
Revenu par habitant (dollars internationaux de 1987) ^c	2.160	1.021	557	2.701
Scolarité moyenne des adultes (années)	4,0	0,2	3,0	10,7
Pourcentage de variation annuel moyen, 1960-87				
Survie juvénile ^b	0,4	0,8	0,6	0,1
Revenu par habitant	2,3	3,2	5,2	5,3
Scolarité de la population adulte	2,0	11,8	2,4	0,2
Elasticité de la survie juvénile par rapport :				
Au revenu par habitant ^d	0,04	0,06	0,06	0,02
A la scolarité de la population adulte ^d	0,03	0,04	0,04	0,02

a. Les chiffres se rapportent à la période 1960-80.

b. La survie juvénile mesure la probabilité de vivre jusqu'à l'âge de 5 ans.

c. Le revenu est ajusté des différences de parité de pouvoir d'achat.

d. Les élasticités expriment la variation en pourcentage de la probabilité de survivre jusqu'à l'âge de 5 ans correspondant à une variation de 1 % de la variable indiquée.

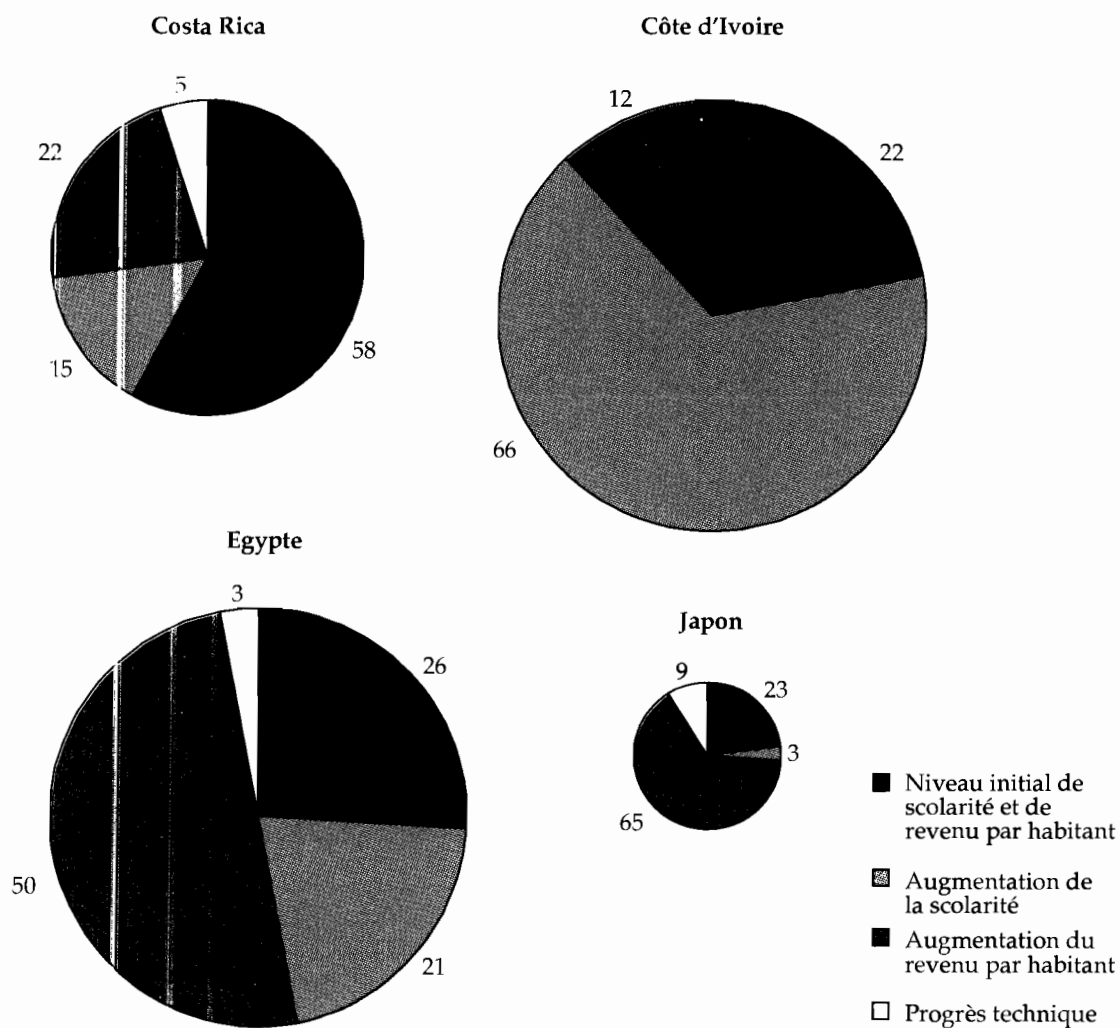
Source : Lau et al., document d'information.

L'influence du revenu sur la santé

Plus le revenu moyen par habitant d'un pays est élevé, plus il y a de chances que ses habitants vivent longtemps et en bonne santé. Bien entendu, cet effet

s'atténue à mesure que le revenu s'élève : le doublement du revenu par habitant (compte tenu des parités de pouvoir d'achat) par rapport à un niveau initial de 1.000 dollars en 1990, par exemple, fait gagner 11 ans d'espérance de vie, alors que le doublement par

Figure 2.1A Gains de santé juvénile, 1960-87, et part imputable à divers facteurs



Notes : La part de cercle est proportionnelle à l'augmentation, calculée en valeur absolue pour la période 1960-87, de la probabilité de vivre jusqu'à l'âge de 5 ans. Pour la Côte d'Ivoire, les changements indiqués pour la période sont extrapolés des changements observés durant la période 1960-80.

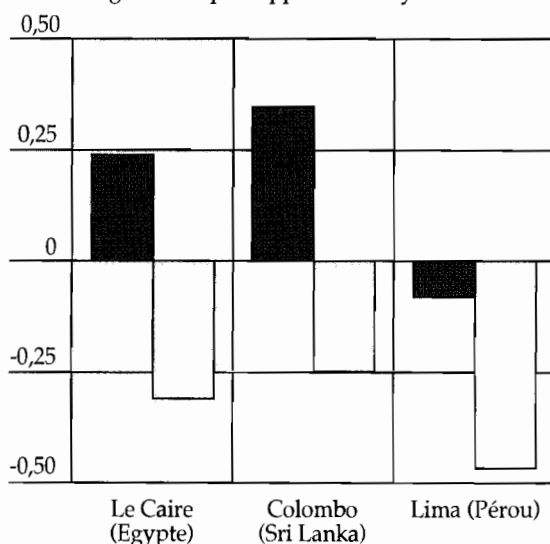
Source : La 1 et al., document d'information.

A l'intérieur d'une même ville, l'état de santé de la population est plus mauvais dans les quartiers pauvres.

Figure 2.2 Mortalité juvénile dans les quartiers riches et pauvres de quelques grandes agglomérations urbaines, fin des années 80

■ Quartiers pauvres
□ Quartiers riches

Pourcentage d'écart par rapport à la moyenne nationale



Note : Pour calculer les indices de mortalité juvénile pour chaque type de quartier, on a divisé le nombre de décès observé pour les enfants de femmes appartenant aux ménages de l'échantillon pour le quartier considéré par le nombre de décès prévu (sur la base de la distribution de la population des femmes en fonction du nombre d'années pendant lesquelles elles ont été en âge de procréer et le niveau moyen de la mortalité juvénile dans le pays pour chaque durée de la période de procréation). Pour calculer les écarts en pourcentage par rapport à la moyenne nationale, on retranche une unité de l'indice d'un quartier et on multiplie le résultat ainsi obtenu par 100. Les quartiers ont été classés, dans chaque ville, en fonction de la proportion de maisons dont le sol est en ciment. Les quartiers pauvres représentaient, dans ce classement, le quart inférieur et les quartiers riches le quart supérieur.

Source : Données des enquêtes nationales sur la démographie et la santé.

rapport à 4.000 dollars entraîne un gain de quatre ans seulement (voir Figure 1.9, Chapitre 1). L'augmentation du revenu a des conséquences plus fortes sur les populations pauvres dans la mesure où l'augmentation des ressources permet de se procurer de quoi répondre à des besoins de base, notamment d'alimentation et de logement, dont l'effet est particulièrement sensible sur la santé.

Comme la pauvreté influe fortement sur la santé, le revenu par habitant n'est pas le seul critère à considérer : il faut y ajouter la répartition du revenu et le nombre de personnes en situation de pauvreté. Dans les pays industriels, l'espérance de vie varie beaucoup plus suivant la répartition du revenu que suivant le revenu par habitant et elle augmente plus vite dans les sociétés où la répartition du revenu s'améliore. Ainsi, le Japon et le Royaume-Uni avaient des répartitions du revenu et des espérances de vie similaires dans les années 70, mais leur évolution diverge depuis lors. Le Japon a maintenant l'espérance de vie la plus longue au monde et une répartition du revenu très égalitaire. Au Royaume-Uni, où la disparité des revenus s'accroît depuis le milieu des années 80, l'espérance de vie est aujourd'hui inférieure de plus de trois ans à celle du Japon.

Dans les pays en développement, le nombre de personnes en situation de pauvreté influe spécialement sur les différences d'état de santé. Une étude portant sur 22 pays en développement présentant des données comparables sur la pauvreté (définie comme la part de la population qui consomme moins de 1 dollar par jour aux prix de 1985 à parité de pouvoir d'achat) a permis de constater que les différences observables dans la prévalence de la pauvreté et dans la dépense publique de santé par habitant entraînent pour beaucoup dans les différences d'espérance de vie d'un pays à l'autre. Les écarts de revenu par habitant n'avaient plus d'importance une fois ces deux aspects pris en considération. Il serait cependant erroné d'en conclure que la croissance du revenu ne contribue pas à augmenter l'espérance de vie; en réalité, tout dépend de l'usage fait du surcroît de revenu pour réduire la pauvreté et financer les services de santé publique. Dans les 22 pays étudiés, à peu près un tiers de l'effet exercé par la croissance économique sur l'espérance de vie s'est produit par la réduction de la pauvreté, les deux tiers restants provenant de l'augmentation de la dépense publique de santé. A Sri Lanka, une hausse de la dépense publique de santé par habitant était 22 fois plus efficace, pour réduire la mortalité infantile, que la même hausse du revenu moyen.

A l'intérieur des pays également, l'état de santé est fortement corrélé à la pauvreté. En Inde, en Indonésie et au Kenya, la mortalité juvénile est plus élevée dans les Etats ou provinces qui comptent une plus large proportion de pauvres. Dans les villes, on observe des différences marquées entre quartiers riches et quartiers pauvres dans la survie juvénile (Figure 2.2). En outre, les enfants des familles pauvres sont en moins bonne santé. A Madurai, deuxième ville de l'Etat indien du Tamil Nadu pour la population, dans le groupe d'âge des 2 à 9 ans, le risque d'être atteint d'invalidités physiques ou mentales graves était plus de deux fois plus grand dans les ménages les plus pauvres que dans les familles légèrement moins désavantagées.

Les pauvres sont sujets aux maladies, non seulement à cause de leurs mauvaises conditions de vie, mais aussi pour des raisons liées au travail. A Adana (Turquie), le risque de paludisme est sensiblement plus grand parmi les travailleurs migrants que pour la population locale; le nombre moyen de piqûres d'anophèle par personne était cinq fois plus élevé sous les tentes de ces travailleurs que dans les maisons des habitants du village. A Sri Lanka, les fuites des pulvérisateurs portés à dos d'homme sont l'une des causes les plus fréquentes d'empoisonnement par les pesticides; des enquêtes montrent que, malgré leur connaissance des risques courus, les agriculteurs continuent à utiliser du matériel déficient parce qu'ils n'ont les moyens ni de le remplacer, ni de le réparer.

La répartition du revenu à l'intérieur même des ménages influe elle aussi sur la santé. Le renforcement de l'accès des femmes au revenu peut être spécialement bénéfique pour la santé des enfants. Au Brésil, le revenu dont la mère dispose a, sur la santé familiale, un effet plus fort que le revenu qui dépend du père. En Jamaïque, les ménages dont le chef est une femme consomment des aliments plus nutritifs que ceux dont le chef est un homme; ils dépensent aussi une plus forte proportion de leur revenu pour des articles destinés aux enfants et beaucoup moins pour les achats d'alcool. En Côte d'Ivoire, le doublement du revenu dont les femmes ont la disposition réduit de 26 % la part de l'alcool dans le budget familial et diminue celle des cigarettes de 14 %. Au Guatemala, lorsque le revenu est gagné par le père, il faut, pour obtenir une amélioration donnée de la nutrition des enfants, dépenser 15 fois plus que si le revenu est gagné par la mère. S'il est vrai qu'une mère qui travaille peut moins facilement allaiter ses enfants et qu'elle a également moins de temps pour s'occuper d'eux — ce qui peut nuire à leur santé — les constatations recueillies dans de nombreux pays en développement indiquent cependant que ces inconvénients peuvent être compensés par les avantages de santé procurés grâce à ce qu'elle gagne.

Comme le nombre des pauvres se réduit à mesure que les revenus moyens s'élèvent, il y a généralement un lien étroit entre les revenus et l'état de santé. Une comparaison entre pays fait apparaître que la différence d'état de santé correspond, pour plus de 75 %, à des différences de revenu. En réalité, plus encore qu'une concomitance, il y a là un rapport causal et structurel : la croissance du revenu provoque directement une amélioration de la santé. Sur un échantillon de 58 pays en développement, une hausse du revenu par habitant de 10 %, toutes choses étant égales par ailleurs, réduisait les taux de mortalité infantile et juvénile dans une proportion allant de 2,0 à 3,5 %, et allongeait l'espérance de vie d'un mois. Cette estimation illustre l'impact total du revenu sur la santé; elle englobe les effets produits directement par le revenu (consommation alimentaire, par exemple) et ceux qui résultent indirectement de facteurs eux-mêmes déter-

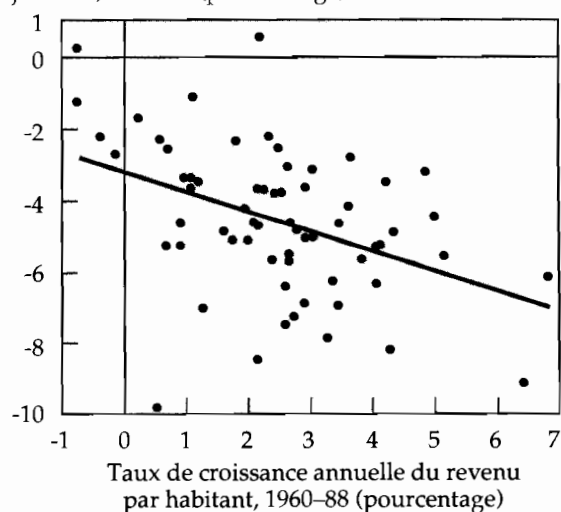
minés principalement par le revenu (accès à une eau salubre et à l'assainissement, possibilité de consulter des médecins, etc.). Des études portant sur des ménages confirment les résultats obtenus pour les pays. Un surcroît de revenu de 10 % abaisse la mortalité infantile dans une proportion de 1 à 2 % au Nigéria, à Sri Lanka, en Thaïlande et dans plusieurs pays d'Amérique latine, proportion qui peut atteindre 4 à 8 % en Côte d'Ivoire et au Ghana.

Ces observations mettent bien en évidence les conséquences d'une croissance économique lente pour la santé. La santé des enfants s'est améliorée partout, mais les gains sont beaucoup moins rapides dans les pays où le revenu croît lentement (Figure 2.3). Durant les années 80, les pays en développement ont enregistré des résultats économiques inégaux : le revenu par habitant est demeuré constant quand il n'a pas reculé et, dans certains pays, l'incidence de la pauvreté s'est aggravée (Tableau 2.1). Si la croissance économique avait été aussi rapide au cours des années 80 que durant les deux

La mortalité juvénile diminue plus vite dans les pays où le revenu par habitant augmente rapidement.

Figure 2.3 Baisse de la mortalité juvénile et croissance du revenu par personne dans 65 pays

Taux annuel de changement de mortalité juvénile, 1970-88 (pourcentage)



Note : La mortalité juvénile s'entend de la probabilité qu'a un enfant de mourir avant l'âge de 5 ans; la période utilisée pour calculer la moyenne de la baisse du taux de mortalité diffère de celle qui est utilisée pour la croissance du revenu par habitant afin de tenir compte des retards dans la relation entre les deux taux.

Source : Données de la Banque mondiale..

Tableau 2.1 Pauvreté et croissance du revenu par habitant par région en développement, 1985 et 1990, et tendances à long et moyen termes

Région	Indice général de pauvreté ^a		Pourcentage annuel de variation du revenu par habitant	
	1985	1990	1970-92	1982-92
Tous pays en développement	30,5	29,7	1,7	0,8
Afrique				
subsaharienne	47,6	47,8	-0,2	-1,1
Asie de l'Est	13,2	11,3	5,3	6,3
Asie du Sud	51,8	49,0	2,0	3,0
Europe de l'Est	7,1	7,1	1,2	1,7
Moyen-Orient et				
Afrique du Nord	30,6	33,1	0,1	-1,6
Amérique latine et Caraïbes	22,4	25,2	1,1	-0,2

Note : Les données régionales sur la variation annuelle du revenu par habitant renvoient aux moyennes non pondérées par pays. Les régions considérées dans le présent tableau sont celles définies dans les Indicateurs du développement dans le monde, sauf l'Europe de l'Est, qui englobe l'Albanie, la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la Roumanie, l'ancienne Tchécoslovaquie et l'ancienne République socialiste fédérative de Yougoslavie. Les données désagrégées pour ces deux derniers pays ne sont pas encore disponibles.

a. Part estimative de la population consommant moins de 32 dollars par personne par mois aux prix de parité du pouvoir d'achat de 1985. *Source :* Pour l'indice de pauvreté, Banque mondiale, 1993c; pour la variation du revenu par habitant, données de la Banque mondiale.

décennies précédentes, on évalue à 350.000 le nombre de décès d'enfants en bas âge, soit 6 % du total de ces décès qui auraient été évités dans les pays en développement (hormis l'Inde et la Chine) rien qu'en 1990. En Afrique et en Amérique latine, où la croissance moyenne a été inférieure de 2,5 points de pourcentage au cours des années 80, la proportion des vies de jeunes enfants qui auraient été sauvées aurait atteint, respectivement, 7 et 12 % en 1990. On estime que la récession subie par l'Amérique latine en 1983 a provoqué un surcroît de 12.000 décès d'enfants en bas âge, équivalant à 2 % du total de ces décès pour la même année. Et parce qu'une croissance économique lente freine le recul de la pauvreté et restreint les dépenses de santé, de scolarisation et d'autres services, il est hautement probable que la santé des pauvres a souffert de manière disproportionnée dans les années 80.

L'influence de la scolarisation sur la santé

Les ménages instruits jouissent d'une meilleure santé, qu'il s'agisse des adultes ou des enfants. C'est là un résultat étonnamment constant dans de très nombreuses études, malgré les différences de méthode, d'époque et d'échantillon de population.

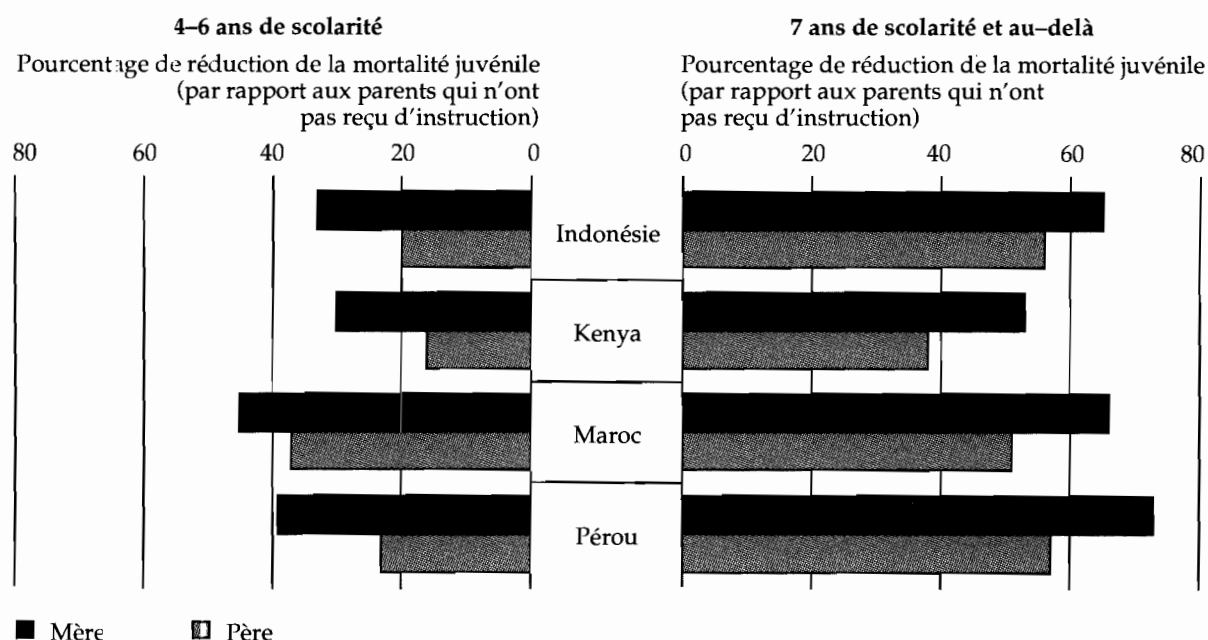
NIVEAU D'INSTRUCTION DES MERES ET SANTE DES ENFANTS. Dans la plupart des ménages, les femmes

sont les premières responsables de toute une série d'activités qui influent sur la santé. Elles s'occupent des travaux ménagers, assurent la propreté du logement, transforment les produits alimentaires et préparent les repas, nourrissent les jeunes enfants et en prennent soin, et s'occupent des malades. La santé des femmes elles-mêmes et leur efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles exercent un effet important sur la santé des autres membres de la famille, en particulier des enfants. Ainsi, une étude portant sur des enfants de moins de 10 ans au Bangladesh a constaté que, durant la période de deux ans consécutive au décès d'une mère, les taux de mortalité, par rapport à ceux d'enfants dont la mère était vivante, étaient deux fois plus élevés pour les garçons et trois fois plus élevés pour les filles.

L'instruction renforce considérablement la capacité des femmes à jouer le rôle qui est le leur dans la création de ménages en bonne santé. Elle les rend mieux à même d'utiliser l'information de santé et de faire bon usage des services de santé; elle accroît également leurs chances d'accès à un revenu et leur permet de vivre en meilleure santé. Aussi n'est-il pas surprenant que la santé d'un enfant soit déterminée bien davantage par le niveau d'instruction de la mère que par celui du père. Des statistiques portant sur 13 pays africains entre 1975 et 1985 montrent qu'une augmentation de 10 % du taux d'alphabétisation des femmes réduisait la mortalité juvénile de 10 %, tandis que le degré d'alphabétisation des hommes n'avait guère d'influence. Des enquêtes démographiques et sanitaires faites dans 25 pays en développement font apparaître que, toutes choses égales par ailleurs, le fait que la mère a été à l'école pendant ne serait-ce qu'un à trois ans abaisse la mortalité juvénile d'environ 15 %, tandis que, pour la même durée de scolarisation du père, la réduction n'est que de 6 %. Les effets s'accroissent lorsque les mères ont reçu une instruction plus poussée; au Pérou, par exemple, si la mère a fréquenté l'école durant sept ans ou davantage, les risques de mortalité sont réduits de près de 75 %, soit une diminution supérieure d'environ 28 % à celle que produit la même durée de scolarisation du père (Figure 2.4). Les pays qui, en 1965, avaient réalisé la quasi-universalité de scolarisation pour les garçons, alors que, pour les filles, le taux d'inscription était sensiblement inférieur, avaient, en 1985, une mortalité infantile qui était presque le double de celle des pays où l'écart était moindre entre garçons et filles.

Les avantages que la scolarisation de la mère apporte à la santé des enfants se manifestent même avant la naissance. Dans les pays en développement, les femmes instruites se marient et ont leur premier enfant plus tard, ce qui abaisse le risque de santé juvénile inhérent aux grossesses précoces. Les femmes instruites tendent également à utiliser davantage les soins prénatals et d'accouchement. Compte tenu des différences de possibilité d'accès aux services et de situation socio-économique, à Lima, 82 % des femmes

Figure 2.4 Effet du degré d'instruction des parents sur le risque de décès des moins de 2 ans dans quelques pays, fin des années 80



Source : F. Obcraft, 1993.

qui avaient été à l'école pendant six ans au moins avaient cherché à obtenir des soins prénatals, contre 62 % seulement dans le cas des femmes qui n'avaient pas été à l'école.

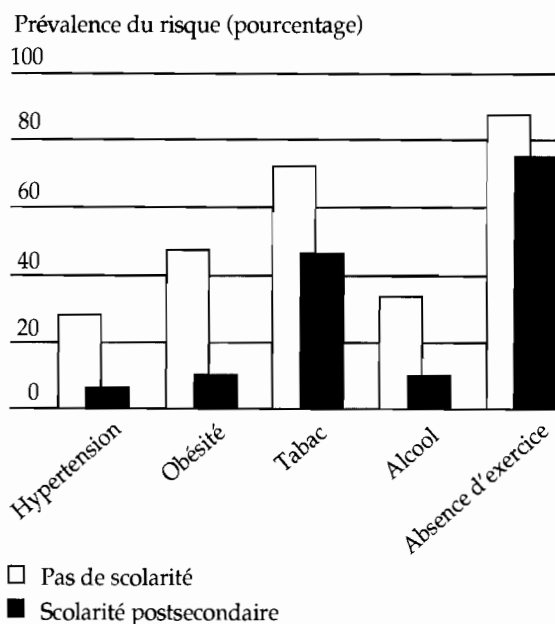
Après la naissance, les enfants de mères instruites continuent à bénéficier d'autres avantages favorables à la santé : une meilleure hygiène domestique, qui diminue le risque de contamination; une meilleure alimentation et davantage de vaccinations, qui réduisent la prédisposition à la maladie; et l'usage plus judicieux des services médicaux. Une étude sur des femmes du Bangladesh a montré que celles qui étaient instruites avaient des logements plus propres et des enfants mieux soignés que celles qui n'avaient pas d'instruction, et déclaraient préférer avoir chez elles de l'eau de réservoirs ou de puits tubulaires plutôt que de canaux ou de rivières. Au Brésil, en Inde et au Nigéria, les ménages instruits sont prêts à payer 6 à 50 % plus que les autres pour un meilleur service d'approvisionnement en eau.

Les mères instruites sont aussi mieux à même d'obtenir des renseignements sur la santé et d'en tirer parti. Au Brésil, ce que l'instruction du père fait gagner de santé aux enfants est essentiellement affaire de revenu, tandis que l'effet de l'instruction reçue par la mère se manifeste quasi totalement par l'information qu'elle recueille sur les questions de

santé en lisant les journaux, en regardant la télévision ou en écoutant la radio. En Thaïlande, les mères qui avaient été à l'école primaire étaient plus susceptibles que celles qui n'avaient aucune instruction de soigner les diarrhées des enfants par la réhydratation orale ou à l'aide d'une solution de sel et de sucre préparée à la maison; de 30 % dans ce cas-là, la différence passait à 90 % pour les mères qui avaient suivi un enseignement secondaire ou supérieur. Des résultats analogues ont été observés dans des pays aussi divers que le Burundi, la Colombie, le Ghana, le Maroc et le Nigéria. Au surplus, les mères instruites parviennent souvent à atténuer les atteintes que la pauvreté porte à la santé. Parmi les ménages ruraux pauvres de Côte d'Ivoire, par exemple, 24 % des enfants dont la mère n'avait reçu aucune instruction souffraient de problèmes de croissance, alors que la proportion correspondante n'était que de 11 % pour les enfants de mères qui avaient reçu un minimum d'instruction élémentaire. Le niveau d'instruction des femmes explique en grande partie les progrès sanitaires considérables réalisés, malgré des revenus relativement bas, en Chine, au Costa Rica, dans l'Etat indien du Kerala et à Sri Lanka.

INSTRUCTION ET SANTE DES ADULTES. Les habitudes personnelles et le mode de vie choisi par chacun

Figure 2.5 Scolarité et facteurs de risque de santé parmi les adultes, Porto Alegre (Brésil), 1987



Source : Achutti et al., 1988.

influent énormément sur la santé des adultes. Comme les personnes instruites tendent à faire des choix qui sont meilleurs pour leur santé, instruction et santé sont souvent étroitement liées. Une étude de l'espérance de vie aux États-Unis à l'âge de 25 ans a permis de constater qu'entre le niveau d'instruction le plus élevé et le plus bas l'écart était voisin de six ans pour les hommes de race blanche et de cinq ans pour les femmes de race blanche. Ces écarts — qui peuvent tenir en partie aux différences de revenu associées au niveau d'instruction — se maintiennent depuis les années 60.

Il en va de même dans les pays en développement. Des enquêtes faites en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Pakistan et au Pérou ont montré que, par rapport aux enquêtes dont les parents n'étaient pas instruits, ceux dont les parents avaient fréquenté l'école étaient plus susceptibles d'avoir des parents toujours en vie. Au Pérou, parmi les enquêtés âgés de 25 à 29 ans, 72 % des pères qui avaient de l'instruction étaient encore en vie à l'époque de l'enquête, alors que la proportion n'était que de 55 % pour ceux qui n'en avaient pas. En Jamaïque, l'instruction influait davantage que le revenu sur la santé des adultes, surtout avant l'âge de 50 ans. Les

taux de décès pour certaines maladies révèlent aussi des disparités selon le niveau d'instruction. En Russie, les décès de maladie cardiaque coronarienne étaient deux à trois fois plus fréquents chez les personnes peu instruites que chez celles qui l'étaient davantage. Au Brésil, les illettrés ou ceux qui n'avaient qu'une instruction primaire étaient environ cinq fois plus susceptibles de faire de la tension que ceux qui avaient poursuivi leurs études au-delà du secondaire. Le premier groupe était aussi substantiellement plus sujet à l'obésité, à la consommation d'alcool et de tabac et au manque d'exercice (Figure 2.5).

Les avantages que donne l'instruction continuent à se manifester lorsque de nouveaux types de risques de santé apparaissent. Ainsi, lorsque l'épidémie de SIDA a commencé, la maladie a d'abord frappé surtout les élites instruites, mais celles-ci ont été les premières à modifier leur mode de vie lorsque l'information sur la maladie et la manière de la prévenir a commencé à se répandre. Au Brésil, entre 1982 et 1985, 79 % des personnes atteintes avaient suivi un enseignement postsecondaire complet; à la fin des années 80, le pourcentage n'était plus que de 33 %. Un exemple plus frappant encore est donné par la manière dont les personnes instruites ont modifié leur comportement à l'égard du tabac. Au Royaume-Uni, la proportion de fumeurs parmi les adultes a diminué, entre 1958 et 1975, de 50 % parmi les gens les plus instruits, alors qu'elle n'a guère changé parmi ceux qui l'étaient le moins. Aux États-Unis, entre 1974 et 1987, l'usage du tabac a diminué neuf fois plus vite parmi les gens les plus instruits que parmi ceux qui l'étaient moins. La même comparaison faisait apparaître une différence du simple au double au Canada et du simple au triple en Norvège.

Des mesures propres à renforcer la capacité d'action des ménages

Parce que la capacité des gens à améliorer eux-mêmes leur santé dépend tellement du revenu et du niveau d'instruction, les conclusions que les gouvernements doivent en tirer sont claires : ils doivent s'employer à stimuler la croissance économique, à réduire la pauvreté, à élargir les possibilités de scolarisation, en particulier pour les filles, et à aider les femmes à se doter de moyens accrus pour prendre soin de leurs familles. On examine chacun de ces aspects ci-après.

Promouvoir la croissance et réduire la pauvreté

Durant les années 80, la croissance économique a été très inégalement répartie parmi les pays en développement. Le revenu par habitant s'est élevé de plus de 6 % par an en Asie de l'Est, mais il est resté constant ou a même diminué dans de nombreux autres pays. Ce bilan décevant s'explique par des chocs externes négatifs et par l'insuffisance des politiques internes. Néanmoins, certaines économies ont eu une crois-

sance rapide malgré les chocs externes, ce qui montre que beaucoup peut être fait par les pays en développement eux-mêmes.

Comme il est difficile de réduire la pauvreté sans croissance économique, l'adoption de saines politiques économiques de croissance est l'une des meilleures mesures qu'un gouvernement puisse prendre. Les stratégies de développement doivent aussi rechercher spécialement une croissance largement partagée pour donner aux pauvres de meilleures possibilités de se procurer un revenu ainsi qu'un meilleur accès à tout un ensemble de services sociaux. Afin de protéger les membres de la société les plus vulnérables, il sied aux gouvernements de faire des transferts et de prendre d'autres dispositions spéciales.

REFORME ECONOMIQUE ET PRETS D'AJUSTEMENT. Par suite de la crise économique du début des années 80, de nombreux pays en développement ont changé de politique économique. Ils ont adopté des réformes macroéconomiques destinées à établir la stabilité des prix et à instaurer un équilibre monétaire interne et externe durable. Ils ont aussi entrepris des réformes microéconomiques et institutionnelles pour favoriser l'utilisation efficace des ressources et une croissance économique plus rapide. Ces changements ont consisté le plus souvent à réduire la dépense publique, à ouvrir l'économie à la concurrence, à libéraliser les prix, à renforcer l'efficacité de la dépense publique et à mettre en place un système financier sain et d'autres institutions nécessaires à une économie de marché qui fonctionne correctement.

La Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont soutenu ces réformes par des prêts d'ajustement dont l'objectif est de protéger une économie durant la phase de transition vers son nouveau mode de croissance. Les prêts d'ajustement sont donc essentiellement un investissement dans un avenir plus productif. Ils ont joué un rôle capital dans les réformes en Amérique latine et en Afrique subsaharienne, et ont tenu également une grande place dans les autres régions. Ils se poursuivront durant les années 90 : ils sont déjà l'un des principaux moyens d'aider les économies qui furent socialistes, ils sont utilisés pour la première fois en Inde et ils ont une clientèle ancienne et nouvelle dans d'autres parties du monde.

Néanmoins, les prêts d'ajustement ne font toujours pas l'unanimité. Elèvent-ils véritablement la croissance à long terme? Les pauvres souffrent-ils en raison des mesures d'ajustement telles que les réductions de la dépense publique et la libéralisation des prix des produits alimentaires et autres? Quel est l'effet sur la santé? Les réponses à ces questions sont complexes car les prêts d'ajustement ne sont ni nécessaires, ni suffisants pour opérer une réforme économique générale. Certaines des réformes d'« ajustement » les plus spectaculaires se sont produites sans prêts d'ajustement (comme au Chili et au Viet Nam), tandis que des pays qui ont reçu des prêts d'ajuste-

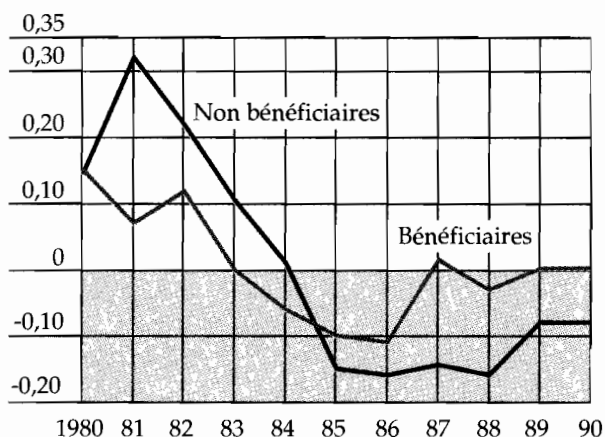
ment n'ont rien fait ou guère dans le sens des réformes (comme en Tanzanie et en Zambie). En outre, les facteurs qui influent sur les résultats économiques d'un pays sont si nombreux qu'il est difficile de discerner quel effet ont vraiment eu les prêts d'ajustement.

Malgré ces difficultés, les études faites par la Banque mondiale sur l'impact des prêts d'ajustement sont instructives. Les recherches ont porté sur les pays du groupe qui ont reçu des « prêts d'ajustement intensifs » (c'est-à-dire les pays qui, en 1990, avaient reçu au moins deux prêts d'ajustement structurel ou trois prêts d'ajustement sectoriel, et dont le premier avait commencé avant le milieu de 1986). Elles ont constaté qu'en général la croissance y avait été plus rapide que dans les autres. Toutes choses égales par ailleurs, les pays à revenu intermédiaire du groupe « intensif » ont en moyenne, selon des estimations pour la période 1986-90, dépassé de près de 4 points de pourcentage par an le niveau de croissance qu'ils auraient probablement eu sans les prêts. Les pays à bas revenu, surtout ceux d'Afrique subsaharienne, ont moins bien réussi : dans leur cas, l'avantage a représenté 2 points de pourcentage.

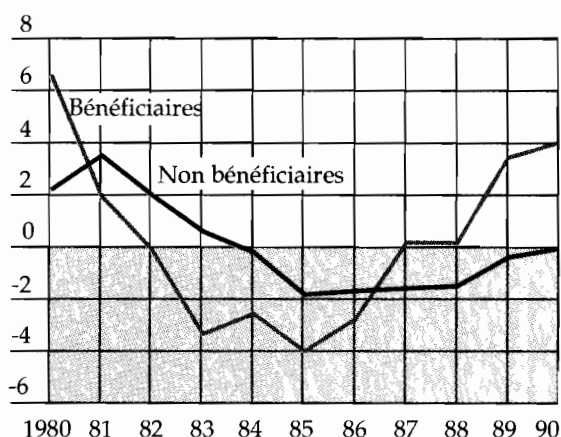
Comme la santé bénéficie du redressement économique et de l'accélération de la croissance à long terme, en facilitant les progrès économiques, les prêts d'ajustement sont, à long terme, favorables à la santé. Si un gouvernement doit prendre des mesures d'ajustement en réponse à des chocs économiques ou pour remédier aux conséquences d'une mauvaise politique, l'ensemble de la société, pauvres et non-pauvres, risque de subir, dans l'immédiat, une contraction de l'emploi et du revenu. Mais la baisse de revenu qui en résulte est provoquée, non pas tant par les mesures qui accompagnent les prêts d'ajustement que par la nécessité où se trouvent les pays de contenir leur consommation; sans prêts d'ajustement, des compressions de la consommation plus fortes encore auraient probablement été nécessaires. Néanmoins, les prêts d'ajustement peuvent mettre cinq ans ou davantage à porter leurs fruits et la transition peut être douloureuse parce que les revenus risquent de chuter dans l'immédiat. Ce que l'on peut constater pour l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine conduit à penser que les périodes de ralentissement de l'activité économique sont aussi des périodes où les taux de mortalité juvénile évoluent moins favorablement que ne le laisseraient prévoir les tendances du long terme. Dans les pays où les taux de mortalité juvénile ont tendance à baisser, par exemple, les prêts d'ajustement s'accompagneraient, dans le court terme, d'un ralentissement de la tendance à la baisse. Pour limiter au minimum ces effets pervers, certains pays ont commencé à utiliser des ressources, notamment celles des prêts d'ajustement, pour financer des programmes de nutrition à l'intention des enfants fragilisés, ainsi que des services de santé de base et autres services sociaux ciblés sur les pauvres.

Figure 2.6 Ecart par rapport au niveau moyen des dépenses publiques de santé dans les pays qui reçoivent des prêts d'ajustement et dans ceux qui n'en reçoivent pas, 1980-90

Ecart par rapport à la part du revenu du pays dépensée (points de pourcentage)



Ecart par rapport aux dépenses par habitant (dollars de 1991)



Note : Les bénéficiaires de prêts d'ajustement se définissent comme étant des pays qui ont reçu deux prêts d'ajustement structurel ou au moins trois opérations d'ajustement, tous entrés en vigueur pas plus tard que juin 1990, la première opération en juin 1986 ou avant. On disposait de données pour les pays suivants de ce groupe : Bolivie, Brésil, Chili, République de Corée, Costa Rica, Kenya, Maurice, Mexique, Philippines, Turquie et Uruguay. Les non-bénéficiaires sont des pays qui n'avaient pas reçu de prêts d'ajustement avant juin 1990. On disposait de données pour le Burkina Faso, l'Égypte, El Salvador, le Guatemala, le Libéria, la Malaisie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République dominicaine.

Source : Yazbeck, Tan et Tanzi, document d'information.

PRETS D'AJUSTEMENT ET DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE. Qui dit programmes d'ajustement dit généralement réduction des dépenses publiques, de sorte que les dépenses de santé ont peu de chances d'échapper au couperet. Dans beaucoup de pays, les compressions ont d'abord été appliquées sans discernement et n'ont donc pas préservé les éléments du système de santé les plus bénéfiques, à long terme, pour l'état de santé de la population. Souvent, l'approvisionnement en médicaments a été réduit plus fortement que le personnel parce qu'il est difficile de licencier des salariés de la fonction publique. L'expérience de la Côte d'Ivoire illustre les erreurs commises à l'origine dans certains programmes d'ajustement économique. Alors que le revenu réel par habitant tombait de 19 % entre 1980 et 1984, le gouvernement a, entre autres mesures, décidé de réduire les dépenses publiques. Les dépenses de santé ont chuté, en chiffres réels, de 12 % entre 1981 et 1984. Mais il n'y a pas eu de compression de coûts de personnel; ce sont, au contraire, les dépenses publiques de médicaments et d'équipement qui ont subi la réduction, diminuant de plus d'un tiers en

chiffres réels dans la première moitié des années 80. Dans les dispensaires ruraux, les approvisionnements en fournitures de base, déjà précaires, se sont faits plus rares encore.

Les conséquences à craindre pour la santé des enfants étaient très préoccupantes. Selon des données obtenues à partir d'un échantillon représentatif, l'état nutritionnel des enfants ivoiriens est fortement lié à la possibilité de se procurer des médicaments dans la communauté où ils vivent. Toutes choses égales par ailleurs, l'écart de taille pour l'âge (qui mesure l'état nutritionnel à long terme) entre les enfants des communautés privées des médicaments de base et ceux des communautés bien approvisionnées dans ces médicaments équivalait à plus d'un tiers de l'écart entre l'enfant moyen de Côte d'Ivoire et des Etats-Unis. La santé des enfants des familles pauvres se dégrade davantage encore quand il n'est pas possible de se procurer des médicaments. Depuis 1990, le gouvernement a entrepris de consacrer davantage de ressources aux éléments non salariaux de la dépense de santé : leur part du budget de la santé est passée de 20 % en 1991 à

24 % en 1993. Les services de santé, surtout dans les campagnes, se sont améliorés en conséquence.

Diverses études ont cherché à mesurer l'effet des programmes d'ajustement sur la dépense publique de santé. Elles ont constaté le plus souvent que, dans les pays qui appliquent des programmes liés à des prêts d'ajustement, cette dépense n'a pas souffert plus qu'ailleurs; toutefois, ce résultat n'a rien de définitif, car les administrations locales et les administrations des États dans les régimes fédéraux sont souvent responsables d'une part substantielle de la dépense publique de santé. Des statistiques plus complètes portant sur 20 pays au cours de la période 1980-90 indiquent que, dans les pays qui ont reçu des prêts d'ajustement tout comme dans les autres, la part des dépenses publiques de santé dans l'ensemble des dépenses publiques s'est réduite au début des années 80 par rapport à la moyenne pour la décennie. En 1985-90, cependant, les dépenses de santé se sont redressées beaucoup plus vite dans les pays qui appliquaient des programmes d'ajustement. De même, les dépenses publiques de santé par habitant ont, elles aussi, repris plus vite dans ces mêmes pays (Figure 2.6). Malheureusement, les données disponibles n'ont pas une qualité suffisante pour permettre d'apprécier si les programmes d'ajustement ont aidé directement à assurer l'efficacité de cette catégorie de dépenses publiques. (Au demeurant, comme le présent Rapport le montre, toutes les dépenses de santé ne méritent pas d'être protégées : certaines sont inefficaces, voire régressives.)

Développer et améliorer la scolarisation

De manière générale, les pays en développement ont beaucoup progressé dans le domaine de la scolarisation depuis les années 60, mais l'évolution d'ensemble masque des insuffisances. Dans les pays les plus pauvres, surtout en Afrique, beaucoup d'enfants ne vont jamais à l'école. Au Mali, par exemple, 77 % de tous les enfants d'âge scolaire ne vont jamais à l'école et cette proportion n'a guère varié depuis 1980. Parmi ceux qui y vont, beaucoup y vont tardivement — perdant ainsi les avantages qu'il y a à commencer à apprendre jeune — et cessent d'y aller avant même d'avoir achevé la période d'enseignement de base. Sur l'ensemble des enfants qui entament leur première année d'école, moins de 60 % dans les pays les plus pauvres, et environ 70 % dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure, vont jusqu'en dernière année d'école primaire.

La fréquentation scolaire est particulièrement faible dans les régions rurales isolées, dans le cas des catégories socio-économiques les moins favorisées et dans celui des filles. Dans les pays en développement considérés collectivement, près de 10 % des garçons de 6 à 11 ans ne vont pas à l'école; pour les filles du même groupe d'âge, la proportion est de 40 %. Surtout dans les pays pauvres, les écarts peuvent être

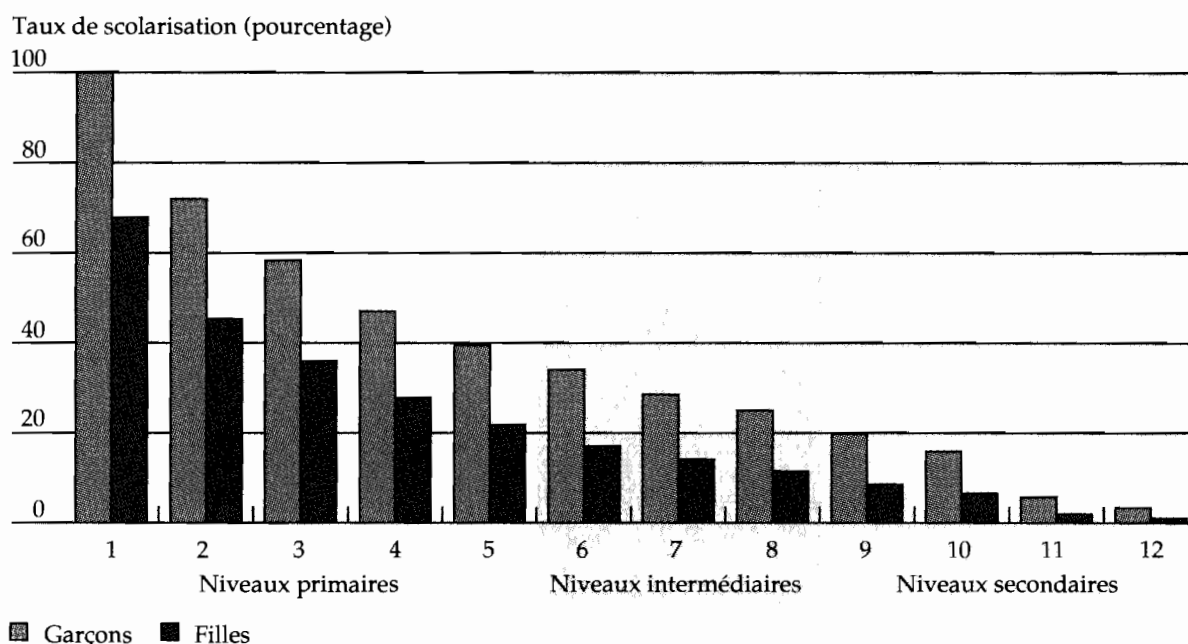
prononcés, comme la Figure 2.7 l'illustre dans le cas de l'Inde. En revanche, l'expérience de Sri Lanka montre que cet écart entre filles et garçons n'est pas une conséquence inéluctable de la pauvreté.

Indépendamment des différences de taux de fréquentation scolaire, l'enseignement est insuffisant dans de nombreux pays. Même les enfants qui terminent l'école primaire sont incapables de lire, écrire et compter couramment et ne possèdent pas les connaissances scientifiques élémentaires. Ces déficiences des systèmes d'enseignement affaiblissent l'impact que la scolarisation pourrait avoir sur la santé. Qui plus est, elles dissuadent les parents de scolariser leurs enfants, perpétuant ainsi un cercle vicieux où manque d'instruction et mauvais état de santé se renforcent mutuellement. En Inde, par exemple, plus de 40 % des parents interrogés pour une enquête nationale ont indiqué que le principal motif pour lequel ils n'envoyaient pas leurs enfants à l'école était, soit l'échec, soit le fait qu'ils n'étaient pas intéressés par l'instruction ou la poursuite des études.

Il y a beaucoup plus à faire pour l'éducation dans les pays en développement. Il est spécialement justifié de pousser l'effort de scolarisation aux tout premiers niveaux et pour les filles : les avantages que la société peut en attendre sont considérables et les familles pauvres des pays à bas revenu sous-évaluent généralement les bienfaits de la scolarisation ou n'en ont pas conscience, outre que, pour ces familles, le coût d'opportunité de la scolarisation est souvent élevé. Ce devrait être une priorité, pour les pouvoirs publics, de donner à chaque enfant un minimum de scolarité, quelque chose comme 5.000 heures de cours, soit à peu près six années complètes d'éducation scolaire. Cela serait conforme aux objectifs de la Conférence mondiale de 1990 sur l'éducation pour tous, tenue sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), de l'UNICEF, du PNUD et de la Banque mondiale. La plupart des écoliers des pays en développement reçoivent actuellement beaucoup moins que 5.000 heures d'enseignement au niveau primaire (à cause des absences des élèves et des enseignants, pour cause de maladie notamment). En Inde, un tiers seulement des filles atteint ce niveau, et en Chine et en Amérique latine, 60 % seulement y parviennent. Un effort considérable et soutenu de la part des pouvoirs publics dans de vastes régions du monde sera donc nécessaire pour arriver à dispenser 5.000 heures d'enseignement scolaire à tous les enfants. Afin d'accroître les effets de la scolarisation sur la santé, il pourrait être souhaitable d'inscrire la santé et ses problèmes dans les programmes scolaires (Encadré 2.2).

L'insuffisance de la fréquentation scolaire s'explique à la fois par la faiblesse de la demande d'instruction (causée en partie par la médiocrité des résultats) et par l'insuffisance des possibilités de scolarisation. Plusieurs types d'actions sont nécessaires pour vaincre ces obstacles. Les gouvernements peuvent faire

Figure 2.7 Taux de scolarisation en Inde, par année, vers 1980



Note : Le taux de scolarisation est le rapport entre les enfants du groupe d'âge qui correspond à une classe donnée et ceux qui sont inscrits dans cette classe.

Source : Tan et Mingat, 1992.

d'avantage pour orienter la dépense publique en priorité vers les niveaux qui constituent l'instruction de base. Dans certains pays, les niveaux actuels de ressources consacrées à l'enseignement primaire sont insuffisants pour assurer ne serait-ce que le minimum d'instruction. En Inde, la dépense publique par élève du primaire en proportion de la moyenne du revenu par habitant ne représente qu'un tiers de ce qu'elle est en Corée, essentiellement parce que l'enseignement supérieur y absorbe une bien plus grande part des dépenses publiques d'éducation. Au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie et au Niger, un quart du budget de l'éducation est affecté à l'enseignement supérieur, et entre 60 et 80 % de ce quart sont consacrées aux bourses et autres formes d'aide aux étudiants. On peut dire d'une telle répartition non seulement qu'elle est inefficace mais qu'elle est aussi extrêmement régressive, étant donné que l'essentiel des avantages que procure l'enseignement supérieur va à des particuliers qui obtiennent de ce fait un revenu plus élevé de leur activité professionnelle et parce que les étudiants viennent généralement de familles relativement aisées.

Cependant, il ne suffit pas de dépenser davantage pour les écoles primaires. Encore faut-il en effet que les sommes dépensées soient bien utilisées.

Bien que la santé et la nutrition des enfants d'âge scolaire ne soient généralement pas considérées comme des problèmes d'éducation, le fait est qu'elles agissent sur l'assiduité et les résultats scolaires de l'enfant. L'affectation de ressources pour remédier aux problèmes de santé parmi ce groupe de population sera souvent un moyen efficace d'améliorer la scolarisation. (Le Chapitre 4 examine quelques interventions précises à ce sujet.) Les enseignants et les moyens pédagogiques sont les principaux facteurs de l'activité d'enseignement aux niveaux élémentaires (les rémunérations des enseignants absorbant la majeure partie de la dépense). Il est donc essentiel que ces facteurs soient utilisés efficacement, surtout dans les pays où une croissance démographique rapide menace les progrès accomplis dans le domaine de la scolarisation. En Mauritanie, par exemple, si la dépense par élève et la part de l'enseignement primaire dans la dépense publique totale demeurent constantes, on projette que le taux de scolarisation

Encadré 2.2 Enseigner la santé à l'école par la radio : le cas de la Bolivie

Une grande part des habitudes personnelles et des éléments du mode de vie qui ont des conséquences importantes pour la santé s'acquiert très tôt. L'éducation sanitaire dans les écoles peut aider les jeunes à faire des choix rationnels et donc renforcer l'effet de la scolarité sur la santé.

La Bolivie a obtenu de bons résultats à cet égard par le moyen de la radio. Expérimenté d'abord en 1987 pour l'enseignement des mathématiques, ce moyen s'est révélé à la fois peu onéreux (les coûts par élève étant en moyenne inférieurs à un dollar par an) et efficace. En 1989, le Ministère de la santé et celui de l'éducation ont entrepris d'utiliser la radio pour enseigner la prévention des maladies aux enfants des écoles, avec une première série d'émissions sur la prévention des maladies diarrhéiques et la réhydratation par voie orale. Les enfants âgés de 8 à 13 ans ont été choisis pour cible, car ils s'occupent souvent de leurs frères et sœurs plus jeunes et sont chargés de travaux ménagers qui peuvent comprendre la préparation des aliments et des tâches d'assainissement. Ils exercent donc une forte influence sur leur propre santé et celle des enfants plus jeunes. Le programme d'instruction sanitaire par radio porte essentiellement sur ce qu'un enfant peut faire pour soi-même ou ce qu'il peut enseigner à ses cadets ou faire pour eux. Il part du principe que les enfants qui acquièrent des notions et des

habitudes sanitaires à un âge précoce ont plus de chances de s'y conformer encore lorsqu'ils auront eux-mêmes des enfants.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact que cet enseignement radiophonique produit sur l'état de santé à longue échéance. Néanmoins, les élèves montrent déjà qu'ils ont beaucoup appris dans plusieurs domaines : notamment, ils savent déceler les symptômes de déshydratation et connaissent la bonne formule et le mode d'administration de la solution de réhydratation orale préparée à la maison. Il semble également que les enfants se lavent plus souvent les mains et que davantage de ménages utilisent désormais des filtres à eau simples.

Le programme radiophonique est en cours d'expansion. En 1993, plus d'un millier de classes du niveau des troisième et quatrième années d'école primaire recevront les émissions d'un nouveau programme comportant des leçons sur le choléra, l'hygiène personnelle et dentaire, les maladies respiratoires aiguës, la vaccination, les maladies infectieuses et la prévention des accidents. La nutrition, la santé par l'environnement et le respect de soi viendront s'ajouter à ces sujets en 1994. A la demande des parents, un programme radiophonique complémentaire s'adressant aux communautés est également en cours de mise au point et d'essai.

primaire tombera de 51 % en 1988 à 45 % en l'an 2000. Pour prévenir un tel recul, il est particulièrement important de maximiser l'acquis scolaire par coût unitaire et de faire les arbitrages appropriés entre coûts unitaires et couverture. Une étude récente réalisée sous l'égide de la Banque mondiale a permis de constater que ce que l'on dépensait en facteurs non salariaux comme les livres de classe et l'enseignement radiophonique interactif était d'un bon rendement pour l'amélioration des acquis scolaires.

Selon les circonstances, il pourra être légitime aussi de dépenser davantage pour abaisser les obstacles à la scolarisation des filles et d'autres groupes désavantagés. Cela peut se faire par différents moyens : par un régime de bourses (au Bangladesh, on utilise un système de bourses pour encourager les filles à faire des études secondaires), par la gratuité des manuels scolaires ou l'exonération des droits de scolarité, par l'implantation des écoles à proximité du domicile des élèves afin que les parents craignent moins pour la sécurité de leurs filles. Au Pakistan, par exemple, il y a de fortes chances que les filles aillent à l'école autant que les garçons si l'école se trouve dans le village, mais la probabilité diminue de 10 % si l'école ne se trouve pas dans le village, même si elle est à proximité. Dans plusieurs pays d'Afrique, l'enseignement

à distance, enseignement qui se fait essentiellement par radio et par correspondance, a parfois aidé à éliminer les obstacles physiques à la scolarisation des filles.

Assurer l'émancipation effective de la femme

En plus de l'éducation, d'autres mesures peuvent être prises en vue de doter les femmes de moyens accrus pour améliorer leur santé et celle de leur famille. L'élimination de la discrimination sur le marché de la main-d'oeuvre, dans l'accès au crédit, dans le droit de propriété, etc., peut valoir aux femmes une rémunération de leur travail et une sécurité financière plus grande, ce qui (comme on l'a montré précédemment) peut améliorer la santé de la famille. Et il faut que les femmes soient elles-mêmes en bonne santé pour remplir leur rôle de mère et de ménagère. Elles ont des besoins de santé qui leur sont propres, notamment celui d'être protégées contre la violence. Plus d'un tiers de la charge de morbidité globale pour les femmes âgées de 15 à 44 ans, et plus d'un cinquième dans le cas des femmes âgées de 45 à 59 ans, provient de problèmes qui affectent exclusivement les femmes (mortalité et morbidité maternelles et cancer du col de l'utérus) ou dont elles sont les principales victimes

(anémie, maladies transmises sexuellement, ostéoarthrite et cancer du sein). La plupart de ces problèmes peuvent être traités de manière économique, mais les services de santé de nombreux pays en développement concentrent étroitement leur action sur les femmes en tant que mères.

Ce qui fait défaut, c'est une stratégie qui sensibilise les femmes aux soins de la santé à partir de l'adolescence. Ce vide s'explique souvent par le fait que les services de santé sont insensibles aux besoins culturels des femmes : dans beaucoup de pays du Moyen-Orient, par exemple, la plupart des médecins sont des hommes, alors qu'une conviction très répandue veut que les femmes ne soient pas vues après la puberté par des hommes qui ne font pas partie de leur famille. Il y a aussi le facteur inaccessibilité : dans beaucoup de pays, différents services de santé (soins prénatals et vaccinations, par exemple) sont dispensés à des jours

différents, ce qui veut dire que les femmes doivent se rendre aux centres de soins à plusieurs reprises avec leurs enfants. La solution est souvent aussi simple qu'évidente : fournir simultanément et à des heures commodess les soins aux enfants, les soins prénatals, les soins pour les maladies transmises sexuellement et les services de planning familial. Par exemple, la *Bangladesh Women's Health Coalition* et l'Institut chilien de médecine reproductive offrent des services de planning familial intégrés en même temps que des services de santé juvénile. De son côté, la Thaïlande fait l'essai de dispensaires mobiles afin de toucher les femmes chez elles.

Les services de santé doivent aussi, dans leur conception, tenir compte de l'aura d'infamie qui entoure certaines maladies, surtout celles qui sont transmises sexuellement ou qui portent atteinte à l'apparence physique. Les femmes sont plus susceptibles de se

Encadré 2.3 La violence envers les femmes et ses conséquences pour la santé

Selon des données provenant de nombreux pays industriels et en développement, entre un cinquième et plus de la moitié des femmes interrogées déclarent qu'elles ont été battues par leur partenaire. Ce type de violence est souvent systématique et grave. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, par exemple, 18 % de toutes les femmes de milieu urbain interrogées avaient eu besoin d'un traitement hospitalier à la suite de blessures causées par leur mari. Aux États-Unis, la violence familiale est la principale cause de blessures parmi les femmes en âge de procréer; entre 22 % et 35 % des femmes qui s'adressent aux services de soins d'urgence le font pour ce motif.

Les recherches montrent que, pour les femmes battues, le risque de fausse-couche est multiplié par deux et le risque d'avoir un enfant dont le poids à la naissance est inférieur à la moyenne est multiplié par quatre. En certains endroits, la violence entre aussi pour beaucoup dans les décès maternels. A Matlab Thana (Bangladesh), par exemple, les blessures intentionnelles en cours de grossesse — pour des raisons de mécontentement au sujet de la dot ou de honte en cas de grossesse hors mariage — étaient à l'origine de 6 % de tous les décès maternels intervenus entre 1976 et 1986. Des recherches faites aux États-Unis montrent que, par comparaison avec les autres, les femmes battues sont quatre à cinq fois plus susceptibles de devoir suivre un traitement psychiatrique et cinq fois plus de tenter de se suicider. Elles sont également plus sujettes à l'alcoolisme, à la dépendance envers les drogues, aux douleurs chroniques et à la dépression.

Le viol et les violences sexuelles dégradent également la santé des femmes et sont très fréquents dans toutes les régions, toutes les classes et toutes les cultures. A Séoul, 17 % des femmes déclarent qu'elles ont été victimes d'une tentative de viol ou d'un viol consommé. Selon une étude portant sur les femmes aux États-Unis, un viol dont elle a été, ou dont elle a failli être, victime influe plus fortement que l'âge ou des habitudes préjudiciables à la santé (comme la consommation de tabac) sur sa prédis-

position à rechercher une aide médicale et sur la gravité de ses problèmes de santé. Outre les blessures physiques et le traumatisme émotionnel, les victimes d'un viol sont exposées au risque de grossesse ou de contamination par des maladies sexuellement transmissibles, notamment le SIDA. A Bangkok, un centre d'aide d'urgence en cas de viol indique que 10 % des personnes qu'il secourt contractent des maladies sexuellement transmissibles à la suite d'un viol et que 15 à 18 % tombent enceintes, chiffre qui correspond aux données communiquées par la Corée et le Mexique. Dans les pays où l'avortement est restreint ou illégal, les victimes d'un viol ont souvent recours à l'avortement dans des conditions douteuses pour la santé, s'exposant ainsi à des risques considérables de stérilité ou même de décès.

La mutilation de l'organe génital, qui est l'équivalent féminin de la circoncision, est une autre forme de violence perpétrée contre les femmes et les filles. Le monde compterait aujourd'hui de 85 à 114 millions de femmes à avoir subi cette mutilation. Celle-ci serait pratiquée dans 26 pays d'Afrique, par des minorités en Inde, en Malaisie et au Yémen, ainsi que parmi certaines populations d'immigrants dans les pays occidentaux. Si les tendances actuelles se poursuivent, plus de 2 millions de filles seront exposées au risque de mutilation génitale chaque année.

Les clitoridectomies représentent de 80 à 85 % des cas de mutilation génitale dans le monde. L'infibulation, qui va encore plus loin en matière d'ablation de tissu, est plus courante en Afrique de l'Est. Ces rites initiatiques constituent un risque pour la santé des filles et des femmes et une menace pour leur bien-être psychologique, sexuel et procréateur. Hémorragies, tétanos, infections, rétention d'urine et état de choc peuvent être la conséquence de l'une ou l'autre intervention. L'infibulation comporte le risque supplémentaire de complications à long terme à cause de la répétition de l'opération — qui consiste à couper et recoudre — au mariage et à chaque naissance et peut limiter la capacité de choix de la femme en matière contraceptive.

faire traiter pour les maladies transmises sexuellement si les centres de soins offrent des services multiples et garantissent le caractère confidentiel des consultations, de telle sorte que le motif pour lequel une personne se rend au centre ne soit pas évident. Les maladies qui attaquent la peau (comme la lèpre, l'onchocercose et la leishmaniose) ont de graves implications psychologiques pour les filles et les femmes, réduisent leurs chances de mariage et peuvent être cause de séparation conjugale. En Colombie et en Inde, les femmes tendent à se faire traiter pour la lèpre plus tard que les hommes, quand les lésions gagnent déjà leur visage et leurs mains; elles sont peu enclines à rechercher des soins dès l'apparition des premières marques, localisées sur les fesses. Là encore, il faut de la délicatesse pour encourager les femmes à consulter les personnels de santé.

Il en va de même de ce qui constitue une autre catégorie de risques pour la santé des femmes : la violence familiale et le viol. La violence envers les femmes est fréquente dans tous les pays où des études ont été faites (Encadré 2.3). Perçue depuis peu de temps seulement comme un problème de santé publique, elle est une cause non négligeable de morbidité et de mortalité féminines, donnant lieu à des traumatismes psychologiques et des dépressions, à des blessures et à des maladies transmises sexuellement et pouvant mener au suicide et au meurtre. La violence familiale et le viol entrent pour une grande part, et une part à peu près comparable, dans la charge de morbidité que supportent les femmes dans les pays en développement comme dans les pays industriels. Ces problèmes représentent environ 5 % de la charge totale de morbidité parmi les femmes de 15 à 44 ans dans les pays en développement, où les décès maternels et les décès de maladies transmissibles occupent toujours une part prépondérante par rapport aux décès dus à d'autres affections. Dans les pays industriels, où la charge totale de morbidité est beaucoup moindre, cette part atteint 19 %. La violence familiale et le viol, sources de dommages physiques, mentaux et émotionnels qui empêchent les femmes de prendre normalement soin de leur famille, sont également préjudiciables à la santé des autres membres de la famille, et surtout des jeunes enfants.

Il s'agit là d'un problème qui s'enracine profondément dans le substrat économique, culturel et juridique des sociétés et qui n'est donc pas facile à régler par des politiques publiques. La prévention nécessitera une action coordonnée sur de nombreux fronts. Dans le court à moyen terme, les mesures souhaitables consisteront notamment à former le personnel de santé au dépistage des mauvais traitements, à multiplier les services de traitement et de consultation et à adopter et faire appliquer des lois réprimant la violence physique et le viol. Dans le long terme, beaucoup dépendra de ce que l'on pourra faire pour chan-

ger les mentalités et attitudes culturelles à l'égard de la violence envers les femmes. En Afrique, des groupes de femmes luttent contre la pratique de la circoncision féminine, notamment en informant la population des conséquences graves que cela peut avoir pour la santé. Aux États-Unis, l'*American Medical Association* a entrepris, en 1991, une vaste campagne d'éducation du public et du corps médical au sujet de la violence familiale. Les recherches indiquent que même les personnels de santé ont souvent du mal à dépister les cas de violence physique. Récemment, la *U.S. Joint Commission on Hospital Accreditation* a adopté de nouvelles normes qui imposent à tous les hôpitaux de mettre au point des protocoles et de former leur personnel au traitement de différentes formes de brutalité. En Colombie, le Ministère de la santé a commencé à prendre la mesure du problème dans sa plus récente Enquête démographique et sanitaire. Ces actions font suite à près de 20 ans d'efforts de mobilisation entrepris par les femmes du monde entier. Rien qu'en Amérique latine, il y a maintenant près de 400 organisations distinctes qui cherchent à faire cesser la violence envers les femmes.

Qu'est-ce qui peut être fait?

Dans le monde entier, beaucoup a déjà été fait pour donner aux individus les moyens de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les résultats acquis tracent la voie pour l'avenir : avant tout, croissance économique et développement de la scolarisation et des services de santé. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, selon les projections de la Banque mondiale, le revenu par habitant n'augmentera que de 0,8 % par an dans les dix prochaines années. Même cette hausse modeste provoquera une diminution du taux de mortalité infantile de l'ordre de 2 à 4 %. En Asie du Sud, où l'on prévoit une croissance plus rapide — 3,3 % par an —, la mortalité infantile devrait reculer de 15 %.

Ces gains peuvent être puissamment renforcés par l'amélioration de l'éducation et des services de santé. En Afrique, une hausse de 10 % des taux d'alphabétisation des femmes devrait abaisser le taux de mortalité infantile de 10 % également. En Inde et au Kenya, deux décès maternels et environ 45 décès d'enfants en bas âge seraient évités pour chaque millier de filles recevant une année supplémentaire d'enseignement primaire. Même dans les pays pauvres, les gouvernements peuvent renforcer la capacité des individus d'améliorer leur propre santé en développant les possibilités de scolarisation pour tous les enfants — spécialement en cherchant à encourager les parents à envoyer leurs filles à l'école — et en élargissant l'accès aux services de santé, surtout pour les femmes et les enfants. De tels investissements sont source de meilleure santé et créent les bases de la croissance économique future.

Les rôles de l'Etat et du marché dans le secteur de la santé

Les dépenses mondiales de santé se sont chiffrées à environ 1.700 milliards de dollars en 1990, ce qui représente 8 % du revenu mondial. Plus de 1.000 milliards de dollars venaient des Etats, soit près de 60 % du total. Sur les 170 milliards de dollars consacrés à la santé dans les pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, la moitié venait des Etats — 2 % du PNB de ces régions. Dans les économies de marché bien établies, où les dépenses totales de santé se sont élevées à presque 1.500 milliards de dollars, les Etats ont dépensé un peu plus de 900 milliards de dollars, soit plus de 5 % du PNB (Tableau 3.1). La seule ampleur des dépenses que les Etats consacrent à la santé fait qu'il est absolument indispensable de comprendre l'effet qu'ont les politiques des gouvernements sur la santé des populations. Mais les pouvoirs publics influent profondément sur la santé par des voies moins directes — par les politiques qu'ils adoptent en matière d'éducation, d'alimentation en eau, d'assainissement et dans d'autres secteurs importants pour la santé, ainsi que par les réglementations auxquelles ils soumettent les systèmes de santé, les prestataires de soins et les compagnies

d'assurances. Ils influent encore sur la santé par l'impact qu'ils ont sur le revenu des ménages et les niveaux d'instruction (Chapitre 2), en finançant des services de santé publique et en fournissant directement des soins. Le rôle de l'Etat varie énormément d'un pays à l'autre, mais il est important dans tous.

Trois raisons d'ordre économique justifient et orientent l'action de l'Etat dans le secteur de la santé. On en fait une analyse plus détaillée ci-dessous dans la section intitulée « Justification d'une action de l'Etat ».

- Les pauvres n'ont pas toujours les moyens d'obtenir les soins de santé propres à améliorer leur productivité et leur bien-être. En investissant pour leur santé, les pouvoirs publics peuvent faire reculer la pauvreté ou en atténuer les effets.

- Certaines interventions de santé sont d'authentiques biens publics ou créent d'importantes externalités positives. Les marchés privés n'en produiraient pas du tout ou n'en produiraient que trop peu.

- Comme le fonctionnement des marchés de soins de santé et de l'assurance maladie présentent des faiblesses, l'Etat peut améliorer le bien-être en améliorant le fonctionnement de ces marchés.

Tableau 3.1 Dépenses globales de santé, 1990

Région démographique	Pourcentage de population mondiale	Dépenses totales de santé (milliards de dollars)	Dépenses de santé en pourcentage du total mondial	Dépenses de santé du secteur public en pourcentage du total régional	Pourcentage du PNB dépensé pour la santé	Dépenses de santé par habitant (dollars)	Ratio des dépenses par habitant (ASS = 1)
Economies de marché bien établies	15	1.483	87	60	9,2	1.860	78,9
Anciennes économies socialistes							
d'Europe	7	49	3	71	3,6	142	6,0
Amérique latine	8	47	3	60	4,0	105	4,5
Croissant moyen-oriental	10	39	2	58	4,1	77	3,3
Autres pays et îles d'Asie	13	42	2	39	4,5	61	2,6
Inde	16	18	1	22	6,0	21	0,9
Chine	22	13	1	59	3,5	11	0,5
Afrique subsaharienne	10	12	1	55	4,5	24	1,0
Pays en transition démographique	78	170	10	50	4,7	41	1,7
Toutes économies	100	1.702	100	60	8,0	329	13,7

Note : ASS = Afrique subsaharienne.

Source : Tableau A.9 de l'Annexe.

Lorsqu'on examine les avantages que peut offrir une intervention plus grande de l'Etat dans le secteur de la santé, il faut leur opposer le risque que cela présente de voir, au contraire, les choses s'aggraver. Par exemple, pour satisfaire des groupes d'intérêts spéciaux, le gouvernement peut adopter des mesures qui réduisent l'aide sociale. Et même si les pouvoirs publics choisissent les interventions qu'il faut, ils ne les mettent pas toujours correctement en oeuvre.

Lorsqu'ils consacrent des ressources publiques à la santé, les gouvernements sont tenus de bien dépenser cet argent, de tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles. Cela signifie qu'ils doivent affecter les ressources de manière à obtenir l'amélioration de la santé la plus grande possible par dollar dépensé, compte tenu de la réaction du marché privé aux dépenses du secteur public. Comme les marchés des soins privés n'offrent pas toujours non plus les meilleurs services possibles pour le prix payé, il appartient aux pouvoirs publics de fournir des informations et des incitations qui permettront au secteur privé d'améliorer l'affectation de ses ressources. Dans la majeure partie du monde, on pourrait obtenir beaucoup de gains de santé d'un nombre relativement petit d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité, qui pourraient être pratiquées pour un coût modique et sans qu'il soit guère besoin d'équipements ultramodernes ou de spécialités médicales.

Dépenses de santé et résultats obtenus

Le Chapitre 1 a montré à quel point l'état de santé varie selon les populations. L'espérance de vie va de 40 ans ou moins dans certains pays d'Afrique subsaharienne à 75 ans ou plus dans les économies de marché bien établies. En Afrique subsaharienne, la moitié des décès sont des décès d'enfants de moins de 5 ans, alors que, dans les économies de marché bien établies, la moitié des gens qui meurent ont plus de 74 ans. Les taux de mortalité juvénile sont supérieurs à 200 pour 1.000 dans plusieurs pays africains et inférieurs à 20 pour 1.000 dans les pays les plus riches. La charge de morbidité par habitant varie du simple au quintuple selon les régions.

Ces différences énormes s'expliquent en partie par trois facteurs. Le premier est le comportement humain. Le Chapitre 2 a montré que la santé et l'aptitude à l'améliorer sont liées au revenu et au niveau d'instruction ainsi qu'aux changements de comportement qu'entraînent la richesse et l'éducation. Le deuxième est le volume et l'efficacité des dépenses faites pour la santé. Le troisième facteur est l'éventail des maladies du pays, qui dépend en grande partie du climat et de la géographie. Une bonne politique de santé tient compte des différences de prévalence des maladies, mais elle n'est pas entièrement déterminée par elles.

Lorsqu'on cherche à expliquer les différences d'état de santé des populations, il est assez logique de commencer par examiner les différences entre les dépenses

de santé. En 1990, le total des dépenses annuelles de santé allait de moins de 10 dollars par personne dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie à plus de 2.700 dollars aux Etats-Unis. Ces dépenses variaient aussi fortement à l'intérieur des régions. En Afrique, alors que la Tanzanie ne consacrait que 4 dollars par habitant à la santé en 1990, le Zimbabwe lui affectait 42 dollars par personne. En Asie, le Bangladesh dépensait 7 dollars par personne et par an pour la santé, contre 377 dollars en Corée. Comme le pourcentage du PNB consacré à la santé a tendance à augmenter avec le revenu, l'écart entre les dépenses de santé des pays riches et celles des pays pauvres est encore plus grand que l'écart de revenu.

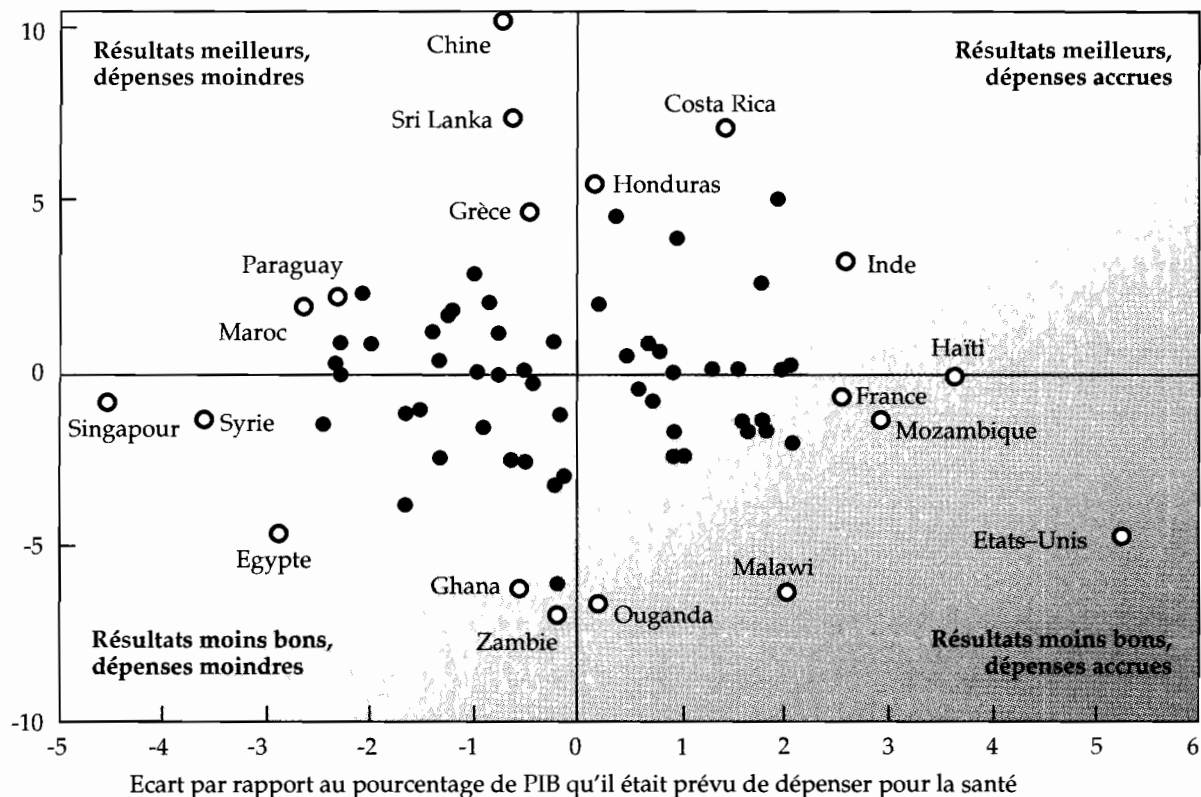
Mais les dépenses de santé ne suffisent pas à elles seules à expliquer les différences d'état de santé entre divers pays, non plus que le revenu et l'éducation, ni même les dépenses, le revenu et l'éducation pris ensemble. La Figure 3.1 illustre les divergences. Cette figure montre, en ordonnée, la manière dont l'espérance de vie dans un pays diffère du chiffre calculé à partir du revenu et de l'éducation moyenne de la population. La France, Haïti, Singapour et la Syrie ont presque exactement l'espérance de vie projetée. Dans la moitié supérieure de la figure, la Chine, le Costa Rica, le Honduras et Sri Lanka ont tous une espérance de vie supérieure de cinq ans ou plus à celle qui serait attendue. Dans la moitié inférieure de la figure, l'Egypte, les Etats-Unis, le Ghana, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie ont une espérance de vie inférieure d'environ cinq ans à la projection établie en fonction de leur niveau de revenu et d'instruction.

La Figure 3.1 montre, en abscisse, dans quelle mesure les dépenses totales de santé diffèrent du chiffre attendu en fonction du revenu et du niveau d'instruction. Dans la moitié gauche de la figure, l'Egypte, le Maroc, le Paraguay, Singapour et la Syrie dépensent relativement peu. Dans la moitié droite, les Etats-Unis, la France, Haïti, l'Inde et le Mozambique dépensent plus que prévu.

A quelque niveau de revenu et d'instruction que ce soit, plus on dépense pour la santé, meilleure celle-ci devrait être, toutes choses étant égales par ailleurs. Or, cela ne semble pas être le cas. Les pays sont dispersés dans les quatre quadrants de la figure. Ceux qui se trouvent dans le quadrant supérieur gauche tirent mieux profit de dépenses de santé plus faibles. La Chine, par exemple, consacre à la santé tout un point de pourcentage de son PNB de moins que d'autres pays au même stade de développement, mais son espérance de vie dépasse de près de dix ans ce qu'on pourrait attendre. Singapour affecte aux dépenses de santé environ 4 % de moins de son revenu que d'autres pays au même stade de développement, mais obtient la même espérance de vie. D'autres pays, dont le Costa Rica et l'Inde, obtiennent des résultats relativement bons en matière de santé, mais ils dépensent aussi relativement plus. (Dans le cas de l'Inde, les dépenses de santé sont faibles et

Figure 3.1 Espérance de vie et dépenses de santé dans quelques pays : écart par rapport aux estimations basées sur le PIB et la scolarité

Ecart par rapport à l'espérance de vie prévue (années)



Source : Données de la Banque mondiale.

l'état de santé des populations n'est pas bon, mais on pourrait s'attendre à des dépenses encore plus faibles et à un état de santé encore pire pour un pays où les niveaux de revenu et de scolarisation sont si bas.) Au contraire, l'Egypte et la Zambie dépensent moins que prévu et obtiennent des résultats médiocres. Enfin, il est possible de consacrer à la santé des ressources plus importantes que ne l'indiqueraient les projections tout en obtenant des résultats d'une médiocrité étonnante. Les Etats-Unis en sont un exemple extrême, puisqu'ils dépensent 5 % de leur PNB de plus que prévu pour obtenir une espérance de vie inférieure de plusieurs années au chiffre que l'on pourrait attendre de leur niveau élevé de revenu et d'éducation.

Des analyses utilisant d'autres mesures de l'état de santé, comme la mortalité juvénile, aboutissent à des résultats semblables. Cela soulève d'évidentes et

importantes questions. Comment s'expliquent ces gros écarts? Dans quelle mesure sont-ils attribuables à des caractéristiques des systèmes de santé? Comment l'action des pouvoirs publics peut-elle contribuer à obtenir de meilleurs résultats d'un effort national de santé donné?

Justification d'une action de l'Etat

Une politique de santé est efficace si elle accroît le bien-être de la population par une amélioration de son *état de santé*, par une plus grande *égalité d'accès* aux services de santé, par une plus grande *satisfaction* du consommateur ou par une réduction du *coût* total des services par rapport à ce qu'il serait si l'Etat n'intervenait pas. Bien entendu, la poursuite de l'un ou de plusieurs de ces objectifs ne justifie pas en soi une intervention de l'Etat. Il faut qu'il y ait des rai-

sons de croire que les pouvoirs publics sont à même d'obtenir de meilleurs résultats que le marché privé. Cela peut être vrai pour trois raisons : la première est liée à la pauvreté et à l'exigence d'équité dans la répartition des soins de santé et les deux autres tiennent aux défaillances du marché.

La volonté de réduire ou d'alléger la pauvreté est une justification évidente de l'intervention des pouvoirs publics dans le secteur de la santé. La réussite d'une politique de lutte contre la pauvreté repose sur deux stratégies aussi importantes l'une que l'autre : promouvoir l'utilisation de l'atout principal des pauvres — leur force de travail — et accroître leur capital humain en leur donnant accès aux soins de santé de base, à l'éducation et à la nutrition. Comme le premier chapitre l'a montré, en investissant dans la santé des pauvres, on les rend plus éducatifs et plus productifs. On leur offre ainsi le moyen de se sortir de la pauvreté tout en soulageant dans l'immédiat leurs souffrances physiques. En outre, dans la plupart des sociétés, la fourniture de services de santé et d'éducation aux pauvres suscite un certain consensus politique qui manque totalement lorsqu'il s'agit de transferts de revenus ou de biens comme la terre. Investir dans la santé des pauvres est une stratégie économiquement efficace et socialement acceptable pour lutter contre la pauvreté et en atténuer les conséquences, comme l'a souligné le *Rapport sur le développement dans le monde 1990*.

Si, par « pauvres », on entend tous ceux qui ont moins de 1 dollar par jour de pouvoir d'achat réel, cela veut dire qu'ils n'ont généralement pas les moyens de s'offrir beaucoup de soins de santé ni d'emprunter à cette fin. En se contentant de faire de petits transferts de revenu aux pauvres, on générerait relativement peu de demande additionnelle de soins de santé. Mais, du fait que les pauvres sont plus sensibles que les autres au prix des services médicaux et qu'ils sont aussi plus sujets aux maladies, on peut fortement accroître leur consommation de services de santé en leur donnant accès à des soins gratuits ou bon marché.

Pour être sûr, toutefois, que les services de santé subventionnés atteindront effectivement les pauvres, il faudra peut-être des restrictions, notamment au type de soins que le secteur public finance. Offrir à tout le monde des soins gratuits de toutes sortes aboutit généralement à rationner les services, géographiquement ou selon la qualité. Ce type de programmes universels risque de ne pas atteindre les pauvres ou de ne pas améliorer leur état de santé. Ils peuvent, néanmoins, susciter une plus grande adhésion politique que le ciblage et ils permettent plus aisément de trouver réponse aux problèmes des marchés de l'assurance dont il est question plus bas. Le choix des bénéficiaires de soins gratuits dépend du pourcentage de pauvres dans le pays et des moyens qu'a celui-ci de financer les soins : une augmentation des dépenses peut se traduire par une plus grande offre

de services aux plus pauvres ou par l'offre des mêmes services à un plus grand nombre de personnes, y compris aux moins pauvres. Dans la pratique, les pays qui sont très pauvres seront obligés de cibler s'ils veulent offrir aux pauvres un tant soit peu de soins de santé.

Biens publics et externalités sont la manifestation de défaillances du marché qui peuvent justifier l'intervention des pouvoirs publics. Les biens publics — qui peuvent être des produits ou des services — ont pour caractéristique essentielle qu'une personne peut les utiliser ou en bénéficier sans que cela limite la consommation qu'en font les autres ou l'avantage qu'ils en tirent. Tant que quelqu'un paie, tout le monde profite, ce qui fait qu'il est difficile, sinon impossible, de trouver quelqu'un de suffisamment désintéressé pour payer. De nombreuses interventions de santé publique, comme la lutte régionale contre les vecteurs de maladies ou les campagnes d'information sanitaire par la radio, sont des biens publics à l'état presque pur que seul un Etat peut fournir. L'information scientifique est un autre bien public qui a énormément contribué à l'amélioration rapide de la santé au cours de ce siècle et dont la poursuite dépendra au moins en partie des pouvoirs publics. Il faut, pour bien choisir les interventions et le niveau approprié de fourniture de tout bien public, analyser soigneusement ce que la santé pourra y gagner par rapport à ce que cela coûtera. Les prix ne donnent pas d'indication de ce que valent ces avantages parce que les marchés privés ne fournissent pas de biens publics. Les ONG à but non lucratif peuvent le faire, mais elles ne peuvent pas entièrement se substituer aux pouvoirs publics à cet égard.

L'existence d'externalités, qui sont des retombées d'avantages ou de pertes d'un individu sur un autre, caractérise les cas où un marché privé pourrait fonctionner, mais produirait trop ou trop peu. Par exemple, guérir quelqu'un de la tuberculose, c'est aussi l'empêcher de transmettre la maladie. Mais ce n'est sans doute pas en fonction du risque qu'elle fait courir aux autres que cette personne demande à être guérie de la tuberculose (ou d'une maladie sexuellement transmissible asymptomatique). Si l'on ne tient pas compte du facteur externalité, le prix du traitement sur le marché privé sera trop élevé, et les gens ne se feront pas suffisamment soigner. Il est donc justifié de subventionner le traitement. L'utilisation d'antibiotiques constitue un exemple d'externalité négative, car cela peut, en accroissant la résistance du virus au médicament, réduire la valeur du médicament pour les autres et leur faire courir ainsi davantage de risques.

Les défaillances des marchés de soins de santé et de l'assurance maladie sont une troisième raison justifiant l'intervention de l'Etat par souci d'efficacité et, en cas de défaillance du marché de l'assurance maladie, par souci d'équité. Un problème de sélectivité d'admission se pose du fait que tout le monde ne court pas les

mêmes risques. Ceux qui se savent exposés à un risque élevé souhaitent s'assurer d'autant plus et sont plus susceptibles d'utiliser leur assurance. Il est donc dans l'intérêt de l'assureur de savoir qui sont ceux qui constituent un haut risque et, soit de refuser de les assurer, soit de leur faire payer une prime plus forte pour compenser le risque plus élevé qu'ils représentent. (Si tous les clients devaient payer plus cher, cela réduirait la demande des clients à faible risque et ferait monter encore plus les prix.) Les efforts des compagnies d'assurances pour obtenir de précieuses informations concernant les risques ajoutent au coût des soins de santé assurés sans que l'état de santé de la population y gagne.

La sélectivité d'admission présente un grave problème pour les risques qui existent au moment où la police d'assurance est souscrite, mais un problème encore plus complexe se pose du fait qu'un client qui présente initialement un risque faible peut devenir plus tard dans sa vie un assuré à risque élevé. En principe, on devrait pouvoir s'assurer spécifiquement contre cette probabilité d'augmentation du risque, ou alors s'assurer pour toute la vie, avec partage des risques qui peuvent se présenter dans un avenir lointain au même titre que les risques actuels. Ces solutions ne sont ni l'une ni l'autre faciles à mettre en pratique, vu l'incertitude extrême des risques futurs : l'assurance peut couvrir les risques connus, mais non l'incertitude entourant les risques.

Un autre problème tient à la tendance qu'ont les consommateurs à utiliser davantage un service lorsque, pour eux, son coût marginal diminue. L'assurance réduit ou supprime le coût marginal des soins de santé pour les consommateurs. Ainsi, l'assurance ne se borne pas à modifier la manière dont un volume donné de soins est payé; cela augmente aussi la quantité de soins exigée.

Parce que le coût financier de la maladie est réduit, les gens peuvent ne pas prendre autant soin de leur santé, d'où progrès de la maladie et accroissement de la demande ultérieure de soins. Ou ils peuvent soigner leur santé davantage par recours à des soins payés par l'assurance que par leur propre comportement. Répercuter les coûts sur d'autres, comme les assureurs, parce que l'on n'a pas à supporter toutes les conséquences de ses actes, cela s'appelle « aléa de moralité ». Cela procède de l'incertitude et du fait que les assureurs ne peuvent pas contrôler pleinement le comportement de ceux qu'ils assurent de manière à les rendre responsables de leurs décisions. Il y a aussi aléa de moralité quand les producteurs de soins induisent une demande de services pour lesquels ni eux ni ceux qu'ils soignent ne paieront.

Sélectivité d'admission et aléa de moralité ont des effets plus pernicioeux dans les marchés de l'assurance maladie que dans ceux de l'assurance automobile ou immobilière. Les maisons sont exposées à des risques relativement élevés dans les régions sujettes à des tremblements de terre ou à des cyclones, mais ces ris-

ques sont faciles à déterminer et les assureurs font payer des primes plus élevées dans ces régions. De même, les primes d'assurance automobile sont plus élevées pour les jeunes et autres groupes identifiables présentant un risque d'accident de voiture plus élevé.

Il existe un certain aléa de moralité dans les marchés de l'assurance immobilière et de l'assurance automobile. Il se présente sous sa forme extrême lorsque quelqu'un met le feu à sa maison pour toucher l'assurance ou abandonne sa voiture et déclare qu'elle a été volée. Mais, à la différence de la consommation excessive de soins de santé, ces actions constituent des délits, punis de peines qui peuvent dépasser de beaucoup la valeur du bien assuré. De toute façon, la responsabilité de l'assureur est limitée à la valeur marchande du bien (qui est facile à déterminer).

Tous les facteurs limitatifs de l'aléa de moralité et de la sélectivité d'admission sont moindres dans le cas de l'assurance maladie. Il est plus difficile d'identifier les risques individuels et encore plus difficile de les attribuer à des choix de comportement. Le corps humain n'a pas de valeur marchande et il n'est pas possible d'abandonner un corps usé pour en acquérir un nouveau. L'absence de limite naturelle des coûts (étant donné que le bien assuré, le corps, n'a pas de prix par rapport auquel comparer les coûts) distingue le risque maladie des autres risques susceptibles d'être assurés.

Les difficultés rencontrées dans les marchés de l'assurance rejaillissent directement sur les marchés des soins de santé. Si les gens ont « trop » d'assurance, ils seront tentés d'utiliser « trop » de soins de santé à des prix trop élevés. Malheureusement, comme il est difficile d'apprécier les risques de soins de santé et d'imputer une valeur à un corps vivant, il est impossible de déterminer à quel moment on atteint l'excès de soins de santé et d'assurance maladie. On ne peut pas non plus être sûr de ne réduire que le « superflu » de la demande en augmentant le prix payé par le consommateur de soins de santé.

Les défaillances de l'information viennent encore aggraver les choses. Un patient qui connaîtrait le résultat et le coût probables de tous les traitements possibles pourrait peut-être faire un choix rationnel entre gains et coûts. Mais le patient ne possède pas ce type d'information et le médecin en sait généralement beaucoup plus que lui. Cette asymétrie de l'information fait que non seulement le médecin fournit des services, mais encore que c'est lui qui décide ce qu'il faut faire. Il en résulte un conflit potentiel entre l'intérêt qu'aurait le médecin à vendre davantage de services et le devoir qu'il a de faire pour le mieux vis-à-vis du patient. Celui-ci est encore plus désavantagé lorsqu'il est malade et incapable de prendre lui-même des décisions ou lorsque les décisions doivent être prises rapidement parce qu'une vie est en danger.

Chaque fois qu'un prestataire de services est mieux informé que le consommateur, ce dernier risque de consommer des services qui ne sont pas nécessaires.

Le problème est bien connu dans la réparation automobile et les travaux d'amélioration du logement, mais, dans ces secteurs, l'assureur est mieux à même de surveiller le fournisseur du service. Il peut simplement décider de remplacer le bien assuré plutôt que de le faire réparer. Les compagnies d'assurance maladie n'ont pas cette option. Elles peuvent essayer d'examiner les recommandations des médecins avant d'accepter de payer, mais les médecins sont loin d'être toujours d'accord sur les résultats à attendre d'un traitement et prendre un deuxième avis signifie prolonger l'attente et donc, peut-être, les souffrances du patient et peut-être aussi l'aggravation de son cas.

Ces problèmes représentent les défaillances du marché pour ce qui concerne le secteur de la santé : les frais médicaux peuvent être extrêmement élevés sans que tous les soins qui seraient justifiés soient dispensés, alors que de nombreux services de valeur douteuse sont payés. Certains se voient refuser une assurance alors que d'autres sont peut-être trop protégés. Ceux qui ne paient pas la totalité du coût du traitement risquent de ne pas prendre autant de soin qu'il faudrait de leur santé. Et c'est la collectivité dans son ensemble qui paie une grande partie des frais supplémentaires.

Le marché des biens et services de soins de santé peut aussi se révéler inefficace par suite de concurrence imparfaite entre les fournisseurs, d'où bénéfices excessifs pour des services de piètre qualité, utilisation inefficace des ressources et production insuffisante. Parfois, les pouvoirs publics eux-mêmes étouffent artificiellement la concurrence. Ils peuvent, par exemple, interdire ou entraver l'offre de services par des prestataires du secteur privé, notamment des ONG. Souvent aussi, ils protègent les fabricants nationaux de médicaments et de vaccins. Au Bangladesh, le vaccin antitétanique fabriqué sur place à l'insistance du gouvernement s'est révélé si peu efficace que son utilisation a mis en danger des milliers de vies entre 1988 et 1992 avant d'être remplacé par un vaccin importé.

Les économies d'échelle, réalisables lorsqu'un gros producteur unique est beaucoup plus efficace qu'une multiplicité de petits producteurs, conduisent aussi à des situations de non-concurrence. Dans beaucoup de régions du monde, en raison de ces économies d'échelle, hôpitaux et spécialistes n'ont à faire face à aucune concurrence, ou presque. En pareille situation, une réglementation du marché privé peut être nécessaire.

Les trois raisons qui justifient l'intervention des pouvoirs publics dans le secteur de la santé — biens collectifs, lutte contre la pauvreté et défaillances du marché — correspondent en gros à trois types de services différents. Tout d'abord, les services classés comme biens collectifs, et certains de ceux qui se caractérisent par le fait qu'ils génèrent d'importantes externalités constituent ce qu'il est convenu d'appeler la « santé publique ». Cela comprend par définition

les services assurés à l'ensemble de la population ou pour l'environnement, comme les pulvérisations d'insecticides anti-paludisme. Cela comprend aussi généralement quelques services tels que les vaccinations, qui ne sont pas des biens collectifs, mais qui comportent d'importantes externalités.

Ensuite, l'inclusion des soins de santé dans une stratégie de lutte contre la pauvreté justifie le financement public de services cliniques ou individuels « essentiels ». Il s'agit de services très économiques qui feraient beaucoup pour la santé des pauvres. Comme ceux-ci, par définition, n'ont pas les moyens de se procurer ces services, l'Etat a visiblement une bonne raison de les financer. Ensemble, mesures de santé publique et soins cliniques essentiels constituent un programme de soins de santé qu'il pourrait être justifié de financer sur le budget général, avec, éventuellement, un certain apport des usagers. Pareille stratégie serait également compatible avec l'argument selon lequel les soins de santé essentiels constituent un droit fondamental. Même si la majorité de la population a de quoi payer pour ces soins, l'Etat est tenu de faire en sorte que les pauvres puissent, eux aussi, exercer leur droit, au moins dans la limite des moyens de la collectivité.

Enfin, la raison qui fait que les pouvoirs publics doivent intervenir dans le domaine des soins de santé pour suppléer aux défaillances du marché à cet égard concerne particulièrement la réglementation des soins de santé et de l'assurance maladie. L'Etat ne peut pas financer tous les soins médicaux pour lesquels il serait souhaitable d'être assuré sans aggraver la tendance à une hausse des coûts et sans risquer de devoir en arriver à rationner les soins de santé, ce qui serait particulièrement préjudiciable aux pauvres. Outre le financement d'un ensemble bien défini de services cliniques essentiels, l'Etat devrait, en ce qui concerne les services cliniques, se borner à mettre les marchés de l'assurance et des soins médicaux mieux à même d'assurer des soins discrétionnaires — par l'intermédiaire d'une assurance privée ou d'une assurance sociale (impôts d'affectation spéciale, comme pour la sécurité sociale, ou autres formules de caractère officiel). Naturellement, la gamme de services compris dans l'ensemble de services essentiels défini par chaque pays variera substantiellement d'un pays à l'autre. Pour assurer un accès équitable aux pauvres, pour remédier aux problèmes de discrimination dans l'accès à l'assurance et pour prévenir tout dérapage des coûts, les gouvernements de la quasi-totalité des pays de l'OCDE ont mis sur pied un ensemble complet de services essentiels financé (ou commandé) par l'Etat. Les pays plus pauvres devront nécessairement définir de manière plus étroite leurs programmes de services essentiels.

On peut encore améliorer le fonctionnement des marchés en fournissant des informations sur le coût, la qualité et les résultats des soins de santé. Rien qu'en définissant un ensemble de soins cliniques

essentiels, le secteur public donne une idée utile de ce qui est économique ou non. Cette distinction peut alors influencer la conception des programmes d'assurance privée ou d'assurance sociale ainsi que le comportement individuel des prestataires de soins ou des patients. De même, il est utile de connaître le coût-efficacité relatif de diverses interventions discrétionnaires et les assureurs et professionnels de la santé pourraient utiliser cette information pour réduire les coûts et attirer des clients.

Ni la théorie ni l'expérience ne permet de formuler de règle générale concernant la quantité de soins de santé que le secteur public devrait fournir directement et non plus financer. Les pouvoirs publics pourr-ont se voir obligés d'assurer directement un ensemble de services de santé essentiels dans les cas où le

secteur privé ne pourrait pas le faire sans fortes subventions, comme dans des régions très pauvres et peu peuplées. (Dans de nombreuses parties du monde en développement, une autre solution serait de subventionner une ONG pour qu'elle assure ces soins.) Toutefois, dans la plupart des cas, l'objectif premier d'une politique publique devrait être de promouvoir la concurrence entre prestataires de soins, y compris entre les secteurs public et privé (lorsqu'il y a des prestataires publics), ainsi qu'entre fournisseurs privés, que leur activité soit à but lucratif ou non. La concurrence devrait donner davantage de choix et de satisfaction au consommateur et faire baisser les coûts grâce aux gains d'efficacité qu'elle engendrerait. Dans un contexte de concurrence, la prestation de services par le secteur public peut être un facteur d'amélioration de

Encadré 3.1 Financement de la lutte contre la tuberculose en Chine

La tuberculose tue ou débilite un plus grand nombre d'adultes qu'aucune autre maladie infectieuse. Soixante pour cent des personnes atteintes de tuberculose en meurent si elles ne sont pas bien soignées. En Chine, on estime à plus de 360.000 le nombre de personnes — pour la plupart des paysans pauvres — qui meurent chaque année de tuberculose. Pour prévenir la tuberculose, le meilleur moyen est de guérir les malades contagieux dès le début de la maladie, afin qu'ils ne transmettent pas la maladie à d'autres. Bien organisés, les programmes de lutte contre la tuberculose peuvent guérir de 80 à 90 % des malades, sinon, ils n'en guérissent que 30 % ou moins, ce qui laisse l'infection progresser chez les personnes atteintes et se communiquer à d'autres victimes.

Au cours des années 60 et 70, la Chine a réalisé de grands progrès contre la tuberculose en utilisant un traitement (de 12 à 18 mois) aux antibiotiques presque gratuit. Mais, depuis le début des années 80, les taux d'infection dans la moitié environ des provinces du pays ont cessé de s'améliorer ou ont même augmenté, et ceci malgré l'adoption d'une thérapeutique rapide (six à huit mois) améliorée. Cette tendance est en grande partie attribuable à un changement de politique de financement, et en particulier à la décision gouvernementale d'encourager les établissements de santé à rendre payable la quasi-totalité des services. Ceux-ci ont dû, à partir de 1981, vendre des médicaments et des services pour financer une grande partie de leurs coûts de fonctionnement. Si l'État continuait à prendre en charge les salaires de base, les primes, allocations de logement et pensions des agents de santé étaient en partie financées sur les recettes que les établissements tiraient de leurs prestations. Les budgets d'équipement des chefs de service étaient, eux aussi, liés aux recettes. Quelques services de santé publique, comme les vaccinations, demeuraient partiellement subventionnés, mais le diagnostic et le traitement de la tuberculose ne l'étaient pas, malgré un coût de 30 à 80 dollars de médicaments par traitement.

Cette politique — faire payer les tuberculeux — a eu des effets pervers. Les médecins et les établissements qui étaient remboursés par les compagnies d'assurances prescrivaient trop de tests de dépistage et de consultations en cours de traitement et fournissaient des antibiotiques coûteux qu'ils auraient dû réserver aux cas les plus résistants. Devant l'ampleur des coûts, beaucoup de malades pauvres ne se faisaient pas soigner ou interrompaient leur traitement. Rien n'incitait à veiller à ce que les malades soient guéris ou aillent au bout de leur traitement. Comme les registres de la santé faisaient apparaître des taux très élevés de guérison parmi les malades qui avaient suivi le traitement jusqu'au bout, les pouvoirs publics ne se sont pas bien rendu compte de la dégradation de la situation. Un programme qui fonctionnait mal n'entraînait aucun coût direct pour le système de santé, mais les coûts indirects pour l'économie — et les coûts personnels que cela représentait pour les malades et leur famille — étaient énormes.

Avec la fin de la gratuité du traitement, il y a eu, selon les estimations, entre 1 million et 1,5 million de cas de tuberculose de plus à demeurer infectieux pendant les années 80. L'infection s'est propagée à des dizaines de millions de personnes dont beaucoup seront plus tard victimes de la maladie. En outre, l'apparition de bacilles résistant à l'action des médicaments s'est accélérée. Plus de 3 millions de personnes sont mortes de tuberculose en Chine pendant les années 80, alors que, si de bonnes mesures avaient été adoptées, beaucoup auraient pu être sauvées et le risque de contamination de la collectivité aurait pu être réduit de moitié.

S'étant rendu compte des problèmes qu'avait causés la non-gratuité du traitement de la tuberculose, la Chine a lancé une grande action nationale de lutte contre la tuberculose qui prévoyait l'attribution de subventions pour le traitement et l'application de mesures d'incitations appropriées à l'intention des producteurs de soins. D'après les premiers résultats obtenus, le nombre de guérisons a enregistré une augmentation spectaculaire depuis ce changement de politique.

la qualité et de maîtrise des coûts, mais elle risque fort, s'il n'y a pas concurrence, d'être inefficace ou de mauvaise qualité.

Dans certains cas, l'échec des mécanismes du marché peut n'entraîner que de légères pertes de protection sociale, et les avantages à attendre d'une intervention de l'Etat peuvent être inférieurs au coût de cette intervention. Dans d'autres, ce qu'on peut perdre à ne pas tenir compte de l'existence d'externalités positives et d'une demande induite par l'offre peut être énorme. Un exemple en est fourni par la politique de lutte contre la tuberculose en Chine : la suppression de la gratuité pour certains soins et l'introduction d'incitations à la recherche du profit dans la prestation des services de santé ont provoqué une chute brutale du pourcentage de malades traités, réduisant ainsi à néant les progrès accomplis contre la maladie et causant bien des souffrances inutiles (Encadré 3.1).

Il arrive, toutefois, que les pouvoirs publics n'interviennent pas même lorsqu'ils seraient bien avisés de le faire.

- Les gouvernements peuvent se tromper sur le résultat pratique d'une intervention. Les pouvoirs publics ne contrôlent que partiellement les réactions des acteurs privés et ces réactions peuvent compromettre la réalisation de l'objectif visé. Depuis 1971, les honoraires des médecins dans toutes les provinces du Canada sont fixés par voie de négociation avec les gouvernements des provinces et ils ne montent plus, depuis lors, plus vite que le niveau général des prix. Pour protéger leur revenu, notamment pendant la période d'inflation 1971-75, les médecins ont multiplié les actes médicaux, surtout là où les honoraires avaient le plus fortement chuté en valeur réelle, de sorte que l'Etat a économisé beaucoup moins qu'il n'avait été prévu.

- Les gouvernements peuvent ne pas avoir les moyens de bien administrer ou faire appliquer leur politique. Ils peuvent souffrir de corruption et d'incompétence pure et simple. On citera, à titre d'illustration le cas de deux hôpitaux de 500 et 600 lits financés par l'aide extérieure dans deux pays d'Amérique latine. L'un était tout simplement trop grand pour être correctement administré et exploité, si bien qu'il n'a pu être utilisé qu'à 60 % de sa capacité. L'autre était si mal conçu qu'il ne pouvait pas accueillir plus du tiers du nombre de malades prévu.

- Les gouvernements subissent les pressions de groupes d'intérêts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé. En finançant la formation de médecins dont le pays n'a pas besoin, en payant des services discrétionnaires peu utiles qui profitent à des malades de condition aisée et en protégeant les industries nationales, les gouvernements contribuent à la création d'intérêts qui risquent plus tard de gêner leur action, surtout lorsque l'évolution des choses ou l'apparition de possibilités nouvelles obligeront à réagir vite. Même lorsque la société dans son ensemble y gagnerait, il pourra arriver que l'action publique échoue faute d'avoir vaincu la résistance de ceux qui y perdraient.

Mais le plus difficile est peut-être tout simplement de faire des choix de santé. On a trop souvent cherché à fournir autant de soins que possible au plus grand nombre sans se préoccuper suffisamment d'autres questions. Si l'Etat doit financer un ensemble de mesures de santé publique et de services cliniques, il doit y avoir un moyen de choisir les services à inclure dans cet ensemble et ceux qui en seront exclus comme étant de nature discrétionnaire. (Dans la section suivante, on décrit une manière de calculer le coût-efficacité des interventions de santé qui aiderait à faire ce choix.) Si les services sont financés par le secteur public mais dispensés par le secteur privé, il faut décider de la manière dont seront subventionnés les soins privés. Cette question des incitations à offrir aux prestataires de soins s'applique aussi au paiement des prestations publiques, au « marché interne » du secteur public. Et si l'on veut influencer sur le marché des soins discrétionnaires, il faudra décider des instruments à utiliser pour peser sur le comportement des assureurs, des fournisseurs de services et des patients. Ceci pose la question de savoir dans quelle mesure l'Etat lui-même devrait se faire assureur, par l'assurance sociale, et dans quelle mesure il doit réglementer les activités des compagnies d'assurances privées. Chacune de ces décisions implique des arbitrages entre les objectifs d'une politique de santé : améliorer l'état de santé de la population, réduire les coûts, rendre plus équitable l'accès aux soins de santé et faire que les consommateurs soient plus satisfaits du système de santé dans son ensemble et des soins individuels qu'ils reçoivent.

Un bon rapport coût-efficacité dans le secteur de la santé

Quelle que soit la manière dont les services de santé sont organisés et financés, leur affaire est d'offrir des interventions de santé, qui sont des activités spécifiques visant à réduire les risques de maladies, à traiter celles-ci et à pallier les effets de la maladie et de l'invalidité. Débattre sur le point de savoir si les services de santé devraient se concentrer sur des « groupes vulnérables » comme les enfants, les femmes enceintes ou les personnes âgées, ou sur le rôle des hôpitaux par rapport à celui des dispensaires, ou encore sur la place à donner aux activités de prévention par rapport à celle des activités de soins, c'est débattre, au fond, du bon dosage des interventions. Dans le domaine de la santé, comme dans tous les autres, les clients veulent en avoir pour leur argent — qu'ils paient directement ou indirectement, en tant que contribuables ou assurés.

Il peut être très utile aux décideurs du secteur public comme du secteur privé de connaître le coût-efficacité d'une intervention de santé, c'est-à-dire le gain net de santé (par rapport à ce qui se passerait si l'on ne faisait rien) divisé par le coût. Les pouvoirs publics peuvent générer cette information et ils peu-

Encadré 3.2 Information sur les coûts et décisions de gestion dans un hôpital brésilien

L'Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) est un hôpital privé à but non lucratif fondé en 1960 pour desservir la zone métropolitaine de Recife. En 1992, il a été le premier hôpital brésilien à recevoir de l'UNICEF le titre d'hôpital « ami des bébés » pour son action, notamment pour son travail de promotion de l'allaitement au sein. L'IMIP tire 95 % de ses revenus de contrats passés avec l'Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), qui dépend du Ministère de la santé. Ses dépenses annuelles sont de l'ordre de 6 millions de dollars.

A partir de 1989, l'IMIP a organisé un système de comptabilité qui divise les services selon 11 centres de coûts. Administration, blanchissage, restauration, radiologie, laboratoire, transports et autres services « non finals » étaient affectés à des postes « finals » en proportion de leur utilisation effective ou estimative.

L'IMIP doit faire coïncider ses coûts moyens avec les recettes moyennes déterminées par le barème de l'INAMPS, qui est organisé par groupes de traitements plutôt que par services. Les pertes subies par tout centre de coût doivent être compensées par des excédents réalisés ailleurs. Dans tout le nord-est du Brésil, les enfants gravement malades sont aiguillés vers l'hôpital, qui voit mourir trois nouveau-nés par jour. Pour réduire la mortalité parmi les jeunes enfants, l'IMIP a décidé de créer une unité de soins intensifs de pédiatrie. Toutefois, les traitements pratiqués dans cette unité coûtaient beaucoup plus cher que ce que l'INAMPS était disposé à payer. Et la mortalité n'a pas diminué. Même sans calcul coût-efficacité, il était évident qu'on pourrait sauver plus d'en-

fants en fermant l'unité de soins intensifs (sauf pour les nouveau-nés) et en renforçant d'autres services. En particulier, comme les enfants qui mouraient à l'hôpital y arrivaient généralement très malades et souvent fortement sous-alimentés, il est apparu plus judicieux d'essayer de trouver les enfants à haut risque et de les traiter plus tôt. La stratégie utilisée a consisté à étendre le réseau de petits postes de santé des bidonvilles de Recife. L'IMIP a ouvert le premier de ces postes en 1983; en 1986, la mortalité infantile, dans ces quartiers, était tombée de 147 à 101 pour 1.000 naissances.

Il y a trois leçons à tirer de l'expérience de l'IMIP pour ce qui concerne la prestation de soins essentiels dans des conditions d'efficacité. L'une est qu'il est possible d'améliorer la répartition des ressources même si l'on ne dispose pas de données complètes : les médecins sont bien informés sur les résultats qu'ils obtiennent et tout ce qui leur manque, souvent, c'est d'en savoir davantage sur les coûts. La deuxième est que l'autonomie facilite le changement : comme les établissements privés jouissent généralement d'une autonomie supérieure à celle des établissements publics, on peut en tirer argument pour un financement public accru des soins dispensés par le secteur privé ou pour la décentralisation des systèmes publics. La troisième est que même des prix qui ne répondent pas à des critères de coût-efficacité peuvent servir à orienter les décisions concernant les soins à offrir. Les pouvoirs publics feront oeuvre plus utile en fixant correctement ces prix plutôt qu'en essayant de faire tous les choix d'affectation.

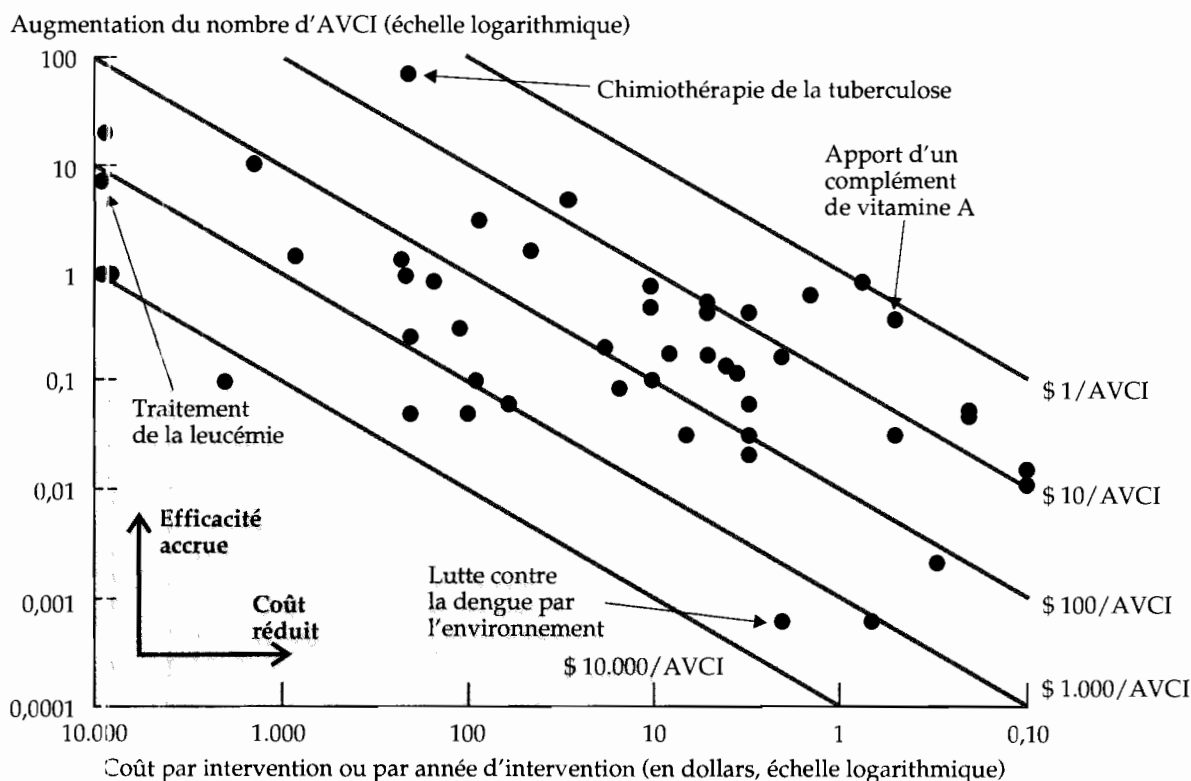
vent l'utiliser de deux manières. D'abord, ils peuvent l'utiliser pour déterminer si une intervention donnée du secteur public serait efficace par rapport à ce qu'elle coûterait : il faut pour cela juger de l'amélioration que connaîtrait la santé par rapport à ce qui se passerait si, en l'absence d'action de l'Etat, les décisions étaient laissées au secteur privé. (Le Chapitre 4 traite de ces questions pour les mesures de santé publique et le Chapitre 5 pour le financement public des services cliniques essentiels.) Ensuite, ils peuvent fournir des renseignements sur le résultat et le coût de diverses interventions de santé aux consommateurs, aux prestataires de services et aux assureurs, et cette information peut accroître la valeur de ce qu'on obtient par dollar dépensé pour la santé dans le secteur privé, y compris ce qui est dépensé en services discrétionnaires. Rien n'incite davantage les prestataires de soins privés que les prestataires de soins publics à mesurer le résultat des soins qu'ils fournissent, mais ils ont plus intérêt à en connaître les coûts. A elle seule, une information sur les coûts peut améliorer la répartition des ressources, comme le démontre le cas d'un hôpital d'obstétrique et de pédiatrie à but non lucratif du Brésil (Encadré 3.2). En estimant

les coûts de « centres de coûts » et en les rapportant aux résultats, l'hôpital a découvert que son unité de soins pédiatriques intensifs utiliserait des ressources qu'il faudrait prendre à d'autres services, compte tenu des prix que l'Etat payait divers services. Il a donc été décidé de limiter aux nouveau-nés l'admission dans l'unité de soins intensifs; les postes de santé communautaire paraissaient d'un meilleur rapport coût-efficacité.

Mesurer le rapport coût-efficacité des interventions de santé

Si l'on prend une monnaie commune pour mesurer les coûts et une unité donnée pour mesurer les effets produits sur la santé, on peut comparer ce que coûtent différentes interventions de santé par année supplémentaire de vie valide qu'elles permettent d'obtenir. Les effets sont exprimés dans la même unité d'année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) que celle qui a été utilisée pour estimer la charge de morbidité. Il n'y est pas tenu compte des charges qui, comme la perte de revenu subie du fait de la maladie, ne concernent pas directement la santé. Le rapport entre le coût et l'effet, ou coût unitaire d'une AVCI, est

Figure 3.2 Coûts et avantages de 47 interventions de santé



Population ciblée :

- Moins de 15 ans
- 15 ans ou plus^a

Note : AVCI, année de vie corrigée du facteur invalidité. Les interventions sont divers actes destinés à réduire les risques de maladie, à traiter celle-ci ou à en atténuer les conséquences ou celles de l'invalidité; une année d'intervention est une intervention répétée sur toute l'année, par opposition à une intervention unique.

a. Y compris certaines interventions dont bénéficient tous les groupes d'âge.

Source : Jamison et al., à paraître; données de la Banque mondiale.

le coût-efficacité de l'intervention; plus le chiffre obtenu est faible, plus l'intervention est rentable. En utilisant cette méthode, on évite d'attribuer une valeur dollar à la vie humaine, ce qui serait nécessaire si l'on devait exprimer les coûts et les avantages dans la même unité.

Ce n'est qu'au cours des dix dernières années que l'on a systématiquement estimé les coûts et l'efficacité de toute une gamme d'interventions de santé — encore que les premiers calculs de ce type aient été faits de nombreuses années plus tôt. L'analyse a porté sur un tout petit nombre d'interventions par rapport aux milliers d'actes médicaux connus, mais la cin-

quantaine qui a été étudiée suffirait à traiter plus de la moitié de la charge de morbidité mondiale. Rien qu'en pratiquant les 20 interventions les plus rentables, on pourrait éliminer plus de 40 % de la charge totale et pas moins de trois quarts des pertes de santé parmi les enfants.

Les estimations de coût et d'efficacité utilisées dans le présent Rapport reposent, dans la mesure du possible, sur la situation qui est celle des pays en développement. Quelques coûts fixes inhérents à l'exploitation d'un système de santé qui ne peuvent pas être attribués à une intervention ou à une autre ne sont pas pris en compte, mais ceux de capacité propres à

une intervention donnée le sont. Les coûts sont évalués aux prix du marché. Pour les facteurs qui ne peuvent pas être échangés sur le marché international (comme la main-d'oeuvre semi-qualifiée), les coûts seront inférieurs dans les pays en développement. Pour les médicaments, la plus grande partie de l'équipement et le personnel de haut niveau, les coûts sont généralement les mêmes partout, si l'on exclut les effets des droits de douane et autres barrières. Les coûts indirects, tels que les frais de déplacement des malades jusqu'au centre de traitement ou la perte de revenu qu'ils subissent de ce fait, peuvent être substantiels pour certaines interventions et peut-être en particulier pour les femmes. Parce que ce sont des coûts difficiles à déterminer, il n'en a guère été tenu compte; des études plus poussées sont à faire sur la manière dont ces obstacles influent sur l'utilisation des services de santé.

Pour certains programmes de services de santé de type courant comme les vaccinations, les coûts sont calculés en totalité plutôt que séparément pour chaque élément du programme. Les estimations ne représentent pas un idéal inaccessible; elles partent du principe que les actes médicaux sont correctement accomplis et qu'ils sont de qualité raisonnable, mais aussi du fait que la population n'est pas entièrement ou parfaitement couverte. Dans la mesure du possible, on utilise des données réelles pour le calcul des estimations, concernant, par exemple, le nombre de malades qui n'iront pas jusqu'au bout d'un traitement. Les gains futurs à attendre d'interventions présentes sont corrigés d'un facteur d'actualisation de 3 % par an, ce qui modifie peu le classement des interventions dont l'effet est rapide, mais qui réduit les gains à attendre des actes médicaux qui n'ont qu'un effet à long terme.

L'établissement du présent Rapport a permis de constater qu'il existe d'énormes écarts de coût et d'efficacité entre les interventions. La Figure 3.2 présente les coûts en dollars et les gains d'AVCI de 47 interventions différentes. Les points supérieurs représentent celles qui améliorent la santé de manière relativement efficace; les points situés à droite représentent les interventions peu coûteuses. Certaines interventions coûtent plus de 10.000 dollars par bénéficiaire, d'autres moins de 1 dollar. Certaines donnent dix années de plus de vie pleine, alors que d'autres ne font gagner que quelques heures ou quelques journées de pleine santé. Les deux axes sont exprimés en logarithmes, de sorte que les diagonales représentent des ratios de coût-efficacité égaux en dollars par AVCI. Ces ratios varient largement selon les interventions, allant de 1 dollar à 10.000 dollars. Les diagonales supérieures représentent les interventions les plus rentables. Quatre interventions illustrent des combinaisons extrêmes de coûts et de gains de santé : les suppléments de vitamine A (coût très faible, gain élevé), la chimiothérapie de la tuberculose (coût élevé, gain très élevé), la lutte contre la dengue par action sur l'environnement (faibles coût et gain) et le

traitement de la leucémie juvénile (coût très élevé, gain plutôt élevé).

Une mauvaise répartition des ressources, que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé, coûte des vies humaines. Une dépense de 100.000 dollars en chimiothérapie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait 35.000 AVCI de gagnées. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI; chaque malade gagnerait moins d'une année de vie pleine par année de traitement et il n'y aurait pas d'avantages attribuables à une réduction de l'incidence de la maladie. Manifester un souci de rentabilité ne signifie aucunement que l'on manque de compassion pour les victimes de la maladie : c'est la seule manière d'éviter des souffrances inutiles.

Les résultats de l'analyse coût-efficacité confirment la valeur des soins de santé primaires qui sont compris dans les programmes visant à réduire la malnutrition et la mortalité infantiles, principalement de maladies infectieuses. Plusieurs interventions jusqu'à présent négligées sont aussi très rentables : la chimiothérapie de la tuberculose, les soins d'obstétrique intégrés, les campagnes de déparasitage des enfants, la distribution de préservatifs et d'informations sur la manière de lutter contre le SIDA et l'adoption de mesures contre l'usage du tabac — par l'éducation, par la taxation du tabac (mesure efficace pour dissuader les adolescents qui ne sont pas encore devenus des fumeurs invétérés) et par l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Un grand nombre des interventions de santé les plus rentables sont de nature préventive. Mais toutes les mesures préventives ne sont pas rentables : par exemple, les pulvérisations antimoustiques vecteurs de la dengue ne sont pas économiques. Cela dit, un petit nombre d'interventions cliniques (pour la plupart de nature curative) négligées, mais d'un bon rapport coût-efficacité, pourraient éliminer une substantielle fraction de la charge de morbidité dans beaucoup de pays.

En général, la plupart des interventions rentables peuvent avoir lieu en dehors des hôpitaux. Toutefois, en traitant un petit nombre de maladies graves, les hôpitaux peuvent parfois améliorer la santé pour un coût par AVCI moindre que cela coûterait dans un établissement de niveau inférieur, mais seulement si les dispensaires ou postes sanitaires traitent la plupart des cas et n'aiguillent vers les hôpitaux que ceux qui exigent des soins spéciaux.

Complications de l'utilisation des calculs de coût-efficacité

L'incidence et la prévalence d'une maladie ainsi que la probabilité qu'ont les malades d'en mourir influent aussi bien sur le coût que sur l'efficacité des interventions. Les interventions préventives sont moins rentables pour les maladies relativement rares, du fait qu'il

Encadré 3.3 Coût-efficacité des interventions contre la rougeole et la tuberculose

On a calculé les coûts et les effets de la vaccination contre la rougeole à partir de données recueillies à Lagos et à Kinshasa pour un modèle de zone urbaine. Des données concernant Matlab, au Bangladesh, ont été utilisées pour un modèle de zone rurale. Dans chaque zone, on a supposé qu'il y aurait 36.400 cas de rougeole sans vaccination et qu'il en résulterait 1.452 décès en milieu urbain et 806 en milieu rural. Toutes les atteintes à la santé dues à la rougeole consistent en décès, dont chacun coûte 30 AVCI. Les simulations ont envisagé trois stratégies : pas de vaccination, vaccination à neuf mois (âge avant lequel le vaccin normal n'a pas d'effet) avec taux de couverture de 60 %, et vaccination à neuf mois accompagnée de mesures visant à porter à 80 % le pourcentage d'enfants vaccinés, ce qui augmente de 10 % les frais de supervision. Dans ce dernier cas, on a calculé le coût marginal en plus du coût moyen pour mettre en lumière l'effet qu'aurait l'augmentation du pourcentage d'enfants vaccinés. Les coûts ont été rapportés à trois effets — le nombre de cas évités, le nombre de décès évités et le nombre d'AVCI gagnés. Le Tableau 3.3A présente les résultats de ces calculs.

La rougeole frappe plus tard en milieu rural, de sorte qu'elle est plus facile à éviter. Mais, comme elle cause une plus forte mortalité lorsqu'elle frappe très tôt, le coût par décès évité ou par AVCI gagnée est plus élevé en milieu rural. Quel que soit le milieu, l'augmentation du pour-

centage de vaccinés a un coût marginal supérieur au coût moyen dans le cas de la stratégie de moindre couverture, mais la stratégie de plus grande couverture demeure d'un très bon rapport coût-efficacité. Des calculs semblables ont été faits pour la chimiothérapie de la tuberculose, à la fois pour un traitement type (12 à 18 mois) et un traitement court (six à huit mois), avec ou sans hospitalisation dans les deux cas. À partir de données recueillies pour le Malawi, le Mozambique et la Tanzanie, on a calculé le coût marginal moyen (coût marginal plus coût moyen imputable aux coûts fixes du programme de lutte contre la tuberculose, mais à l'exclusion des autres coûts fixes du système de santé), pour arriver aux chiffres estimatifs d'environ 80 à 110 dollars par guérison pour le traitement ambulatoire et entre 160 et 300 dollars en cas d'hospitalisation. Le coût par décès directement évité allait de 75 à 275 dollars, mais le coût total, compte tenu de la cessation de l'effet de propagation, peut tomber à 20 dollars et ne dépasse jamais 100. Ces coûts très faibles se traduisent par un montant d'environ 1 à 3 dollars par AVCI gagnée et font du traitement de la tuberculose par chimiothérapie l'une des interventions les plus économiques de toutes. Et ce sont là des coûts qui ne varient pas avec le taux annuel d'infection. Le BCG, par contre, a un rapport coût-efficacité extrêmement sensible aux taux d'infection; ce vaccin n'est économique que lorsque le risque d'infection est élevé.

Tableau 3.3A Coûts et gains de santé liés à la vaccination contre la rougeole

	Milieu urbain, par pourcentage de vaccination		Milieu rural, par pourcentage de vaccination	
	60	80	60	80
Nombre de cas évités (milliers)	10,7	14,2	16,2	22,6
Coût total par cas évité (dollars)	17	18	11	12
Coût marginal (dollars)	—	22	—	15
Nombre de décès évités (milliers)	0,4	0,6	0,4	0,5
Coût total par décès évité (dollars)	432	462	525	561
Coût marginal (dollars)	—	552	—	670
Nombre d'AVCI gagnées (milliers)	12,3	16,4	10,2	13,5
Coût total par AVCI (dollars)	15	16	18	19
Coût marginal (dollars)	—	19	—	23

Source : Foster, McFarland et John, à paraître.

faut toucher un plus grand nombre de personnes pour empêcher un seul cas. Le pourcentage de malades qui meurent d'une maladie donnée a de l'importance puisqu'on sauve un plus grand nombre de vies par une action de prévention ou de lutte contre une maladie qui fait beaucoup de victimes. Il est plus rentable de vacciner les enfants dans un milieu où ils sont mal nourris et où beaucoup meurent de maladies évitables que là où ils sont en bonne santé et ne risquent guère de mourir. (L'Encadré 3.3 en donne une illustration dans le cas de la rougeole et de la tuberculose.) Heureusement, les écarts de rentabilité entre deux interventions sont souvent beaucoup plus

grands que les différences d'un milieu à un autre ou l'incertitude des estimations. Lorsque tel n'est pas le cas, comme pour le paludisme, il faut disposer d'informations locales détaillées pour savoir à quelle intervention accorder la priorité. Les évaluations nationales ou régionales sont également importantes pour avoir une idée des niveaux de dépenses nécessaires et de l'impact probable sur la charge de morbidité nationale.

Si une intervention n'imposait pas de coûts fixes d'infrastructure et d'administration du programme, un faible coût par AVCI gagnée suffirait à la justifier. Dans la pratique, il peut y avoir des coûts fixes consi-

dérables à répartir sur un certain nombre d'interventions et les moyens administratifs peuvent être limités. En consacrant des ressources à des interventions qui sont très rentables mais qui allègent de très faibles charges de morbidité, on risque de gaspiller des ressources qu'il sera alors plus difficile d'affecter à la lutte contre des maladies qui représentent une charge beaucoup plus lourde. Priorité devrait être donnée aux problèmes de santé qui causent une lourde charge de morbidité et pour lesquels il existe des interventions d'un bon rapport coût-efficacité (Encadré 3.4). Si un problème de santé donné fait perdre de nombreuses années de vie saine mais qu'il n'existe aucun moyen — si ce n'est d'un prix très élevé — de s'y attaquer, ce devrait alors être une priorité, non de soins de santé, mais de travaux de recherche sur la mise au point d'interventions économiques.

Comme il ne peut y avoir de classement que relatif, l'intérêt d'une intervention varie aussi en fonction des autres problèmes de santé et traitements caractéristiques de l'endroit. La thérapie de réhydratation par voie orale en donne un exemple : dans les

endroits où la mortalité juvénile est faible, elle est beaucoup moins rentable que la vaccination du fait qu'elle va peut-être devoir être administrée souvent pendant les premières années de vie d'un enfant, mais elle devient d'un meilleur coût-efficacité à mesure que le taux de mortalité s'élève. En règle générale, le ratio coût-efficacité varie non seulement avec les conditions locales, mais aussi en fonction du pourcentage de la population couvert par une intervention. Il est influencé aussi par la présence d'autres interventions susceptibles d'influer sur les coûts (par le partage des frais communs) ou sur les résultats. Parfois, le meilleur moyen de s'attaquer à une maladie consiste à conjuguer deux interventions, l'une préventive et l'autre curative, comme c'est le cas pour la tuberculose et le paludisme. Il est parfois nécessaire de traiter la rougeole parce que le vaccin ne protège pas tous les enfants; même si le traitement est plus coûteux, les deux interventions se justifient.

Dans des cas exceptionnels, il peut être justifié de payer des coûts marginaux élevés pour étendre la couverture d'une intervention à l'ensemble de la

Encadré 3.4 Problèmes de santé prioritaires : charges de morbidité élevées et interventions d'un bon rapport coût-efficacité

Il est facile de déterminer les problèmes de santé des enfants de moins de 5 ans qui méritent priorité. Comme le montre le Tableau B.6 de l'Annexe, neuf maladies représentent chacune plus de 1 % de la charge de morbidité totale dans ce groupe d'âge. Cela va des affections respiratoires aiguës (plus de 17 % chez les garçons comme chez les filles) à la carence en iode (1,2 à 1,3 %). De ces problèmes, qui représentent bien 80 % des troubles de santé des jeunes enfants, huit se prêtent à des interventions qui coûtent moins de 100 dollars par AVCI gagnée. La seule exception, ce sont les troubles congénitaux, qui entrent pour plus de 6 % dans la charge de morbidité, mais pour lesquels on ne connaît pas d'interventions économiquement acceptables.

La situation est beaucoup plus compliquée pour les adultes (Tableau B.7 de l'Annexe). Par exemple, les maladies cérébrovasculaires sont la principale cause de perte d'années de vie non diminuée pour les deux sexes après l'âge de 60 ans et pour les femmes âgées de 45 à 59 ans, mais les interventions, dans ce cas, coûtent 1.000 dollars ou davantage par AVCI gagnée. Les insuffisances coronariennes constituent la deuxième ou la troisième cause de perte de mauvaise santé chez les hommes et les femmes de plus de 45 ans, mais les interventions coûtent entre 250 à 1.000 dollars par AVCI gagnée. Parmi les dix principales causes de maladies non contagieuses dans ce groupe d'âge, il n'existe d'interventions d'un coût inférieur à 100 dollars par AVCI gagnée que pour la cataracte, l'anémie, les cancers du système respiratoire (par réduction de la consommation de tabac) et le cancer du col de l'utérus. Ces problèmes ne représentent que 7,9 %

de la charge de morbidité chez les femmes âgées de 45 à 59 ans et les pourcentages sont encore plus faibles pour les autres groupes d'âge et pour les hommes. Parmi les maladies transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les affections respiratoires méritent priorité, mais ils causent moins de 10 % de tous les troubles de santé après 45 ans et 20,1 % seulement chez les hommes âgés de 15 à 44 ans.

Lourde charge de morbidité et interventions d'un bon rapport coût-efficacité ne coïncident que pour un seul groupe d'adultes : les femmes de 15 à 44 ans. On peut prévenir ou traiter six des dix principales sources de problèmes de santé pour moins de 100 dollars par AVCI. Cela va des problèmes de santé maternelle (18,0 % de la charge) aux affections respiratoires et à l'anémie (2,5 % de la charge chacune) et représente au total 44 % de la mauvaise santé des femmes en âge de procréer. Deux autres problèmes — la dépression et l'automutilation — causent chacun au moins 3 % de la charge de morbidité, mais l'efficacité des interventions est beaucoup plus problématique.

Ces calculs mettent en lumière le gros problème auquel est confronté le système de soins de santé à mesure que la population vieillit : le coût marginal d'une année de vie non diminuée monte fortement, ce qui conduit à des choix difficiles entre accroissement des dépenses et réduction des gains de santé. Cependant, pour beaucoup des problèmes de santé des personnes âgées qui ne peuvent être pleinement résolus, il existe des palliatifs d'un coût peu élevé. Et beaucoup peut être fait, à des âges moins avancés, pour améliorer l'état de santé des futures générations de personnes âgées.

population parce que la maladie peut être définitivement vaincue (comme ce fut le cas de la variole et comme cela devient maintenant possible pour la polio). Dans ces cas-là, les gains comprennent non seulement les AVCI sauvées à la marge sur les dernières personnes à être vaccinées, mais toutes les années de vie valide que la maladie ferait perdre autrement à l'avenir. Il en va de même si une intervention peu coûteuse qui doit être constamment répétée est remplacée par une intervention d'un coût initial élevé mais qui a des effets permanents, comme la mise en place d'équipements d'assainissement pour réduire la nécessité de traiter beaucoup de maladies transmises par les matières fécales.

L'utilisation de l'analyse coût-efficacité de l'allocation des ressources dans le domaine de la santé comporte une limitation importante qui tient au fait qu'un certain nombre d'interventions dont les conséquences pour la santé sont importantes influent aussi sur le revenu ou le bien-être d'autres manières. La chimiothérapie de la tuberculose n'a pas d'autre valeur en dehors du gain d'AVCI lié à la guérison de la maladie, mais investir dans la scolarisation des filles a des conséquences importantes à la fois pour la santé (comme on le montre au Chapitre 2), ainsi que pour le revenu et la situation socio-économique plus tard dans la vie. De même, le planning familial, outre les effets bénéfiques qu'il a pour la santé, permet aux familles de choisir le nombre d'enfants qu'elles veulent avoir et l'espacement des naissances; une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement rend la vie plus agréable et permet de réaliser des gains de temps; une consommation alimentaire accrue permet un niveau plus élevé d'activité physique; enfin, une amélioration de la sécurité routière réduit les dommages matériels et sauve des vies. Pour certaines de ces interventions (pour le planning familial et la scolarisation des filles, par exemple), le coût par AVCI est suffisamment bas pour que les avantages qu'elles présentent pour la santé suffisent à les justifier; les autres avantages qui s'y attachent ne font que les rendre d'autant plus intéressantes. Pour d'autres interventions, le coût par AVCI gagnée pourra être trop élevé pour que ce type d'investissement se justifie pour des raisons de santé uniquement, mais le fait que le consommateur est prêt à payer pour des avantages autres que de santé signifie que le coût peut être très faible pour le système de santé. Beaucoup d'investissements d'approvisionnement en eau et d'assainissement entrent dans cette catégorie.

Calculer le coût-efficacité pour choisir les interventions de santé à financer par le secteur public ne signifie pas nécessairement dépenser le plus de ressources là où la charge de morbidité est la plus lourde. Cela veut dire plutôt concentrer les dépenses sur les interventions qui permettent de réaliser les plus grands gains de santé possibles par dollar dépensé sur le budget de l'Etat. Il ne s'agit généralement pas de comparer avec ce qui se passerait si l'on ne faisait

rien, mais avec ce qui se passerait si les interventions sanitaires étaient financées par le secteur privé. Les interventions publiques les plus justifiées joindront donc au fait d'être des actions du secteur public fortement motivées celui d'être des interventions de santé d'un bon rapport coût-efficacité. Comme les avis diffèrent sur la valeur actualisée de l'avenir ainsi que sur l'appréciation de la gravité de divers problèmes de santé, le plafonnement de ce que les pouvoirs publics paient pour gagner une AVCI pourrait avoir pour conséquence que certains recevraient davantage de soins financés par l'Etat qu'ils n'auraient choisis d'eux-mêmes, alors que d'autres en recevraient moins. Mais de tous les critères uniformes possibles pour déterminer les interventions à financer, c'est le calcul du coût-efficacité qui semble procurer la répartition la plus efficace des ressources de santé.

Imperfection des données

L'analyse coût-efficacité exige de disposer de renseignements sur les dépenses qu'implique une intervention donnée et sur le résultat — information que les centres et systèmes de santé, surtout ceux du secteur public, ne recueillent généralement pas. Ce type de renseignements pourrait permettre de réaliser de substantiels gains d'efficacité, mais il faudra beaucoup de temps et d'efforts avant que la plupart des systèmes publics des pays en développement puissent apprendre à les recueillir et à les utiliser. La ventilation des budgets se fait souvent uniquement par éléments et non par programmes, et les coûts par consultation ou par journée de lit d'hôpital recouvrent de nombreux actes médicaux différents. Quant aux résultats, ils sont rarement chiffrés. Pour les interventions dont le rapport coût-efficacité varie fortement selon les conditions locales, rien ne peut remplacer l'information sur les coûts et le résultat.

Politique de santé et performance des systèmes de santé

Tous les gouvernements souscrivent à l'idée que l'Etat doit assurer certains services de santé essentiels. Mais rares sont ceux qui atteignent cet objectif, même dans le cas de la vaccination, qui est probablement l'intervention de santé à laquelle les pouvoirs publics se sont le plus intéressés, que les donateurs d'aide ont le plus financée, et dont il est le plus facile de mesurer le résultat. Dans bien des régions, la couverture est loin d'être totale. La vaccination contre la rougeole et contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos a atteint un taux de couverture de 90 % ou plus en Arabie saoudite, au Chili, en Chine, en Corée et à Cuba, mais elle reste encore inférieure à 50 % dans certains pays d'Asie et beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. De nombreux autres éléments d'un programme acceptable de santé publique sont pratiquement inexistantes.

Tableau 3.2 Allocation actuelle et allocation proposée des dépenses publiques de santé dans les pays en développement, 1990

(dollars par habitant)

Elément du programme	Dépenses prévues par le programme envisagé			Estimation des dépenses actuelles, ensemble des pays en développement	Contenu
	Pays à faible revenu ^a	Pays à revenu intermédiaire ^b	Ensemble des pays en développement		
Santé publique	4	7	5	1	PEV Plus; programmes de santé scolaires; lutte contre le tabac et l'alcool; information sur la santé, la nutrition et le planning familial; lutte contre les vecteurs; prévention des MST; suivi et surveillance
Services cliniques essentiels (ensemble minimum)	8	15	10	4-6	Traitement de la tuberculose; traitement de l'enfant malade; obstétrique; planning familial; traitement des MST; traitement des infections et des petits traumatismes; évaluation, conseils et soulagement de la douleur
Total, santé publique et ensemble minimum de services	12	22	15	5-7	
Services cliniques discrétionnaires ^c	-6	40	6	13-15	Tous autres services de santé, dont traitement d'un faible rapport coût-efficacité du cancer, des maladies cardiovasculaires, des autres affections chroniques, des traumatismes graves, des troubles neurologiques et psychiatriques
Total	6	62	21	21	

Note : Selon les estimations des rapports de la Banque mondiale sur le secteur de la santé, les dépenses actuellement consacrées aux services cliniques essentiels représenteraient de 20 à 30 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé. Les chiffres sont à considérer comme des approximations.

a. Calcul fait pour un niveau de revenu de 350 dollars.

b. Calcul fait pour un niveau de revenu de 2.500 dollars.

c. Estimation résiduelle. Le nombre négatif pour les pays à faible revenu dénote un montant total de dépenses inférieur au coût du programme.

Source : Calculs de la Banque mondiale; rapports sectoriels de la Banque mondiale sur le Ghana (1989), l'Inde (1992), l'Indonésie (1991), la Jamaïque (1989), la Jordanie (1989), le Mexique (1989), le Nigéria (1991), le Pakistan (1992), la Turquie (1990) et le Venezuela (1992).

En ce qui concerne les services cliniques, les gouvernements ont généralement eu le tort de vouloir tout offrir à tout le monde, sans établir de distinction entre les soins selon qu'ils sont plus ou moins essentiels, ni entre les malades selon qu'ils sont plus ou moins nécessiteux. Pour certains services de santé fournis par le secteur public, le système de prestations est d'une inefficacité si flagrante qu'il a peu de chances d'être rentable, quelles que soient les interventions que l'on essaie d'assurer. Ce type d'inefficacités a été critiqué si clairement et depuis si longtemps qu'elles ne pourront pas, de toute évidence, être surmontées tant que l'organisation des soins de santé n'aura pas été radicalement transformée — par exemple, par une modification du rôle de l'Etat, qui

financerait les soins de santé sans les assurer lui-même et qui stimulerait la concurrence entre prestataires de soins. Ces changements exigeront à leur tour que l'on distingue clairement entre dépenses essentielles et dépenses discrétionnaires et que les gouvernements se montrent plus résolus que jamais à rentabiliser les services de santé. Il n'existe pas d'autre moyen équitable de contenir la dépense publique.

La plupart des gouvernements ne réussissent pas non plus à bien réglementer les marchés des services privés, y compris celui de l'assurance. Comme l'ont montré de récents travaux de recherche menés au Brésil, il serait possible d'améliorer sensiblement la qualité des soins médicaux à peu de frais si l'Etat s'acquittait mieux de cette tâche. La croissance rapide

et l'absence presque totale de réglementation de l'assurance privée dans des pays comme le Brésil et la Corée présentent un autre problème que les gouvernements sont mal armés pour aborder.

Allocation des dépenses d'un bon rapport coût-efficacité

On n'a pas calculé le nombre d'années de vie valide que les systèmes de santé permettent actuellement de gagner. Néanmoins, il est clair que beaucoup sont généralement bien moins performants qu'ils pourraient l'être. De nombreux gouvernements dépensent beaucoup trop pour des services hospitaliers de pointe dont le rapport coût-efficacité est faible et trop peu pour des services cliniques et des interventions de santé publique de caractère essentiel. Le pourcentage des dépenses publiques de santé qui est absorbé par les hôpitaux de niveaux tertiaire et secondaire, par exemple, peut atteindre 70 et 75 % en Jordanie et au Venezuela. Les hôpitaux de soins tertiaires peuvent à eux seuls absorber entre 30 et 50 % du budget de la santé. Un quart seulement des dépenses publiques, et souvent moins, est consacré à des soins cliniques essentiels et à des actions de santé publique efficaces menés essentiellement dans des dispensaires et au niveau des villages. Dans beaucoup de pays, la part des dépenses publiques consacrée à ces services de base est en baisse depuis quelques années. Au Brésil, 64 % des dépenses publiques de santé faites en 1965 concernaient des activités de prévention et de santé publique, mais, au milieu des années 80, ce pourcentage était tombé à 15 % et les hôpitaux absorbaient jusqu'à 70 % des dépenses. La faiblesse du réseau de soins primaires qui en résulte conduit les patients à chercher à se faire soigner en hôpital; 80 % de ceux qui encombrant les salles d'urgence pourraient être traités aussi efficacement, mais à moindres frais, au niveau primaire.

Dans l'ensemble du monde, près de la moitié de la charge de morbidité actuelle est le fait des maladies contagieuses, des carences nutritionnelles et des problèmes de santé maternelle et périnatale. Ce sont principalement ces problèmes que s'efforcerait de résoudre un ensemble approprié de soins d'un bon rapport coût-efficacité. Aucun programme, si bien conçu soit-il, ne pourrait éviter toutes les atteintes à la santé imputables à ces maladies en raison de la faible rentabilité de certaines interventions et de l'augmentation des coûts marginaux même des meilleures d'entre elles. Néanmoins, en raison de l'ampleur de la charge qu'elles représentent et du faible coût par AVCI des interventions qu'elles exigent, il est raisonnable de conclure que les dépenses publiques de santé devraient, dans un premier temps, être concentrées sur ces maladies. Les conclusions à en tirer pour ce qui est de la répartition des ressources par type de facteur ou niveau d'équipement sont moins claires, mais il est probable que les équipements de niveau supérieur à celui d'hôpital de district ne devraient

représenter qu'un faible pourcentage du total, essentiellement pour traiter les malades qui sont aiguillés vers eux.

Le Tableau 3.2 montre dans quelle mesure les dépenses de santé sont mal réparties en opposant des estimations de dépenses effectives à ce qu'il faudrait dépenser pour un ensemble de services de santé conçu pour répondre le plus efficacement possible au problème de la charge de morbidité dans le monde en développement. Cet ensemble comprend des services de santé publique qui coûteraient à peine plus de 4 dollars par habitant dans les pays pauvres (ceux qui ont un revenu moyen par habitant de 350 dollars) et un minimum de services cliniques essentiels qui coûterait environ 8 dollars de plus par habitant. Dans les pays à revenu intermédiaire (qui ont un revenu par habitant de 2.500 dollars), le même ensemble de services cliniques essentiels et d'interventions de santé publique coûterait environ 80 % de plus, soit 22 dollars par personne. Ces écarts tiennent en partie à ce que les conditions épidémiologiques y sont différentes, mais le coût des facteurs, notamment des salaires, y serait également plus élevé. Beaucoup de pays définiront l'ensemble de services cliniques essentiels bien plus largement que celui dont on parle ici. Même dans les pays relativement pauvres, un ciblage du financement public de services essentiels sur les pauvres permettrait d'offrir un ensemble plus large et plus généreux. On pourrait le faire, par exemple, en ajoutant des interventions par ordre de coût-efficacité décroissant jusqu'à ce que l'on estime que, compte tenu des ressources du pays, le gain de santé additionnel ne vaut pas la dépense. Pour s'assurer l'appui politique dont ils auront besoin et pour pourvoir aux problèmes de défaillance du marché et d'équité, les pays pourront choisir de faire financer par l'Etat, ou par son intermédiaire, la totalité du programme.

Les gouvernements des pays en développement consacrent un montant estimatif de 21 dollars par habitant à la santé, soit environ 84 milliards de dollars au total. Sur cette somme, un montant estimatif d'un peu plus de 1 dollar seulement par personne, soit 5 milliards de dollars au total, va à des interventions de santé publique efficaces. Pour s'offrir le programme décrit ici, il faudrait que les pays dépensent pour la santé publique près de cinq fois plus qu'ils ne le font actuellement. Un montant de 4 à 6 dollars par habitant, soit 17 à 25 milliards de dollars au total, va à des services cliniques dispensés par des établissements de niveau inférieur ou classés comme « soins de santé primaires ». Ces services comprennent généralement beaucoup de ceux qui font partie de l'ensemble de soins cliniques essentiels, mais ils ne sont habituellement pas assurés à la totalité de la population. Et ces dépenses comprennent certains services de moindre rentabilité qui devraient être considérés comme discrétionnaires. Le financement d'un ensemble minimum de soins cliniques essentiels exigerait une dépense supplémentaire de 16 à 24 milliards de

Tableau 3.3 Coût total et gains de santé potentiels d'un programme de santé publique et de services cliniques essentiels, 1990

Groupement de pays et élément du programme	Coût par habitant (dollars)	Coût total (milliards de dollars)	Réduction de la charge de morbidité	
			Pourcentage	Millions d'AVCI
Pays à faible revenu ^a	12	22	32	226
Santé publique	4	8	8	57
Services cliniques essentiels	8	14	24	170
Chine ^b	12	14	15	30
Santé publique	4	5	4	8
Services cliniques essentiels	8	9	11	22
Pays à revenu intermédiaire ^c	22	26	15	45
Santé publique	7	8	4	12
Services cliniques essentiels	15	18	11	33
Ensemble des pays en développement	15	62	25	301
Santé publique	5	21	6	77
Services cliniques essentiels	10	41	19	225

a. Estimation fondée sur des données concernant l'Afrique subsaharienne, le Bangladesh, l'Égypte, l'Inde, l'Indonésie et le Pakistan.

b. La Chine fait l'objet d'une rubrique spéciale parce que son coût par habitant est supposé être le même que celui d'un pays à faible revenu, alors que le pourcentage de réduction de la charge de morbidité est supposé être celui d'un pays à revenu intermédiaire.

c. Estimation fondée sur des données concernant les groupements Amérique latine et Caraïbes, Autres pays et îles d'Asie sauf Indonésie et Bangladesh, et Croissant moyen-oriental sauf Égypte et Pakistan.

Source : Calculs de la Banque mondiale.

dollars, soit le double des dépenses actuelles. Si le total des dépenses demeurerait inchangé, ceci impliquerait de réduire de moitié environ ce qui est maintenant dépensé en services discrétionnaires.

Certains pays auraient beaucoup de mal à financer le programme de services envisagé. En fait, dans les pays les plus pauvres, les dépenses publiques totales, qui se chiffrent à 6 dollars par personne, sont inférieures d'environ 6 dollars au coût du programme. Les dépenses totales par personne, y compris celles du secteur privé, sont de l'ordre de 14 dollars, soit à peu près le coût du programme envisagé. Ceci veut dire ou bien qu'un volume substantiel de ressources privées devra être utilisé, ou bien qu'il faudra des ressources publiques supplémentaires; même si l'on supprimait toutes les dépenses de l'État en services discrétionnaires, les actuelles dépenses publiques de santé ne suffiraient pas à financer le coût du programme.

Comme le programme minimum ne coûterait au total qu'environ 60 milliards de dollars pour l'ensemble des pays en développement, il s'agit, dans les pays à revenu intermédiaire, de redistribuer les ressources et, dans les pays à faible revenu, de trouver des ressources supplémentaires d'environ 10 milliards de dollars. Les 8 à 10 dollars de plus par personne qu'il faudrait dépenser en mesures de santé publique et en services cliniques essentiels représentent moins que les 13 à 15 dollars par personne en moyenne qui sont actuellement dépensés en services cliniques discrétionnaires ou non essentiels. En fait, les pays consacrent maintenant environ deux fois plus de ressources à ces services de moindre efficacité qu'au programme d'actions de santé publique et de

soins cliniques essentiels recommandé. Un dosage judicieux de réallocation de ressources et de dépenses supplémentaires permettrait aux gouvernements d'améliorer considérablement l'état de santé de la population.

Le Tableau 3.3 montre quelle pourrait être l'ampleur de ce gain. Bien répartie, une dépense de 12 dollars par personne seulement dans les pays à faible revenu (sauf la Chine) suffirait à réduire de près d'un tiers la charge de morbidité. Cela correspond à près de 226 millions d'AVCI, soit 7,0 millions par an de décès d'enfants en bas âge. Dans les pays à revenu intermédiaire, le programme proposé ne pourrait pourvoir qu'à 15 % de la charge de morbidité, malgré des dépenses par habitant plus élevées. La charge de morbidité y serait réduite d'environ 45 millions d'AVCI, ce qui correspond à 1,4 million de décès par an d'enfants en bas âge. Si le gain est moindre dans le cas de ces pays, c'est parce qu'ils ont déjà éliminé une grande partie de la charge de morbidité causée par des maladies contagieuses faciles à contenir et que maladies et troubles chroniques y occupent une plus grande place.

On suppose que la charge de morbidité baisserait du même pourcentage en Chine que dans un pays à revenu intermédiaire, du fait que la Chine a déjà sensiblement réduit la charge imputable aux maladies auxquelles s'applique le programme. Une trentaine de millions d'AVCI pourrait être gagnée, soit l'équivalent de 930.000 décès d'enfants en bas âge évités. Le coût par habitant serait le même que dans les pays à faible revenu.

Le coût estimatif d'un programme minimum ouvert à tous serait de 22 milliards de dollars dans les

pays à faible revenu, de 14 milliards de dollars en Chine et de 26 milliards de dollars dans les pays à revenu intermédiaire. Le coût total serait d'environ 62 milliards de dollars, soit 15 dollars par personne dans l'ensemble du monde en développement. Ce chiffre comprend ce que les pays dépensent déjà pour les services inclus dans le programme, montant évalué aux alentours de 20 à 30 milliards de dollars. Le coût supplémentaire ne serait donc que de 30 à 40 milliards de dollars par an.

Le gain de santé serait de l'ordre de 300 millions d'AVCI, ce qui correspond à 9,3 millions de décès d'enfants en bas âge. L'application universelle du programme recommandé aboutirait donc au même gain de santé que la suppression de presque toute la mortalité infantile actuellement enregistrée dans le monde. Ces gains seraient possibles pour un coût moyen d'environ 50 dollars par AVCI pour les mesures de santé publique et d'environ 100 dollars par AVCI pour le programme minimum de services cliniques essentiels. Le coût par AVCI des interventions comprises dans le programme va de moins de 5 dollars à plus de 200 dollars; il est tenu compte aussi, dans le calcul des coûts moyens, des mesures de santé publique qui n'améliorent pas la santé directement, mais qui sont essentielles pour le fonctionnement d'un système de santé.

Dans les pays à faible revenu comme dans les pays à revenu intermédiaire, le coût marginal par AVCI serait inférieur au coût moyen du fait que tous les coûts fixes d'infrastructure sont inclus dans ces estimations et qu'il resterait une marge pour offrir de petites quantités supplémentaires de la plupart des services. Parce que les coûts sont partagés, il est difficile de séparer le coût par AVCI de chaque intervention prévue du programme.

Dans les pays à revenu intermédiaire, le programme serait entièrement financé par une redistribution des dépenses publiques. Dans les pays pauvres, il manquerait environ 10 milliards de dollars par an, montant qui pourrait être couvert par une augmentation des dépenses publiques jointe à un accroissement des apports extérieurs et à une augmentation de la part payable par ceux qui ont les moyens de payer. En transférant une partie du coût aux consommateurs aisés — par l'assurance, privée ou sociale, par exemple —, on pourrait élargir la portée du programme ou réduire les dépenses à la charge de l'État.

Il y a plusieurs raisons qui font que les pays en développement n'affectent pas de ressources suffisantes à des interventions de santé rentables. Souvent, rien n'incite les prestataires de soins à fournir des services d'un bon rapport coût-efficacité. Les médecins ont plus à gagner — en revenus, en promotions et en prestige professionnel — en se spécialisant et en utilisant des techniques médicales de pointe coûteuses plutôt qu'en travaillant dans la santé publique ou comme médecins de campagne. Des échelles de salaires et des systèmes de prix officiels mal con-

çus peuvent exacerber cette tendance. En Chine, les hôpitaux ont actuellement tout intérêt à utiliser les technologies nouvelles de diagnostic et de thérapeutique, qu'ils peuvent faire payer au prix de revient, plutôt que des techniques plus anciennes et moins coûteuses pour lesquelles les prix fixés par l'État sont largement inférieurs aux coûts effectifs.

Peut-être, faute d'information, la demande de services d'un bon rapport coût-efficacité est souvent faible. En Afrique rurale, par exemple, on regarde souvent comme quelque chose de normal le goitre et le retardement mental que peut causer une carence en iode. La faiblesse de la demande peut aussi traduire des insuffisances de l'offre. La plupart des interventions qui se justifient d'un point de vue économique peuvent être assurées dans des centres de soins primaires, mais, dans des pays pauvres comme le Burkina Faso et le Mali, plus de la moitié de la population habite à plus de 10 kilomètres du centre de soins primaires le plus proche.

A un niveau plus fondamental, la manière dont le pouvoir politique est réparti explique en grande partie la mauvaise affectation des ressources publiques de santé. La population urbaine est mieux organisée et se fait mieux entendre que les groupes ruraux lorsqu'il s'agit d'obtenir des équipements et des services sanitaires. De même, les salariés des classes moyennes, qui sont souvent membres de puissants syndicats, réussissent mieux que les agriculteurs indépendants et les travailleurs du secteur non structuré à faire pression sur les pouvoirs publics pour obtenir des prestations de santé subventionnées par l'État. Et les professionnels de la santé sont souvent mieux organisés que la population qu'ils soignent et, en recherchant leurs propres intérêts, ils peuvent nuire à l'efficacité du système de santé. En dépit de ces problèmes, beaucoup de pays ont réussi à améliorer de manière spectaculaire l'état de santé de leur population. Ce succès peut être accéléré : on ne peut plus ignorer, en effet, combien est coûteuse une mauvaise allocation des ressources et tout ce que des niveaux de dépenses relativement modestes peuvent faire pour l'état de santé des populations.

Équité d'accès aux services de santé, à leur utilisation et à leur financement

Les données que l'on possède sur l'état de santé des populations, l'accès matériel aux services de santé, la consommation de soins, la répartition de la charge financière liée aux frais de santé et les dépenses publiques de santé font toutes apparaître de graves inégalités dans les pays en développement. Au Bangladesh, par exemple, le taux de mortalité infantile dans la population pauvre des villes (13,4 %) est presque le double de la moyenne urbaine (6,8 %) et supérieur d'environ 50 % au taux moyen de l'ensemble de la population (10 %). En Chine, malgré les progrès remarquables réalisés dans le secteur de la santé

(la mortalité infantile y est tombée de 20 % à 4,6 % entre 1950 et 1982), il existe, selon les régions, de fortes variations qui sont fortement liées au revenu. Des régions pauvres comme le Yunnan, le Xinjiang et le Tibet ont des taux de mortalité infantile supérieurs à 7 %, contre moins de 2 % dans les villes plus riches que sont Pékin, Canton, Shanghai et Tianjin. Pour prendre un autre exemple, au Kenya, la probabilité de décès avant l'âge de 2 ans variait, selon les groupes ethniques, de 7,4 à 19,7 %, alors qu'au Cameroun cette probabilité allait de 11,6 à 20,5 %.

Les pauvres ont aussi beaucoup moins facilement accès aux soins de santé. Diverses études montrent que les ménages pauvres, surtout en milieu rural, doivent faire des trajets beaucoup plus longs (en distance ou en durée) pour atteindre le premier niveau de services d'aiguillage, généralement un centre de soins de santé primaires ou un cabinet médical. En Indonésie, en 1991, par exemple, les ménages ruraux situés dans le décile de revenu le plus élevé avaient trois fois plus de chances d'habiter dans un village doté d'un centre de santé que ceux qui appartenaient au décile le plus bas.

En partie en raison de difficultés d'accès, les pauvres des pays en développement consomment généralement moins de services de santé. Les enquêtes sur les ménages menées en Afrique subsaharienne et en Amérique latine démontrent clairement que, parmi les gens qui se déclarent malades, les citadins se font plus souvent soigner que les ruraux et les riches plus souvent que les pauvres. Les différences peuvent être très importantes : en Côte d'Ivoire, au milieu des années 80, par exemple, il y avait une probabilité presque double pour un ménage urbain de se faire soigner que pour un ménage rural (60 % contre 36 %) et, parmi la population rurale, une famille dont le revenu tombait dans le quintile le plus élevé avait une probabilité presque double de se faire soigner qu'une famille dont le revenu se situait dans le quintile le plus bas (44 % contre 23 %).

Des inégalités semblables interviennent entre régions et entre niveaux d'instruction au Pérou. Les maladies déclarées ne faisaient pas apparaître de grandes différences, mais la probabilité qu'avaient les malades de se faire soigner était près de trois fois plus forte dans certaines parties du pays que dans d'autres. Les différences régionales enregistrées dans les taux de vaccination étaient les plus importantes dans le cas des mères sans instruction : leurs enfants avaient trois fois moins de chances d'avoir reçu toutes les vaccinations nécessaires que ceux des femmes qui avaient fait des études secondaires. Les 36 % de tous les malades déclarés qui habitaient la capitale représentaient 53 % de toutes les consultations ambulatoires du Ministère de la santé, 41 % des admissions en hôpital et 47 % de toutes les dépenses publiques attribuables aux soins individuels. A l'autre extrême se trouvait la Piura, région montagneuse pauvre qui représentait 10 % des malades mais seulement 4 % des dépenses publiques et des consultations.

L'inéquité de répartition des dépenses publiques de santé explique et traduit à la fois l'existence de profondes inégalités d'accès aux services et d'utilisation des soins. En Indonésie, par exemple, qui a pourtant fait de gros investissements dans des équipements de santé de niveau primaire au cours des années 80, le cinquième le plus pauvre des ménages ne consommait, en fait de services, que 12 % des dépenses publiques de santé en 1990, alors que le cinquième le plus riche obtenait 29 % de la subvention de l'Etat. Ce traitement de faveur fait aux riches tenait principalement à la distribution des dépenses publiques d'hospitalisations et de consultations ambulatoires, services utilisés plus souvent par les riches. Des situations d'inégalités beaucoup plus criantes existent dans de nombreux pays qui concentrent les dépenses publiques encore davantage sur les équipements de type tertiaire.

Les rares pays où les dépenses publiques favorisent les pauvres montrent qu'il est possible de réduire les inégalités d'accès et d'état de santé. La Malaisie suit, depuis les années 70, une politique qui fait bénéficier les pauvres d'un pourcentage plus élevé des subventions publiques à la santé que les classes moyennes et les riches. De même, au Costa Rica, les dépenses publiques de santé continuent de favoriser les pauvres malgré les chocs économiques que le pays a subis et l'exécution, au cours des années 80, d'un grand programme d'ajustement comprenant des réductions des dépenses publiques. En 1988, environ 30 % des dépenses publiques de santé sont allées aux 20 % les plus pauvres des ménages et un peu plus de 10 % des dépenses aux 20 % les plus riches. Cette structure des dépenses publiques de santé au Costa Rica s'explique en grande partie par le fait que le régime de sécurité sociale couvre en principe la totalité de la population (bien que 63 % seulement de la population active y cotisent) et que tous les Costariciens ont relativement le même accès à des soins de santé de qualité à peu près égale. Le fait que les riches consultent le plus souvent des médecins du secteur privé facilite aussi les choses.

Satisfaction du consommateur

On ne peut expliquer que partiellement par des critères objectifs dans quelle mesure les gens sont satisfaits de leur propre santé et des soins de santé qu'ils reçoivent : il faut aussi faire entrer dans l'équation des considérations subjectives. On peut aussi être satisfait des soins que l'on reçoit personnellement et mécontent du système de santé du pays dans son ensemble. Selon une étude de dix pays de l'OCDE dotés de systèmes de santé différents, la satisfaction du public était liée au niveau des dépenses dans huit de ces pays. C'est au Canada, qui occupe le deuxième rang pour le montant des dépenses, que la population était la plus satisfaite, et les gens l'étaient généralement davantage des systèmes de santé plus coûteux de l'Al-

Allemagne, de la France et des Pays-Bas que de ceux, moins coûteux, d'Australie, d'Italie, du Japon et du Royaume-Uni. Les États-Unis se signalaient à la fois par des dépenses très élevées et un fort mécontentement. L'étude montrait aussi que l'existence d'un système national unifié de santé ne garantissait pas un degré élevé de satisfaction. Dans la plupart des pays, de 30 à 50 % des personnes interrogées souhaitaient une réforme fondamentale du système de santé, mais, aux États-Unis et en Italie, beaucoup de gens estimaient qu'une telle réforme ne suffirait pas et qu'une refonte complète du système de santé s'imposait.

Les enquêtes sur les ménages montrent systématiquement que la décision de se faire soigner et le choix du médecin sont fonction de nombreux facteurs — heures de service, durée ou coût du trajet, attente, disponibilité des médecins ou des médicaments, et accueil des patients. On peut calculer la valeur du temps nécessaire pour se faire soigner en fonction des salaires locaux et traiter cela comme un des coûts du service au même titre que le paiement en espèces. À ce compte-là, des soins médicaux dispensés gratuitement par le secteur public se révèlent souvent plus coûteux que celui des soins privés non subventionnés que les patients peuvent obtenir sans aller aussi loin ni attendre aussi longtemps. Il n'est donc pas surprenant que, dans ces circonstances, même les pauvres expriment leur mécontentement à l'égard des services publics en payant une grande partie des soins ambulatoires dont ils ont besoin. En El Salvador comme en République dominicaine, les gens de la capitale qui appartiennent au quintile le plus pauvre s'adressent quand même à des médecins privés pour plus de la moitié de leurs soins ambulatoires. Bien que le prix des soins privés pour le quintile le plus pauvre ne représente en moyenne que la moitié du prix payé par le quintile le plus riche, il est encore 15 fois plus élevé que les tarifs pratiqués par le Ministère de la santé. Les différences de temps d'attente — une heure dans le secteur privé à deux heures et demie dans les centres du Ministère de la santé — expliquent en grande partie cet effet.

En milieu rural au Pérou et en Côte d'Ivoire, les malades sont aussi sensibles aux prix et à la durée du trajet, mais les soins hospitaliers privés sont encore beaucoup trop chers pour les pauvres; même ceux qui vont chez un médecin privé s'adressent à un hôpital public. Si les malades font davantage appel aux soins hospitaliers qu'aux services ambulatoires dans beaucoup de systèmes de santé publique, c'est en partie parce que les consultations ambulatoires leur font perdre trop de temps et qu'ils les trouvent de qualité médiocre. Faute d'incitations à améliorer les équipements et les services de type primaire, ce phénomène renforce la tendance à concentrer les ressources sur les hôpitaux, sur les zones urbaines et sur des interventions peu efficaces par rapport au coût.

Le fait qu'il est important qu'un système de soins de santé donne satisfaction à la population soulève

deux points importants dont il devra être tenu compte dans le programme de services à financement d'État qui est proposé ici. Tout d'abord, cela donne à penser que la qualité ne peut être maintenue que si la couverture est assez large. Des services conçus uniquement pour les pauvres seront presque inévitablement de piètre qualité et ne jouiront pas du soutien politique dont ils auraient besoin pour être correctement administrés. Il s'agit là d'un problème politique épineux, car il risque d'être difficile de maintenir l'exigence d'équité et de contenir les coûts si la couverture du programme est universelle. Pour arriver à trouver le juste milieu entre l'option qui consisterait à offrir davantage de soins à un moins grand nombre de patients et celle qui consisterait à offrir la même quantité de soins à un plus grand nombre de patients, il faudra veiller à ce que les pauvres aient accès à des soins de même qualité que le reste de la population et ne faire financer par l'État que les services d'un bon rapport coût-efficacité dont la justification ne fait aucun doute. Ensuite, pour importante qu'elle puisse être, la réforme des prestations publiques de soins de santé pourrait avoir beaucoup moins d'effet sur l'état de santé de la population, sur les coûts et sur la satisfaction du public que des réformes qui s'efforceraient aussi de stimuler la concurrence et d'ouvrir aux gens un plus large accès à une grande diversité de producteurs des soins.

Réaliser l'adéquation des moyens et des fins

Les objectifs d'un système de santé sont d'améliorer l'état de santé de la population, de contenir les coûts, de viser à plus d'équité et de donner satisfaction aux usagers. Les instruments de la politique ne correspondent pas, toutefois, à chacun de ces objectifs. Ce que font les pouvoirs publics, c'est construire des installations, acheter du matériel et des fournitures, recruter et former du personnel, fixer les honoraires ou autres conditions de service, réglementer la prestation des soins et l'assurance, informer, déterminer la politique globale et surveiller l'évolution et autres variables de la morbidité. Mauvaise allocation et répartition inéquitable des ressources sont la conséquence d'erreurs de jugement quant aux installations à construire, au choix du lieu de leur implantation, au personnel dont elles doivent être pourvues et aux services qu'elles doivent fournir. Par exemple, si l'État dépense trop pour les soins de type tertiaire, non seulement il ne sera pas en mesure de financer comme il faut des services d'un meilleur rapport coût-efficacité, mais il ne pourra pas non plus offrir les soins qu'il finance de manière équitable puisque l'implantation des équipements sanitaires sera inévitablement géographiquement concentrée.

L'une des principales responsabilités d'un gouvernement est de faire coïncider les instruments de politique dont il dispose — les leviers de commande du secteur public — avec les objectifs qu'il vise. Souvent,

si les gouvernements n'arrivent pas à obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé, c'est non pas parce qu'ils se trompent d'objectifs, mais parce qu'ils se trompent d'instruments — notamment, parce qu'ils pratiquent trop la prestation directe des soins, que les établissements de santé sont soumis à une centralisation trop poussée et qu'ils n'utilisent pas assez les instruments de financement, d'information et de réglementation dont ils dispo-

sent. Ces instruments sont particulièrement importants pour améliorer la performance du marché privé. Lorsqu'en plus de son action réglementaire l'Etat finance des soins de santé, il lui incombe alors en plus de veiller à ce que les ressources publiques aillent d'abord à des services cliniques essentiels et à des programmes de santé publique d'un bon rapport coût-efficacité afin d'obtenir ainsi le plus de gains de santé possibles.



Santé publique

Les services de santé interviennent auprès des ménages de deux façons fondamentalement différentes. D'une part, à travers les *programmes de santé publique*, ils cherchent à prévenir les problèmes sanitaires dans la population tout entière ou dans des groupes de population particuliers. Leur but est alors de prévenir les maladies ou les accidents et de donner des informations sur l'autothérapie et sur l'importance du recours aux services de soins. D'autre part, par l'intermédiaire des *services cliniques*, ils répondent à la demande des particuliers. Leur but est alors de guérir ou d'apaiser la douleur des malades. Le présent chapitre traite des programmes de santé publique, tandis que le Chapitre 5 est consacré aux services cliniques.

Les programmes de santé publique ont trois grandes fonctions : fournir des *services de santé spécifiques à la population* (vaccination, par exemple), encourager une bonne *hygiène de vie*, et promouvoir un *environnement* salubre. Les gouvernements jouent dans ce domaine un rôle prépondérant; l'information par l'éducation est un élément clé de la plupart des programmes, en particulier de ceux qui visent à modifier les comportements. Toutefois, l'utilisation optimale des fonds publics suppose des choix difficiles. Le Programme élargi de vaccination (PEV), décrit ci-dessous, a un bon rapport coût-efficacité, puisqu'il revient à 25 dollars environ par AVCI gagnée, mais tous les programmes ne sont pas aussi rentables. Ce chapitre passe en revue six catégories de services de santé publique dont le rapport coût-efficacité est particulièrement élevé; il s'agit des services axés sur la population (y compris la vaccination), sur la nutrition, sur la régulation de la fécondité, sur la lutte contre l'abus du tabac et des autres drogues, sur l'environnement domestique et extérieur (y compris la lutte contre les vecteurs de maladie) et sur le SIDA. Dans les pays en développement, les programmes de santé publique doivent prévoir des actions dans la plupart, ou même l'ensemble, de ces six domaines.

Services de santé axés sur la population

En 1979, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la variole était éradiquée, puis elle a lancé, en col-

laboration avec l'UNICEF, une campagne mondiale de vaccination contre plusieurs maladies infantiles. Le PEV touche maintenant 80 % environ des enfants dans les pays en développement et permet d'éviter environ 3,2 millions de décès par an, moyennant un coût annuel de 1,4 milliard de dollars.

Les services de santé axés sur la population, tels que le PEV, font appel à du personnel ayant une formation limitée pour fournir directement à certaines populations — dans les écoles, sur les lieux de travail ou dans les foyers — des médicaments, des vaccins ou des services de santé particuliers. Le financement de ces programmes par l'Etat est justifié, parce que leur objectif est généralement de fournir des services à chacun des membres de la communauté, que ces services ont des effets externes ou procurent des avantages indirects, et que les maladies visées touchent plus particulièrement les pauvres. Trois formes d'interventions sont importantes : la vaccination, le traitement de masse contre les infections parasitaires et les autres infections et, enfin, le dépistage et l'orientation. Tous ces programmes reposent sur l'information, l'éducation et la communication, à la fois pour encourager la participation de la population et pour obtenir des changements de comportement durables.

Vaccination

Au cours des deux dernières décennies, les vaccins contre la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite ont révolutionné la médecine préventive. Leur coût est inférieur à 10 dollars par AVCI gagnée pour le vaccin antirougeoleux et à 25 dollars pour le vaccin antipoliomyélique associé au vaccin DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche). Outre ces vaccins, le Programme élargi de vaccination (PEV) prévoit la vaccination par le BCG contre la tuberculose et la lèpre, et la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos.

Grâce au PEV, la proportion d'enfants vaccinés est passée de moins de 5 % en 1977 à 20 ou 30 % en 1983. En 1990, environ 80 % des enfants étaient vaccinés contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole, et 35 % environ des fem-

mes enceintes recevaient de l'anatoxine tétanique. C'est en Afrique subsaharienne que la couverture vaccinale serait la plus faible.

Si la couverture vaccinale était restée à son faible niveau des années 70, les maladies visées par le PEV seraient responsables de la perte de 120 millions d'AVCI supplémentaires, soit 23 % de la charge de morbidité globale chez les enfants âgés de moins de 5 ans en 1990. Au niveau de couverture vaccinale actuel, ces maladies sont à l'origine de la perte de 55 millions d'AVCI, soit 10 % du poids de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans (Tableau 4.1).

La vaccination complète d'un enfant dans les pays à faible revenu peut coûter de 6 à plus de 20 dollars selon le coût de la main-d'œuvre et des autres facteurs locaux, soit 15 dollars en moyenne. Si l'on réduisait le nombre de doses nécessaires à la vaccination complète de chaque enfant, on pourrait abaisser sensiblement le coût de la procédure, qui coûterait jusqu'à 70 % moins cher si elle n'impliquait qu'une seule prise au lieu des cinq actuellement nécessaires. Un tel progrès dépendra de l'aboutissement des efforts de recherche actuels. L'amélioration technique de la chaîne du froid (qui permet de réfrigérer les vaccins jusqu'à leur emploi), une bonne administration, le déploiement à grande échelle des équipes de vaccination et une mobilisation sociale efficace peuvent aider à réduire considérablement les coûts. En Gambie, par exemple, le coût de la vaccination est tombé de 19 dollars en 1982 à 6 dollars en 1988. Le coût des programmes dépend aussi de la stratégie appliquée : les campagnes de vaccination permettent une couverture initiale importante, mais les services systématiques ont un meilleur rapport coût-efficacité. En Equateur, les premières coûtent 66 dollars par AVCI gagnée alors que les seconds reviennent à 30 dollars. Dans les nombreux pays qui n'ont pas l'infrastructure nécessaire pour assurer la vaccination systématique de la population dans les régions rurales éloignées, l'organisation de campagnes reste justifiée. Mais dans les

régions mieux équipées, la vaccination de routine est préférable.

En 1988, l'Assemblée mondiale de la santé, organe directeur de l'OMS, a fixé pour la lutte contre la poliomyélite un objectif ambitieux : son élimination totale pour l'an 2000. Les tendances actuelles donnent à penser que même si cet objectif n'est pas atteint dans ce délai, il le sera peu de temps après. Des résultats substantiels ont déjà été obtenus : aucun cas de poliomyélite dû à des causes naturelles n'a été signalé dans les pays occidentaux depuis août 1991.

Il semble justifié d'étendre encore la portée du PEV. Premièrement, il faudrait continuer d'élargir la couverture vaccinale, pour atteindre environ 95 % de tous les enfants nés. Les avantages qui en découleront justifient bien le coût assez élevé de cet effort. Bien souvent, ceux qui ne sont pas encore vaccinés n'ont accès à aucun service de santé et sont excessivement exposés aux maladies. Deuxièmement, il faudrait élargir la gamme des produits inscrits au programme, en y ajoutant les vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune dans certains pays, et l'apport de suppléments de vitamine A et d'iode dans les régions où il y a une forte prévalence des carences en micronutriments de ce type. Si les micronutriments ne sont pas fournis dans le cadre du PEV, il faut trouver un autre moyen permettant d'atteindre les très jeunes enfants. L'adjonction de ces deux vaccins et de ces deux micronutriments (PEV Plus) permettrait d'améliorer considérablement la santé, en particulier celle des familles pauvres, moyennant une faible augmentation, de l'ordre de 15 %, du coût de la prestation complète (vaccins et micronutriments) pour tous les enfants. Le Tableau 4.2 résume le coût estimatif du renforcement du PEV et les avantages qui en découleraient sur le plan de la santé dans deux contextes différents. Le coût annuel total du PEV Plus est compris entre 2,2 et 2,4 milliards de dollars, soit moins de 2 % des dépenses de santé des pays en développement. L'élargissement de la couverture du programme de 80 à 95 %

Tableau 4.1 Charge de morbidité juvénile évitable grâce au Programme élargi de vaccination (PEV) par région démographique, 1990

Région	Charge (millions d'AVCI par an)	Proportion de la charge totale parmi les moins de 5 ans (pourcentage)	Charge pour 1.000 enfants de moins de 5 ans (AVCI)
Afrique subsaharienne	23	15	242
Inde	16	12	137
Chine	1	3	8
Autres pays et îles d'Asie	7	10	81
Amérique latine et Caraïbes	1	3	18
Croissant moyen-oriental	7	10	86
Anciennes économies socialistes d'Europe	*	*	1
Economies de marché bien établies	*	*	1
Toutes économies	55	10	87

* Moins de 1.

Note : Le Programme élargi de vaccination concerne six maladies — coqueluche, polio, diphtérie, rougeole, tétanos et tuberculose. Ces estimations ne tiennent pas compte de la morbidité due à la tuberculose, car elle touche principalement les adultes.

Source : Calculs effectués d'après Murray et Lopez, document d'information.

Tableau 4.2. Coûts et avantages du PEV Plus pour la santé dans deux catégories de pays en développement, 1990

<i>Coûts et avantages</i>	<i>Pays à faible revenu (mortalité et fécondité élevées)</i>	<i>Pays à revenu intermédiaire (faible mortalité et fécondité moyenne)</i>
Coût par habitant (dollars)	0,5	0,8
Coût par enfant complètement immunisé (dollars)	14,6	28,6
Coût par AVCI gagnée (dollars)	12-17	25-30
Coût par AVCI gagnée en pourcentage du revenu par habitant ^a	0,14	0,03
Avantages potentiels en pourcentage de la charge de morbidité globale	6,0	1,0

Note : Les chiffres correspondent à un taux de couverture de 95 %.

a. Le revenu par habitant en 1990 a été estimé à 350 dollars pour les pays à faible revenu et à 2.500 dollars pour les pays à revenu intermédiaire.

Source : Données de la Banque mondiale et calculs des auteurs.

augmenterait probablement son coût annuel de 500 à 750 millions de dollars. Dans les pays à faible revenu, cet élargissement permettrait de réduire d'environ 6 % la charge de morbidité globale.

Traitement de masse contre les infections parasitaires

Les parasites intestinaux les plus courants — nématodes, ankylostomes et trichocéphales — infestent chacun entre 170 et 400 millions d'enfants d'âge scolaire chaque année. La schistosomiase, due elle aussi à des vers parasites, touche près de 100 millions d'enfants d'âge scolaire par an. Les effets immédiats de l'infection — y compris le retard de développement physique et cognitif et l'anémie — peuvent maintenant être neutralisés rapidement au moyen de médicaments peu coûteux, administrés par voie orale en une seule prise. Des études ont montré que le traitement monodose des enfants d'âge scolaire souffrant d'ankylostomiase ou de schistosomiase au Kenya, d'helminthiase en Inde et de trichocéphalose dans les Antilles donnait des résultats remarquables sur le plan de la croissance et du développement dans toutes les populations étudiées, y compris parmi les nombreux enfants asymptomatiques. Le traitement semble aussi avoir contribué à l'amélioration du développement cognitif.

Les helminthiases sont faciles à traiter au moyen de médicaments modernes, comme l'albendazole et le praziquantel, qui ne nécessitent pas l'identification des espèces de parasites en cause. En outre, le fait qu'il s'agit là de médicaments dont la consommation ne présente pratiquement pas de danger a conduit l'OMS à définir des protocoles permettant leur utilisation en masse (là où la prévalence de l'infection est élevée) par des agents sans formation médicale — deux facteurs dont la combinaison donne un bon rapport coût-efficacité. Le traitement permet en outre d'éliminer entièrement l'infection mais, dans les régions d'endémie, les enfants sont inévitablement réinfestés. Le retour aux taux de contamination antérieurs au traitement se fait généralement en 12 mois environ pour l'ascaridiose et la trichocéphalose, et en 24 mois ou plus pour l'ankylostomiase. La réinfestation peut être limitée par l'amélioration de l'environ-

nement, en particulier de l'assainissement, mais là où cela est impossible ou trop coûteux, renouveler le traitement à intervalles réguliers est une solution efficace pour le coût qu'elle implique.

Les avantages du traitement individuel peuvent être considérablement renforcés par un traitement de masse, qui permet de réduire le niveau global de contamination de l'environnement par des formes infectantes de parasites et, ainsi, de freiner la réinfestation. Les programmes de traitement visant les groupes les plus contaminés (enfants d'âge scolaire) permettent de circonscrire immédiatement la maladie à la fois parmi les sujets traités et dans le reste de la population. Le traitement dans le cadre scolaire peut en outre être administré à un coût relativement faible. A Montserrat, le coût d'un programme de ce genre a été estimé à moins de 1,50 dollar par personne pour un cycle de huit traitements. Un autre programme, administré par une organisation non gouvernementale à Djakarta, coûtait au départ 0,74 dollar par tête et par année mais, après son extension à près de 1.000 écoles, ce coût est tombé à 0,26 dollar. Les programmes de ce type ont un rapport coût-efficacité très élevé, puisqu'ils coûtent de 15 à 30 dollars par AVCI gagnée. Compte tenu du niveau élevé du rapport coût-efficacité de ce type de traitement et de l'allègement de la charge de morbidité qu'il permet, la Fondation Rockefeller et le PNUD ont entrepris un grand programme d'étude et de recherche sur les possibilités d'intervention sanitaire dans le cadre scolaire axées sur le traitement des helminthiases et la fourniture de suppléments de micronutriments.

Dépistage de masse et orientation

Le dépistage de masse pour lutter contre la maladie consiste à examiner les sujets asymptomatiques afin d'identifier et de traiter ceux qui sont atteints. Bien qu'elle ait été utilisée pour combattre certaines maladies infectieuses comme la tuberculose, cette méthode sert principalement pour le dépistage des maladies non transmissibles. Le dépistage de masse est justifié quand la maladie a une forte prévalence et peut être guérie par un traitement précoce, en parti-

culier quand la période de latence est de plusieurs années. Le cancer du col de l'utérus en est un exemple. Dans les pays en développement, c'est la principale cause de décès dû au cancer parmi les femmes, avec 150.000 décès par an. Le dépistage par frottis est couramment pratiqué dans les pays développés, mais les efforts faits pour mettre en place des programmes similaires dans les pays en développement ont rarement abouti. Pourtant, ces programmes de dépistage simplifiés pourraient être d'un bon rapport coût-efficacité si l'on se contentait de cibler les femmes de plus de 35 ans, de pratiquer ce dépistage seulement tous les cinq à dix ans et d'utiliser un traitement ambulatoire peu onéreux (cryothérapie, par exemple) pour les cas précancéreux graves. Avec des services de suivi adéquats, le rapport coût-efficacité de ces programmes est de 150 à 200 dollars par AVCI gagnée.

Alimentation et nutrition

Pour être en bonne santé, il faut s'alimenter convenablement. La charge de morbidité dans le monde, notamment le quart de la morbidité infantile, est en grande partie imputable à des régimes alimentaires déséquilibrés, directement ou en association avec des maladies infectieuses. Les carences protéino-énergétiques liées à la pauvreté contribuent largement à la maladie, mais les carences en micronutriments essentiels — iode, vitamine A et fer — sont tout aussi importantes, surtout chez les enfants et les femmes. Assurer aux pauvres un revenu plus élevé est la meilleure façon de réduire la malnutrition protéino-énergétique, mais les gouvernements ont aussi un rôle direct à jouer, en encourageant l'éducation nutritionnelle et en prenant des mesures pour accroître l'apport en micronutriments et pour lutter contre les maladies diarrhéiques et parasitaires chez les enfants. Leur action est essentielle aussi pour éviter les famines dues à de mauvaises récoltes.

Malnutrition et maladie

Le retard de croissance, c'est-à-dire l'insuffisance staturale par rapport à l'âge, est le symptôme de malnutrition protéino-énergétique le plus répandu : dans les pays en développement, 40 % environ des enfants de 2 ans sont petits pour leur âge (voir Tableau A.6 de l'Annexe). La prévalence des retards de croissance peut atteindre 65 % en Inde; elle est de plus de 50 % en Asie, Inde et Chine non comprises, et de 40 % environ en Chine et en Afrique subsaharienne. Le retard statural est bien souvent associé à une insuffisance pondérale. L'émaciation, c'est-à-dire l'insuffisance du poids par rapport à la taille, est moins répandue — avec une prévalence de 11 % dans le monde entier, sauf en Inde où elle atteint 27 %.

Le régime alimentaire doit être à la fois une source d'énergie et de protéines. L'importance relative de

l'enrichissement énergétique ou protéique d'un régime alimentaire initialement pauvre étant mal connue, on désigne l'effet global des carences en énergie ou en protéines par l'expression « malnutrition protéino-énergétique ». Les aliments riches en protéines, comme le soja et les produits de l'élevage, tendent à être relativement coûteux par unité énergétique, et les sources d'énergie bon marché, comme le manioc, tendent à être coûteuses par unité protéique. Étant donné que l'alimentation absorbe une bonne partie du budget des ménages pauvres, il peut être difficile d'assurer un équilibre protéino-énergétique convenable pour la santé.

La malnutrition protéino-énergétique augmente le risque de décès et peut réduire les capacités physiques et mentales. D'après les normes de l'OMS, environ 780 millions de personnes dans le monde souffrent de carences caloriques. On ne connaît pas le nombre de celles qui souffrent également de carences protéiques, ni de celles qui reçoivent suffisamment d'énergie tout en souffrant de carences protéiques. D'après des études liminaires des déterminants de la croissance humaine, l'apport de suppléments protéiques est marginalement plus important qu'on ne le croit. La malnutrition n'est pas synonyme de la faim en ce sens que les personnes qui sont habituées à un régime alimentaire déficient ne savent pas qu'elles souffrent de la faim. Si la malnutrition est répandue dans la communauté, les parents ne se rendent pas compte que leurs enfants sont maigres et apathiques, parce qu'ils n'ont jamais vu d'enfants en bonne santé.

La carence en fer est le type de carence en micronutriments le plus répandu. Elle réduit le rendement physique et les capacités d'apprentissage scolaire de l'enfant. En diminuant l'appétit, elle peut pousser l'enfant à manger moins et ralentir sa croissance. Les femmes en souffrent tout particulièrement, car la menstruation et les grossesses augmentent les besoins en fer. L'anémie ferriprive, c'est-à-dire la baisse du taux de fer dans le sang, augmente le risque de décès par hémorragie au moment de l'accouchement. C'est en Inde que le problème est le plus grave; là, 88 % des femmes enceintes sont anémiques. Dans les autres régions d'Asie, l'anémie touche près de 60 % des femmes, mais la proportion ne dépasse pas 40 % en Chine, en Afrique et en Amérique latine. L'anémie touche aussi 15 % des femmes enceintes dans les pays à économie de marché.

La carence en iode est une cause d'arriération mentale, de ralentissement psychomoteur et d'insuffisance staturale; elle provoque aussi des troubles neuromusculaires et des troubles de l'élocution et de l'audition. C'est la principale cause évitable de déficience intellectuelle dans le monde. Le crétinisme dû à la carence en iode touche quelque 5,7 millions de personnes; elle est responsable aussi de 20 millions de cas d'arriération mentale.

L'avitaminose A provoque des troubles de la vision à des degrés divers, et c'est la principale cause de

cécité acquise chez l'enfant. Elle accentue aussi la gravité et la létalité de diverses maladies, telles que la rougeole et la diarrhée. L'OMS estime que 13,8 millions d'enfants souffrent de lésions oculaires plus ou moins graves dues à une carence en vitamine A et, sur ce nombre, entre 250.000 et 500.000 deviennent aveugles chaque année. Les deux tiers d'entre eux meurent. Les carences en vitamine A et en iode sont particulièrement répandues en Asie et en Afrique subsaharienne.

Ces quatre maladies nutritionnelles ont entraîné en 1990 la perte directe de près de 46 millions d'AVCI, ce qui équivaut à 3,4 % de la charge de morbidité globale (Tableau 4.3). (Les estimations ne tiennent pas compte des troubles de la santé dus à des carences d'autres micronutriments. La plus importante est peut-être la carence en calcium, qui provoque des déformations osseuses, ralentit la croissance du squelette chez les enfants, et peut contribuer à l'ostéoporose chez les personnes âgées.) D'après les estimations, les femmes en souffrent un peu plus que les hommes, car l'anémie touche principalement les femmes âgées de 15 à 44 ans (Er cadré 4.1); elle est responsable de 1,3 % de la morbidité féminine totale et de 2,4 % de la morbidité chez les femmes en âge de procréer. Les enfants de moins de 5 ans sont les principales victimes de l'avitaminose A, de la carence en iode et de la malnu-

trition protéino-énergétique. Le poids des maladies nutritionnelles chez les jeunes enfants représente 32 millions d'AVCI, soit 6 % du poids total de la maladie dans ce groupe d'âge.

Toutefois, l'impact total de la malnutrition sur la santé est beaucoup plus important, car la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments, même faibles ou modérées (de même que la surconsommation d'aliments énergétiques, de matière grasse, de sel et de sucre), augmentent les risques de maladie et de décès. D'après des études concordantes réalisées en Asie et en Afrique, l'insuffisance staturale ou pondérale, faible à modérée, augmente le risque de décès chez l'enfant (Figure 4.1), et elle est la cause indirecte de 25 à 50 % de la mortalité infantile. Le risque est le plus grand dans la deuxième année, après le sevrage. Les enfants souffrant de malnutrition meurent principalement de la rougeole, de maladies diarrhéiques et d'affections respiratoires, de la tuberculose, de la coqueluche et du paludisme. Les décès d'enfants dus à ces maladies représentent 231 millions d'AVCI, dont un quart au moins, soit 60 millions d'AVCI, est imputable à la malnutrition.

La carence en vitamine A augmente aussi le risque de décès lié à d'autres facteurs. Sur les 8 millions

Tableau 4.3 Contributions directes et indirectes de la malnutrition au poids global de la maladie, 1990
(millions d'AVCI, sauf indication contraire)

Forme de malnutrition	Afrique subsaharienne	Inde	Chine	Autres pays et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen-oriental	Anciennes économies socialistes	Economies de marché bien établies	Monde
Contribution directe									
Malnutrition									
protéino-énergétique	2,2	5,6	1,7	0,9	1,0	1,0	0,2	0,2	12,7
Avitaminose A	2,2	4,1	1,0	2,5	1,4	0,5	0,0	0,0	11,8
Carence en iode	1,7	1,4	1,0	1,3	0,5	1,4	0,0	0,0	7,2
Anémie	1,0	4,5	2,7	2,3	1,0	1,5	0,4	0,6	14,0
Total, maladies nutritionnelles	7,0	15,5	6,3	7,0	3,9	4,5	0,6	0,9	45,7
Total, AVC gagnées pour 1.000 habitants	13,8	18,3	5,6	10,3	8,9	8,9	1,7	1,1	8,7
Contribution indirecte (estimation minimale)									
Mortalité due à d'autres maladies liées à une insuffisance pondérale moyenne ou modérée ^a	23,6	14,9	3,3	8,0	2,4	8,0	0,0	0,0	60,4
Mortalité due à d'autres maladies liées à l'avitaminose A ^b	13,4	14,0	1,0	7,0	1,8	2,0	0,0	0,0	39,1

a. Calculée sur la base de la charge de morbidité globale (CMG) imputable aux décès dus à la tuberculose, à la rougeole, à la coqueluche, au paludisme, aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires parmi les enfants de moins de 5 ans; dans les pays en développement, 25 % de ces décès sont attribués à une insuffisance pondérale moyenne ou modérée.

b. Calculée sur la base du nombre estimatif de décès imputables à une avitaminose A parmi les enfants de 6 à 11 mois et de 1 à 4 ans, lesquels représentent, respectivement, 10 et 30 % du total de ces décès dans les pays à haut risque, et 3 et 10 % dans les autres pays. Chaque décès d'enfant représente la perte de 30 AVCI; ces pertes sont réparties selon la classification régionale utilisée dans ce Rapport.

Source : Pour les calculs de la CMG, Annexe B; pour l'estimation de la mortalité liée à une insuffisance pondérale, Pelletier, 1991; pour l'estimation de la mortalité liée à l'avitaminose A, Humphrey, West et Sommer, 1992.

d'enfants souffrant d'avitaminose A décédés chaque année, entre 1,3 et 2,5 millions pourraient être sauvés par l'apport supplémentaire de vitamine A, pour un gain de 39 à 74 millions d'AVCI. Les atteintes causées par l'insuffisance pondérale et l'avitaminose A ne s'ajoutent pas, car de nombreux enfants souffrent des deux à la fois. Toutefois, le préjudice total causé directement et indirectement par la malnutrition représente au moins 20 à 25 % du poids des maladies juvéniles.

Les liens existant entre la nutrition et la croissance chez l'enfant persistent jusqu'à l'âge adulte. En effet, la taille et le poids influent sur le risque de mortalité des adultes. Les hommes et les femmes de grande taille ont, quel que soit leur âge, une plus grande longévité. Chez les adultes ayant souffert d'un retard de croissance, le risque de maladie cardiovasculaire et de troubles ventilatoires obstructifs est particulièrement élevé. Si le risque relatif de décès associé aux retards de croissance dans les pays à faible revenu est le même que dans les populations plus riches, on peut considérer que le retard de croissance est responsable d'environ 300.000 décès parmi les femmes adultes âgées de 15 à 59 ans.

Causes de la malnutrition

L'alimentation et les maladies transmissibles influent sur l'état nutritionnel, du fait de l'interaction de la malnutrition et de l'infection. Le régime alimentaire dépend à la fois des moyens dont disposent les

familles pour se ravitailler en vivres et de leur aptitude à choisir un régime nutritif. Chez le nourrisson, l'allaitement exclusif au sein (pendant au moins les quatre ou six premiers mois) est le principal déterminant de l'état nutritionnel. Dans le sud du Brésil, on a observé que, parmi les nourrissons qui n'étaient pas nourris au sein, le risque de décès dû à la diarrhée était 18 fois plus élevé et le risque de décès pour cause d'infection des voies respiratoires était multiplié par trois, d'une part, parce qu'ils avaient moins à manger et, d'autre part, parce qu'ils étaient plus exposés aux infections. A partir de six mois, les enfants ont besoin d'aliments solides, même si leur mère les allaite encore. La composition et l'hygiène de cette alimentation sont cruciales pour qu'ils restent en bonne santé.

REVENU ET SECURITE ALIMENTAIRE. La malnutrition chronique est avant tout la conséquence de la pauvreté. Un revenu plus élevé permet d'avoir une alimentation plus équilibrée, ainsi qu'une meilleure hygiène et de meilleurs soins médicaux. En Indonésie, l'augmentation des revenus enregistrée entre 1984 et 1987 s'est traduite par le recul de la malnutrition dans la quasi-totalité des 52 régions du pays. Certes, la proportion de familles absorbant moins de 2.200 calories par personne et par jour — apport énergétique suffisant pour les personnes ayant seulement une faible activité physique — n'a diminué que de 2 points de pourcentage, mais la baisse a été de 9 points pour les familles consommant 1.800 calories et de 26 points pour celles qui absorbaient 1.400 calo-

Encadré 4.1 Nutrition des femmes

Les femmes souffrent plus que les hommes d'anémie ferriprive, de retard de croissance pour cause de malnutrition protéino-énergétique et de carence en iode. L'écart est le plus grand pour l'anémie ferriprive, qui touche 458 millions de femmes adultes, contre 238 millions d'hommes. Environ 450 millions de femmes souffrent d'un retard de croissance pour cause de malnutrition protéino-énergétique, contre 400 millions d'hommes. La carence en iode touche également un nombre substantiel de femmes, nombre probablement supérieur à celui des hommes. Les lésions de la cornée et la cécité dues à l'avitaminose A affectent également les deux sexes, mais cette carence est en soi deux fois plus répandue chez les filles que chez les garçons. Les femmes souffrent le plus de problèmes nutritionnels en Asie du Sud, où la prévalence de l'anémie, de la malnutrition protéino-énergétique et de l'avitaminose A est la plus élevée du monde et où la discrimination qui s'y exerce à l'égard des filles et des femmes explique le poids disproportionné de la malnutrition parmi celles-ci.

Chez les femmes qui souffrent d'un retard de croissance, l'étroitesse du bassin augmente le risque de mortalité maternelle et infantile, de la même façon que l'anémie

maternelle. Les femmes qui souffrent d'une carence en iode donnent plus souvent naissance à des enfants atteints de crétinisme et d'autres anomalies congénitales, et la malnutrition maternelle est, dans bien des cas, la cause directe de la mauvaise santé de la mère ou de l'enfant.

Les carences en iode et en vitamine A sont généralement localisées et, moyennant une infrastructure de santé adéquate et une forte volonté politique, elles pourraient être pratiquement éliminées au moyen d'interventions sporadiques ciblées. Par contre, l'anémie et la malnutrition protéino-énergétique touchent beaucoup plus de femmes et exigent des interventions plus suivies. La distribution régulière de comprimés de sulfate de fer permet d'éviter ou de traiter l'anémie pendant la grossesse et l'allaitement. Cet effort devrait viser toutes les femmes en âge de procréer, du moins là où l'anémie touche plus de 50 % des femmes. Pour réduire la malnutrition protéino-énergétique, beaucoup doit être fait en dehors du secteur de la santé — augmenter les disponibilités alimentaires des ménages et les possibilités d'emploi des femmes, réduire le temps et l'énergie qu'elles consacrent à la production familiale et combattre la discrimination dont souffrent les femmes et les filles.

ries. Inversement, la hausse des prix des denrées alimentaires en Côte d'Ivoire au cours des années 80 s'est traduite par une diminution du poids des enfants et des adultes. La nutrition dépend aussi de celui qui, dans le ménage, tient les cordons de la bourse : la femme est plus susceptible que l'homme de dépenser l'argent qu'elle gagne pour améliorer l'alimentation familiale.

L'insécurité alimentaire chronique dans laquelle vivent les pauvres est souvent aggravée par les fluctuations saisonnières de l'offre et des prix. En Inde et aux Philippines, par exemple, c'est dans les ménages pauvres que la variation saisonnière de l'alimentation des enfants est la plus marquée, et les enfants souffrant de malnutrition grave sont plus susceptibles de mourir pendant la saison où la prévalence de la malnutrition est la plus forte. De faibles modifications du régime alimentaire peuvent être fatales pour des enfants à risque.

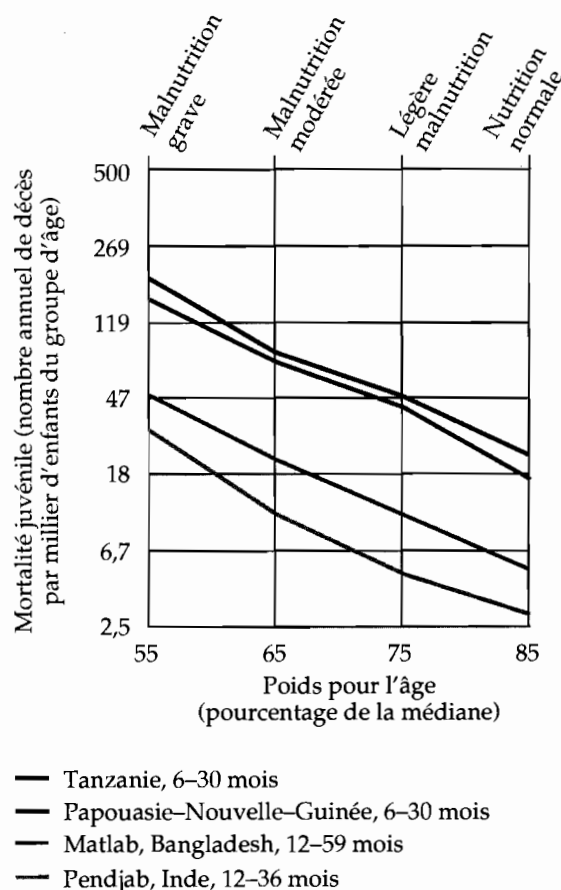
La forme extrême de ce risque est la famine généralisée, due à l'effondrement de la production vivrière, à l'arrêt de la distribution de vivres ou à la perte des revenus permettant d'acheter des vivres. Des famines se sont produites en Chine entre 1959 et 1961, au Bangladesh en 1974, en Ethiopie et au Sahel entre 1973 et 1974, en Ethiopie et en Somalie dans les années 80, en Somalie et au Soudan au début des années 90. La famine en Chine aurait fait jusqu'à 30 millions de victimes, et des centaines de milliers de personnes seraient mortes pendant les récentes famines en Afrique subsaharienne. Le nombre des décès directement imputables à la faim est relativement faible; beaucoup sont en fait dus à des maladies infectieuses auxquelles les personnes affaiblies par la faim sont particulièrement exposées.

L'action des pouvoirs publics est essentielle pour éviter qu'une crise alimentaire ne se transforme en famine. Toute une série de mesures doivent être prises simultanément pour assurer l'approvisionnement en vivres des régions touchées (à la fois par le biais du marché et par d'autres moyens) et pour maintenir les revenus des foyers vulnérables (en créant des emplois dans le secteur public ou au moyen d'autres transferts). La tâche est particulièrement difficile en cas de perturbation de l'ordre public : les grandes famines survenues en Afrique au cours des dix dernières années ont le plus souvent coïncidé avec des guerres.

La faim et la promiscuité qui règnent dans les camps de réfugiés, surtout au début, facilitent la propagation des maladies infectieuses et augmentent le risque de décès lié à ces maladies. La lutte contre les maladies transmissibles est aussi importante que l'aide alimentaire ou l'apport d'argent pour acheter des vivres. Même s'ils sont à l'abri de la famine, les réfugiés sont souvent exposés à des carences en micronutriments car leur alimentation est peu variée. Au cours des dernières années, des flambées de scorbut (carence en vitamine C) se sont produites en Ethiopie et en Somalie, et il y a eu des poussées de

La mortalité juvénile diminue très fortement quand l'état nutritionnel s'améliore.

Figure 4.1 Mortalité juvénile (pour des groupes d'âge donnés) et poids pour l'âge au Bangladesh, en Inde, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Tanzanie



Note : NCHS, (U.S.) National Center for Health Statistics. L'échelle verticale montre le taux de mortalité juvénile (TMJ) sous la forme du coefficient lods, c'est-à-dire $\log [TMJ] (1.000 - TMJ)$. Ainsi, pour un enfant du Pendjab pesant 60 % du poids médian de référence, la probabilité de mourir entre l'âge de 12 et 36 mois est de 18 pour 1.000.

Source : Pelletier, 1991.

pellagre (carence en niacine) parmi les réfugiés mozambicains au Malawi et de bérubéri (carence en thiamine) parmi les réfugiés cambodgiens en Thaïlande. En temps normal, ces maladies n'augmentent pas la charge de morbidité globale.

Outre la distribution de vivres et la lutte contre les maladies qui peuvent se transformer rapidement en épidémie en période de crise sociale et sanitaire, les

gouvernements ont deux devoirs prioritaires pour éviter les famines : premièrement, détecter les signes avant-coureurs du problème et intervenir avant qu'un grand nombre de personnes ne soient complètement démunies; deuxièmement, assurer la libre circulation de l'information sur la situation pendant la famine, de manière que les secours puissent s'organiser. Dissimuler l'étendue d'une catastrophe ne fait qu'en aggraver les conséquences.

ALIMENTATION ET MALADIE. Certains enfants ont si peu à manger que le plus important pour stimuler leur croissance est de leur donner davantage de nourriture. Mais pour ceux dont l'alimentation est tout juste suffisante, il peut être tout aussi important de lutter contre les maladies infectieuses. (C'est le cas le plus fréquent dans les pays pauvres.) Des études ont montré qu'en l'absence de diarrhée les enfants croissent à peu près de la même façon jusqu'à 36 mois, malgré un apport énergétique très différent. Ceux qui souffrent à la fois d'un faible apport énergétique et de diarrhée croissent moins rapidement. La diarrhée n'influe guère sur la croissance d'un enfant bien nourri, mais un régime approprié pour un enfant en bonne santé peut ne pas répondre aux besoins supplémentaires dus à l'infection.

La lutte contre les parasites peut aussi contribuer à l'amélioration de la nutrition chez les enfants plus âgés. L'ankylostomiase et les autres parasitoses intestinales sont cause d'anémie et les nématodes, qui sont les parasites les plus répandus, se nourrissent aux dépens de l'hôte. Toutes ces infections peuvent occasionner une perte d'appétit et réduire la consommation d'aliments. Plus de 1 milliard de personnes sont infestées par l'un au moins de ces parasites et, sur ce nombre, 100 millions environ souffrent de retard de croissance ou d'émaciation. Des études sur des interventions récentes ont montré que les enfants traités contre les helminthiases enregistraient de brusques poussées de croissance, ce qui donne à penser que ces infections contribuent considérablement à la malnutrition et que le retard de croissance des enfants plus âgés est peut-être plus facile à rattraper qu'on ne le croyait.

Le paludisme est la deuxième cause majeure de malnutrition, en particulier d'anémie, et un facteur de risque important dans un grand nombre de pays africains. La lutte contre le paludisme a permis de réduire considérablement la prévalence de l'anémie.

MANQUE DE CONNAISSANCES NUTRITIONNELLES. Il se peut que, par ignorance, les gens mangent moins bien que leur revenu ne le leur permettrait. Cela est surtout vrai dans le cas de l'apport en vitamine A : les carences persistent, alors que presque partout dans le monde des aliments riches en vitamine A peuvent être produits à un coût peu élevé dans le jardin familial ou à l'échelle commerciale. L'effet de l'ignorance n'est pas quantifiable, mais il est clair qu'elle accentue souvent la prédisposition à la malnutrition liée au

sexe ou à l'âge. Ainsi, dans un certain nombre de pays d'Asie et d'Afrique, les enfants et les femmes, en particulier les femmes enceintes, ne doivent pas manger d'oeufs, ni de fruits. L'ignorance se conjugue parfois à des facteurs économiques. Aux Philippines, par exemple, quand le prix des légumes feuillus riches en vitamine A augmente, les gens consomment des légumes beaucoup moins riches en vitamines.

TRANSITION NUTRITIONNELLE ET MALADIES CHRONIQUES. L'amélioration de l'état nutritionnel contribue au recul des maladies transmissibles, mais elle peut aussi favoriser la progression des maladies provoquées par la suralimentation. Avec l'évolution de l'alimentation vers des régimes alimentaires généralement moins riches en hydrates de carbone complexes et plus riches en sucre et en graisses animales, les risques de maladies cardiovasculaires ainsi que de cancers du colon, de la prostate et du sein augmentent. La prévalence de l'obésité augmente et accroît les risques de décès prématuré pour cause de maladies cardiovasculaires et de diabète en particulier. L'accroissement de la consommation de sucre contribue à l'apparition de caries dentaires et peut augmenter les risques de diabète. Un régime trop riche en sel favorise l'hypertension, en augmentant les risques d'attaque et de maladies cardiovasculaires. Chez les personnes ayant un régime alimentaire de type « occidental » moderne, une réduction de 60 % de la consommation de sel, mesurée sur toute la vie, réduirait de 16 % les risques de décès liés à une insuffisance coronarienne à l'âge de 55 ans, et de 23 % les risques de décès par crise cardiaque. La charge de morbidité imputable à cette évolution du régime alimentaire n'est pas connue, mais elle pourrait être considérable.

Les maladies dues à la surnutrition, qui frappent les adultes, peuvent paraître secondaires par rapport à celles qu'engendre la sous-nutrition. Pourtant, le poids des maladies cardiovasculaires et de certains cancers est déjà considérable au Brésil, en Chine et dans d'autres pays en développement; les transitions démographiques et épidémiologiques analysées dans le Chapitre 1 accéléreront cette tendance. Le traitement des maladies chroniques étant souvent coûteux ou inefficace, la modification du régime alimentaire ou d'autres facteurs de risque est le meilleur moyen d'éviter l'accroissement de la charge que représentent ces maladies et des dépenses de santé inutiles.

Autres interventions en vue d'améliorer la nutrition

Outre la lutte contre les maladies infectieuses, six mesures peuvent aider à combattre la malnutrition : l'éducation nutritionnelle, la lutte contre les parasites intestinaux, l'enrichissement des aliments en micronutriments, l'apport supplémentaire de micronutriments, l'apport d'aliments complémentaires et la vente des denrées alimentaires à des prix subventionnés. La lutte contre les parasites ayant été examinée

précédemment, nous étudierons ici les cinq autres interventions.

EDUCATION NUTRITIONNELLE. La modification des comportements — qui permet aux familles d'améliorer leur régime alimentaire même en l'absence de revenu supplémentaire — est souvent le moyen le plus efficace, pour le coût que cela implique, d'améliorer l'état nutritionnel. En Indonésie, un vaste programme visant à apprendre aux mères à nourrir leurs enfants a permis de réduire la malnutrition à peu de frais. En Colombie, on a constaté que l'éducation des mères dans le cadre d'un programme d'alimentation complémentaire avait autant d'effet sur la taille et le poids des enfants qu'un complément d'alimentation. Il est particulièrement important d'apprendre aux mères à nourrir leurs enfants quand ils sont malades, afin de limiter l'interaction de la malnutrition et de l'infection. Cela peut être aussi un moyen de veiller à ce que le supplément d'alimentation aille effectivement à ceux de la famille qui en ont le plus besoin.

Mais de toutes les formes d'éducation nutritionnelle, l'encouragement de l'allaitement maternel est probablement la plus utile. Le principal avantage qui en découle est l'amélioration de la santé des enfants, mais la mère qui allaite en profite également, puisque l'allaitement favorise la conservation des réserves de fer (en raison de l'aménorrhée) et un meilleur espacement des naissances, et réduit le risque de cancer du sein ou des ovaires et, sans doute aussi, les saignements post-partum. L'allaitement maternel peut aussi procurer ces avantages économiques considérables aux familles et aux centres de santé. S'il fallait donner des substituts du lait maternel aux 120 millions de nouveau-nés actuellement nourris au sein, cela coûterait environ 15 milliards de dollars par an. Aux Philippines, la promotion de l'allaitement maternel a permis à un grand hôpital de réduire ses dépenses de 8 %, grâce à la réduction des achats d'aliments de substitution et du temps consacré par le personnel infirmier à l'alimentation des nourrissons. De tels programmes exigent l'éducation des mères et des professionnels de la santé (qui bien souvent découragent l'allaitement maternel) et pourraient comporter des actions visant à compenser la perte de temps que l'allaitement impose aux femmes. L'allaitement peut être incompatible avec certaines occupations mais, dans la plupart des cas, les femmes qui travaillent pourraient plus facilement allaiter si l'on modifiait les règles de travail habituelles.

ENRICHISSEMENT DES ALIMENTS EN MICRONUTRIMENTS. L'enrichissement des aliments habituellement consommés permet d'accroître l'apport en micronutriments sans modifier les habitudes alimentaires. Le Brésil a lancé en 1978 un programme national d'iodisation du sel, qui a permis de réduire considérablement le goitre endémique dans les régions où il y avait une carence en iode. De nombreux programmes

expérimentaux ont démontré l'utilité de l'enrichissement des aliments. Au Chili, le lait en poudre et le lait maternisé à base de soja ont été enrichis en fer, ce qui a permis de réduire la prévalence de l'anémie; celle-ci a ainsi été ramenée de 32 % à 12 % chez les nourrissons de neuf mois, et de 30 % à 6 % chez ceux de 15 mois. La farine est aussi souvent enrichie en fer. La vitamine A peut être ajoutée à toute une série d'aliments — sucre, lait, céréales et glutamate de sodium. L'enrichissement du glutamate de vitamine A a permis de réduire de 30 % la mortalité juvénile en Indonésie. L'adjonction de micronutriments aux aliments consommés par la population cible, quand elle est possible à un coût raisonnable, peut être aussi bénéfique — voire plus rapide et plus simple — que la modification des régimes alimentaires.

APPORT SUPPLEMENTAIRE DE MICRONUTRIMENTS. L'apport supplémentaire de micronutriments nécessite des contacts réguliers et parfois même fréquents avec la population cible, si bien qu'il peut être plus difficile de maintenir une couverture importante. Cela peut aussi rendre l'opération plus coûteuse que l'enrichissement des aliments — bien que les micronutriments puissent être ajoutés, à un coût marginal très faible, aux programmes de vaccination ou aux programmes de déparasitage dans les écoles. La vitamine A peut être administrée sous forme de gélules, à intervalles d'une semaine à six mois, ce qui réduit sensiblement le risque de cécité. L'apport supplémentaire de vitamine A permet aussi de réduire de 30 % environ la mortalité due à la rougeole et aux maladies diarrhéiques, mais il a peu d'effet sur la mortalité due aux affections des voies respiratoires.

L'apport de suppléments iodés est également possible sous la forme de doses d'huile iodée administrées par voie buccale, qui assurent une protection pendant une période de deux à quatre ans, ou d'injections d'huile iodée, protégeant pendant trois à cinq ans. Les effets secondaires sont généralement mineurs et surviennent principalement chez les adultes d'un certain âge. L'administration d'iode aux femmes en âge de procréer permet d'éviter l'arriération mentale chez leurs enfants et réduit les risques de mortalité infantile. La carence en fer est celle qui est la plus difficile à combattre par l'apport supplémentaire de fer, car les comprimés doivent être pris quotidiennement et ils provoquent souvent des effets secondaires, ce qui nuit à la régularité du traitement. L'apport supplémentaire de fer est donc généralement réservé aux femmes enceintes, qui souffrent le plus d'anémie. Cependant, lorsque la principale cause de l'anémie est une helminthiase ou un autre type de parasitose, l'hôte reçoit systématiquement un apport supplémentaire de fer pendant une période limitée après le traitement.

ALIMENTATION D'APPOINT. Les programmes consistant à apporter des aliments complémentaires plutôt

que des micronutriments sont plus difficiles à exécuter. Un ciblage inadéquat, le remplacement d'aliments consommés habituellement ou la méconnaissance des autres causes de la malnutrition se soldent bien souvent par du gaspillage. Toutefois, certains de ces programmes ont donné de bons résultats parce qu'ils ont été bien ciblés et que l'on a suivi de près l'évolution des comportements. Ainsi, dans le Tamil Nadu (Inde), la distribution d'aliments complémentaires aux enfants, uniquement en cas de retard de croissance, et l'information continue des mères par des agents de santé communautaires très motivés ont permis de réaliser des progrès remarquables (Encadré 4.2), et ce, malgré la stagnation économique. Dans les districts qui n'ont pas participé au programme, aucune amélioration n'a été notée. Au Chili, un programme de grande envergure a permis de réduire sensiblement la malnutrition infantile tout en élargissant le recours aux services de santé publique. Dans de nombreux pays, les enfants reçoivent à l'école des repas gratuits, ce qui a peut-être peu d'effet sur leur état nutritionnel, mais contribue à l'amélioration de la fréquentation et des résultats scolaires. D'une manière générale, l'apport d'aliments complé-

mentaires donne les meilleurs résultats quand il sert à motiver et éduquer les femmes pour qu'elles veillent à la santé de leurs enfants, quand il peut être concentré sur une période cruciale (comme la grossesse, par exemple), ou quand il procure de surcroît des avantages sur d'autres plans que celui de la nutrition.

VENTE DE DENREES ALIMENTAIRES A DES PRIX SUBVENTIONNES. La réduction du prix des produits alimentaires de première nécessité peut en principe favoriser la consommation de certains aliments mais, bien souvent, le ciblage des subventions au profit des ménages dans le besoin se heurte à des difficultés pratiques. Des subventions ciblées en fonction du lieu ou en fonction des principaux produits consommés par les pauvres sont certes plus efficaces que des subventions générales, peu rentables, mais elles sont moins sûres que des subventions ciblées en fonction de besoins précis. Toutefois, leurs avantages potentiels risquent d'être annulés en grande partie par des problèmes d'application. Ainsi, dans le cadre d'un vaste programme urbain de subventions au Brésil, on a souvent constaté que les produits alimentaires se vendaient presque au même prix que sur les marchés pri-

Encadré 4.2 Le Projet intégré de nutrition du Tamil Nadu : un exemple d'alimentation d'appoint réussie

A la fin des années 70, le Gouvernement de l'Etat du Tamil Nadu, dans le sud de l'Inde, administrait 25 programmes d'alimentation complémentaire, qui se sont avérés inefficaces, et cela pour diverses raisons. Tout d'abord, ils n'étaient pas axés sur les enfants malnutris. Souvent, les aliments distribués ne convenaient pas pour de jeunes enfants, si bien qu'ils étaient consommés par les autres membres de la famille; au lieu de compléter le régime alimentaire, ils se substituaient aux aliments habituellement consommés par les intéressés; l'éducation des mères a été négligée, de même que la prestation des soins de santé nécessaires sur le plan de la nutrition. Le Projet intégré de nutrition, dont la première phase a été exécutée entre 1980 et 1989, a donc été conçu de manière à mieux cibler les services, à améliorer la nutrition et la santé des familles, ainsi que les services de santé maternelle et infantile.

Les enfants âgés de 6 à 36 mois ont été pesés tous les mois. Sur 100 enfants sélectionnés, 44 avaient un poids normal mais une taille insuffisante, 34 étaient moyennement malnutris et souffraient d'un retard de croissance, et 22 souffraient de malnutrition aiguë. Ces derniers ont reçu immédiatement une alimentation complémentaire; ceux qui souffraient de retards de croissance ont reçu des aliments complémentaires au bout d'un mois (enfants de six mois à un an) ou au bout de trois mois (enfants de 12 à 35 mois). Une fois sélectionnés, les enfants étaient alimentés pendant au moins 90 jours. Si, pendant cette période, ils ne prenaient pas au moins 500 grammes, ils étaient orientés vers un service de santé et continuaient à être alimentés pendant encore 180 jours. Une éducation

nutritionnelle intensive était donnée aux mères des enfants à risque. Une alimentation complémentaire a été offerte aussi aux femmes dont les enfants recevaient une alimentation, à celles qui avaient beaucoup d'enfants et à celles qui allaitaient pendant une grossesse.

Le projet a permis de réduire de moitié les cas de malnutrition aiguë et d'éviter que de nombreux enfants à risque ne deviennent malnutris. Soixante-sept pour cent des enfants qui ont reçu une alimentation d'appoint ont pris suffisamment de poids pour ne plus avoir besoin d'aliments complémentaires au bout de 90 jours; tous, à l'exception de ceux qui souffraient de malnutrition aiguë, ont cessé d'en avoir besoin au bout de 150 jours. Comme les participants n'étaient alimentés que quand il le fallait, les aliments n'ont représenté que 13 % du coût total du projet, ce qui est beaucoup moins que dans les autres programmes d'alimentation d'appoint. (Ce pourcentage a même baissé pendant la durée du projet, à mesure que diminuait le nombre d'enfants qui avaient besoin d'aliments complémentaires.) La proportion est passée de 45 à 50 % en 1980, au début du projet, à 24 % en 1988. Ce projet sélectif et de durée limitée a donné de bons résultats parce qu'il faisait appel à des agents de santé communautaires bien formés et très motivés, et parce que les mères ont compris le rôle important de l'alimentation dans la croissance de leurs enfants et ont éprouvé une grande satisfaction quand elles ont vu qu'ils se développaient normalement. Cet exemple montre que l'apport d'une alimentation complémentaire appropriée est une forme d'éducation nutritionnelle à la fois peu coûteuse et efficace.

Tableau 4.4 Rapport coût-efficacité des interventions de nutrition

Intervention	Groupe cible	Coût approximatif (dollars)	
		Par décès évité	Par AVCI épargnée
Apport supplémentaire de fer	Femmes enceintes	800	13
Enrichissement des aliments en fer	Ensemble de la population	2.000	4
Apport supplémentaire d'iode	Femmes en âge de procréer	1.250	19
Apport supplémentaire d'iode	Ensemble de la population	4.650	37
Enrichissement en iode du sel ou de l'eau	Ensemble de la population	1.000	8
Apport supplémentaire de vitamine A ^a	Enfants de moins de 5 ans	50	1
Enrichissement des aliments en vitamine A	Ensemble de la population	154	4
Alimentation complémentaire	Enfants de moins de 5 ans	1.942	63
Alimentation complémentaire	Femmes enceintes ^b	733	24

a. Dose semi-annuelle.

b. Les décès évités et les AVCI épargnés correspondent à des décès intra-utérins.

Source : Pinstrip-Andersen et al., à paraître; Levin et al., à paraître.

vés, malgré une baisse de 20 % de leur prix nominal. A condition d'éviter un tel gaspillage, on peut, avec des subventions ciblées, opérer un transfert effectif de revenu au profit des ménages pauvres. Comme dans le cas des transferts directs de revenu ou de denrées, les subventions sont davantage susceptibles d'améliorer la nutrition et la santé lorsqu'elles sont associées à des activités d'éducation nutritionnelle et à des interventions de santé connexes. Sinon, leur rapport coût-efficacité n'est pas bon.

S'il est tout à fait justifié que les pouvoirs publics prennent des mesures en faveur de la nutrition afin d'améliorer la santé, ils doivent s'abstenir, en général, d'intervenir sur les marchés des produits alimentaires, sauf dans des circonstances exceptionnelles comme une famine. L'action de l'Etat dans le domaine de la nutrition a souvent été vaine, parce que faisant double emploi avec celle du marché privé, et trop peu concentrée sur les causes de la pauvreté et sur l'application de mesures d'un bon rapport coût-efficacité pour améliorer les connaissances nutritionnelles des familles, de sorte qu'elles soient mieux à même de se nourrir convenablement. La réduction de la mortalité, de la cécité, de l'arriération mentale et de l'anémie peut faire des programmes d'enrichissement des aliments ou d'apport de compléments alimentaires des opérations d'un très bon rapport coût-efficacité, comparable à celui des meilleures mesures de lutte contre d'autres maladies (Tableau 4.4). On peut préserver la santé pendant une année entière pour moins de 10 dollars grâce à des interventions axées sur l'apport supplémentaire de micronutriments et, pour moins de 100 dollars, au moyen de programmes qui, tout en assurant la distribution parcimonieuse d'aliments complémentaires, encouragent la modification des comportements et fournissent des soins de santé. L'amélioration de la santé à l'âge adulte, une scolarité plus productive, des revenus plus élevés et les autres avantages découlant d'un bon état nutritionnel pendant l'enfance sont autant d'arguments qui militent en faveur d'interventions judicieuses dans le domaine de la nutrition.

Fécondité

Les grossesses et les accouchements comportent toujours des risques pour la santé de la mère et de l'enfant. Mais ces risques sont accrus si la mère a des problèmes de santé (hypertension, cardiopathie, paludisme ou diabète) susceptibles d'être aggravés par la grossesse, si la grossesse est précoce ou tardive, si les grossesses sont trop rapprochées ou ne sont pas désirées, ou s'il s'agit de femmes multipares (ayant déjà eu, par exemple, quatre enfants ou plus).

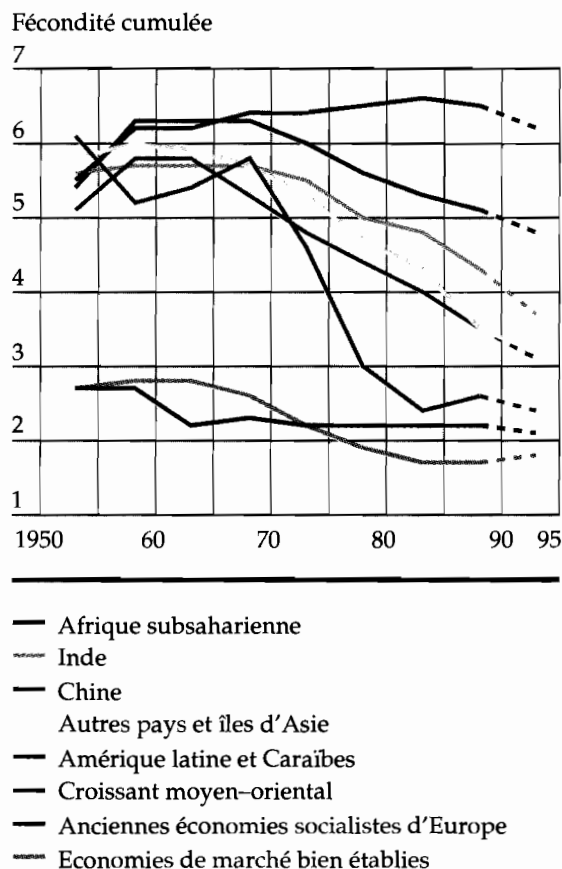
Le recours aux services de planning familial est un bon moyen d'éviter beaucoup de ces risques et il permet aux couples d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Dans de nombreuses parties du monde, la fécondité a baissé à mesure que ces services ont été plus sollicités (Figure 4.2). Les pouvoirs publics peuvent beaucoup aider les couples en faisant du planning familial une pratique socialement acceptable, en diffusant des informations sur les conséquences de la régulation des naissances pour la santé et sur les méthodes de contraception efficaces, et en libéralisant la vente des contraceptifs. Des subventions peuvent être justifiées dans le cas de populations à faible revenu, de populations rurales ou de programmes s'adressant aux jeunes. Les organisations non gouvernementales et le secteur privé ont souvent un rôle important à jouer dans la prestation des services. Donner la possibilité d'avorter dans de bonnes conditions peut contribuer à l'amélioration de la santé, tout comme le planning familial.

Fécondité et santé

Chez les très jeunes femmes, l'accouchement augmente les risques pour la santé de la mère et de l'enfant. Les grossesses trop rapprochées accroissent les risques de mortalité juvénile. Chez les femmes plus âgées et multipares, l'accouchement est plus risqué pour la mère. Les grossesses non désirées sont aussi plus dangereuses, car elles amènent à avorter

La fécondité diminue dans le monde entier, mais pas au même rythme.

Figure 4.2 Fécondité cumulée par région démographique, 1950-95



Note : Les pointillés représentent des projections.
Source : Données de la Banque mondiale.

dans de mauvaises conditions ou à négliger les soins prénatals.

ESPACEMENT DES NAISSANCES ET SANTE INFANTILE. Des naissances trop rapprochées sont un facteur de risque important pour la santé de l'enfant pendant les cinq premières années de vie (Figure 4.3). Au Kenya, par exemple, un enfant né dans les 18 mois suivant une naissance précédente est deux fois plus susceptible de décéder qu'un enfant né après un laps de temps plus long. En Egypte, le risque est multiplié par plus de trois. Le risque de mortalité infantile est également plus élevé chez les enfants de femmes âgées de moins de 20 ans. En Indonésie, par exemple, les enfants mis au monde par des adolescentes jusqu'à l'âge de 18 ans

courent deux fois plus de risques de décéder que ceux mis au monde par des femmes âgées de 20 à 24 ans.

Des enquêtes réalisées dans 25 pays en développement au cours des années 80 montrent que, dans près de 35 % des cas, l'intervalle entre les naissances est en moyenne de 24 mois ou moins, ce que nombre de femmes souhaitent en fait éviter. Si les mères différaient leur grossesse autant qu'elles le souhaitent, la mortalité juvénile diminuerait globalement de plus de 20 % dans ces pays. Et elle fléchirait d'au moins 30 % au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Pérou et en Tunisie, où 40 à 50 % des naissances sont trop rapprochées.

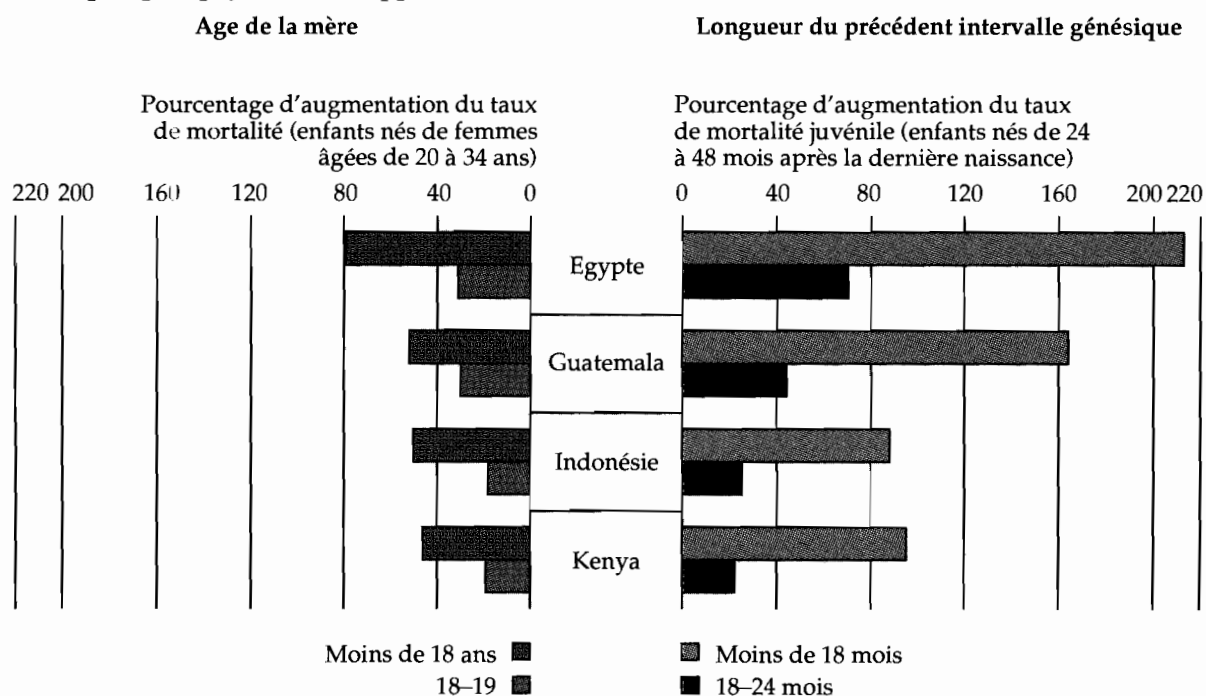
PROCREATION ET SANTE MATERNELLE. Chaque année, près de 430.000 femmes meurent de complications liées à la grossesse dans les pays en développement. En l'absence de soins obstétricaux, le risque de décès pendant l'accouchement est trois fois plus élevé avant l'âge de 18 ans qu'entre 20 et 29 ans. Au-delà de 34 ans, le risque de mortalité maternelle est cinq fois plus grand. Le premier accouchement est souvent plus risqué que le deuxième ou le troisième mais, à partir du quatrième, le risque de mortalité maternelle augmente progressivement. En Jamaïque, il augmente de 65 % après la troisième naissance. Au Kenya, aux Philippines et au Zimbabwe, le risque de décès lié à l'âge ou à la multiparité serait élevé pour 30 à 60 % des femmes enceintes.

Les avortements dans de mauvaises conditions sont une autre cause de mortalité maternelle. Près de 30 % des grossesses se terminent par un avortement, ce qui se traduit par environ 55 millions d'interruptions volontaires de grossesse dans le monde chaque année, dont 25 millions sont effectuées dans des conditions dangereuses. Les atteintes à la santé des mères sont dues principalement à des infections (entraînant à terme des grossesses extra-utérines, des douleurs chroniques ou la stérilité), à des hémorragies, à des lésions du col de l'utérus ou de l'utérus lui-même, et à des réactions à l'anesthésie et aux médicaments utilisés pour provoquer l'avortement. On estime à près de 60.000 le nombre de femmes qui meurent chaque année des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (voir Tableau B.8 de l'Annexe); d'après d'autres estimations, ce nombre pourrait atteindre 200.000. Le traitement des complications qui en résultent peut absorber des ressources considérables. Au Brésil, 2 % environ des admissions dans les hôpitaux du système de santé à financement public et exploitation privée en 1988 étaient dues à des complications liées à un avortement, et les coûts qu'elles ont occasionnés ont représenté 6 % environ du total des dépenses consacrées aux soins obstétricaux et 1 % du total des dépenses de ces hôpitaux.

Amélioration de la santé grâce aux services de planning familial

Les services de planning familial peuvent aider les femmes à limiter les risques pour leur santé liés à des

Figure 4.3 Risque de décès des moins de 5 ans par facteur de risque lié à la fécondité dans quelques pays en développement, fin des années 80



Source : Høbraat, 1991.

grossesses trop rapprochées et non désirées. Dans les populations à faible revenu et dans les régions rurales, il est tout à fait justifié, pour des raisons d'équité, que l'Etat subventionne et organise la prestation de services de planning familial par le biais d'organismes publics ou d'organismes non gouvernementaux et privés, selon les cas. Dans ce contexte, les services de planning familial subventionnés sont souvent la meilleure façon d'informer les familles pauvres. Ils peuvent aussi être un moyen efficace d'améliorer les conditions de vie de ces familles, en particulier lorsqu'elles n'ont pas accès à des soins médicaux privés. Pour ces deux raisons, les services de planning familial sont inclus dans le programme minimum de services cliniques essentiels, examiné dans le chapitre suivant. Un effort particulier doit aussi être fait pour répondre aux besoins des adolescents, qui sont en général particulièrement mal informés des dangers de la maternité et qui méconnaissent bien souvent les conséquences que peut avoir une maternité précoce.

Outre la mise en place de services subventionnés à l'intention de populations spécifiques, les pouvoirs

publics doivent mettre des services de planning familial à la disposition des familles qui ont les moyens de payer pour ces services et sont disposées à le faire. Pour améliorer la qualité des services et diversifier les méthodes de contraception disponibles, il faut un certain nombre de changements; il faut notamment supprimer le contrôle des prix et lever l'interdiction de la publicité pour les contraceptifs; il faut aussi assouplir les restrictions à l'importation de contraceptifs et abandonner les conditions de prescription inutiles. L'expérience des anciens pays socialistes d'Europe montre que toutes ces contraintes limitent l'usage des contraceptifs, souvent au détriment de la santé maternelle et infantile. La demande de contraceptifs et de services de contraception peut être satisfaite par les médecins et les distributeurs privés, en particulier dans les villes, mais aussi dans les campagnes, pour certains produits (comme les préservatifs).

L'utilisation de contraceptifs est la meilleure façon d'éviter des grossesses non désirées, mais ce n'est pas une méthode infaillible. En complément des services de contraception, il est également indispensable, au

nom de la santé, de donner aux femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse la possibilité d'avorter dans de bonnes conditions.

ATTEINDRE LES CATEGORIES A FAIBLE REVENU ET LES POPULATIONS RURALES. Dans les pays pauvres, l'infrastructure sanitaire est souvent trop limitée pour permettre d'atteindre des populations rurales très disséminées. Dans la campagne ougandaise, par exemple, le trajet jusqu'au centre de planning familial le plus proche est d'une heure en moyenne, contre 15 minutes seulement dans les campagnes thaïlandaises. A cela s'ajoute le problème de l'attente : une étude des dispensaires dans plusieurs pays d'Amérique latine a révélé qu'il fallait attendre une heure et 20 minutes en moyenne pour une première consultation. Dans de nombreux pays, les femmes rurales n'ont pas de contact avec des agents de planning familial qui pourraient leur fournir des informations et des services simples. Au Guatemala, par exemple, 86 % des femmes rurales vivent dans des communautés où il n'y a pas d'agents de planning familial, contre 33 % seulement en Egypte. Dans certains pays, des stratégies d'action communautaire ont été appliquées avec succès pour atteindre les femmes à faible revenu. En Colombie, au Zaïre et au Zimbabwe, des agents de distribution au niveau communautaire ont la double fonction de diffuser des informations sur le planning familial et de fournir aux populations les plus isolées des méthodes de contraception — essentiellement des méthodes mécaniques, comme les préservatifs et les comprimés effervescents, mais aussi des contraceptifs oraux.

Les services de planning familial fournis dans le cadre de la distribution communautaire sont un moyen très efficace d'améliorer la santé maternelle et infantile. Dans les pays où les taux de mortalité et de fécondité sont encore relativement élevés, le coût par enfant sauvé est extrêmement faible. Au Mali, par exemple, il est de l'ordre de 130 dollars en moyenne, ce qui correspond à tout juste 4 ou 5 dollars par AVCI gagnée. Dans d'autres pays, comme la Colombie, le Mexique et la Thaïlande, où la mortalité et la fécondité sont nettement inférieures, les services de planning familial passant par la distribution communautaire ne coûtent pas plus de 25 dollars par AVCI gagnée et ont donc un très bon rapport coût-efficacité.

ATTEINDRE LES JEUNES. Dans les pays en développement, la grossesse est un phénomène extrêmement courant parmi les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans). Des enquêtes réalisées dans les années 80 au Libéria, au Mali et en Ouganda montrent que plus d'une adolescente sur cinq avait eu au moins un enfant ou était enceinte au moment de l'entrevue. En Amérique latine et dans les Caraïbes, 16 % des enfants nés en 1992 ont été mis au monde par des adolescentes. Bien souvent, ces grossesses ne sont pas désirées et sont généralement plus répandues parmi les femmes à faible revenu. Au Ghana et au Kenya, par exemple,

environ 40 % des adolescentes mariées ayant eu des enfants déclaraient que leur première grossesse n'était pas désirée. Parmi les adolescentes non mariées, la proportion atteignait 58 % au Ghana et 77 % au Kenya. Une étude réalisée au Brésil en 1986 a révélé que 65 % des femmes qui avaient procréé avant l'âge de 20 ans étaient issues de familles pauvres (ayant un revenu inférieur à la médiane nationale), contre 48 % des femmes qui avaient eu des enfants plus tard.

L'éducation à la vie familiale dans les écoles ou dans d'autres contextes peut aider les adolescentes à faire des choix en toute connaissance de cause en matière de comportement sexuel et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST). Les adolescentes sexuellement actives doivent pouvoir recourir à des services de planning familial pour éviter une grossesse précoce. Et pour les adolescentes qui se retrouvent enceintes sans l'avoir voulu, en particulier avant le mariage, des programmes les aidant à affronter la situation peuvent être particulièrement utiles. En Jamaïque, le Women's Center Program destiné à aider les jeunes mères à terminer leurs études et à éviter une autre grossesse non désirée a donné d'assez bons résultats.

AMELIORATION DES SERVICES ET DIVERSIFICATION DES METHODES DE CONTRACEPTION. La qualité des services de planning familial s'est améliorée dans les pays en développement, mais il faut aller plus loin. Il importe de conseiller convenablement les femmes, notamment parce que leurs besoins en matière de contraception évoluent tout au long du cycle de reproduction. Des méthodes provisoires sont plus indiquées au début, tandis que des méthodes permanentes sont préférables vers la fin du cycle. Certaines méthodes sont plus appropriées que d'autres selon la durée de la protection souhaitée et en cas d'allaitement. Des conseils compétents, donnés à bon escient, peuvent aider les femmes à choisir la méthode qui leur convient à chaque stade et à l'utiliser efficacement, tout en les informant des éventuels effets secondaires. Bien souvent, si les services ne donnent pas satisfaction ou si la méthode préconisée se révèle inefficace, les femmes renoncent à utiliser des contraceptifs. En Thaïlande et en Colombie, où les services de planning familial sont de bonne qualité, 6 % environ des utilisatrices renoncent chaque année aux contraceptifs pour les raisons précitées, alors qu'au Paraguay la proportion atteint 18 %.

Il y a beaucoup à faire aussi pour élargir la gamme des méthodes de contraception et en améliorer la qualité. En Inde, par exemple, la stérilisation a été encouragée pendant longtemps à l'aide de généreuses incitations financières destinées à la fois aux couples et aux praticiens. Toutefois, une enquête nationale réalisée en 1986-87 a révélé que, parmi les couples non stérilisés qui souhaitaient recourir à une méthode de contraception temporaire, près de 75 % de ceux qui

demandaient un dispositif intra-utérin (DIU) ne pouvaient l'obtenir, 67 % ne pouvaient obtenir de pilule contraceptive et 40 % ne pouvaient obtenir de préservatifs. En Chine, où les DIU à armature d'acier sont largement utilisés, les autorités, soucieuses des risques qu'ils présentaient pour la santé des femmes, ont décidé récemment d'adopter le stérilet à armature en cuivre, plus inoffensif. Dans certains pays, l'éventail des méthodes disponibles est limité parce que les praticiens du secteur public sont tenus d'utiliser des produits figurant sur une liste de médicaments essentiels qui, par erreur, exclut certaines méthodes de contraception. Il est limité aussi par des conditions de dépistage médical trop rigoureuses, des procédures d'agrément inutiles ou faisant double emploi, des exigences en matière de conditionnement et d'étiquetage qui ne font qu'augmenter les coûts, et des restrictions à l'importation ou des droits de douane. Une étude réalisée en Indonésie auprès d'un groupe de femmes utilisant une méthode de contraception depuis 18 mois a révélé que, toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes qui s'étaient vu imposer une méthode étaient trois fois plus susceptibles de l'abandonner que celles qui avaient obtenu la méthode de leur choix.

La fourniture d'une gamme appropriée de méthodes de contraception peut aussi aider à freiner la propagation des MST et du VIH. Pour associer les services de planning familial à des programmes de dépistage des MST, il faut disposer de moyens cliniques permettant de prendre en charge les cas diagnostiqués. La question du SIDA est examinée plus en détail plus avant dans ce chapitre et dans le Chapitre 5.

POUR UN AVORTEMENT SANS RISQUE. En 1990, 40 % environ de la population mondiale vivaient dans des pays où l'interruption volontaire de grossesse était possible à la demande, 25 % dans des pays où elle n'était autorisée que si la vie de la femme était en danger, et 35 % dans des pays où la rigueur de la législation sur l'avortement variait entre ces deux extrêmes. Là où l'avortement est illégal, les femmes se font avorter clandestinement, souvent dans de mauvaises conditions, au péril de leur santé. Toutefois, il ne suffit pas de légaliser l'avortement pour protéger la santé maternelle si les difficultés d'accès subsistent. En Inde, par exemple, l'avortement est légal, mais difficile à obtenir, et de nombreuses femmes se font toujours avorter dans de mauvaises conditions, au détriment de leur santé.

L'exemple de la Roumanie illustre de la façon la plus frappante l'effet que peut avoir la législation relative à l'avortement sur la santé maternelle. En 1966, le Gouvernement roumain a promulgué une loi interdisant l'avortement et la contraception, et a pris des mesures coercitives pour la faire appliquer. Cela a eu des conséquences dramatiques : en 1970, le taux de mortalité maternelle avait augmenté de près de 40 % par rapport à 1965 (Figure 4.4). Or, jusqu'en 1966, il était semblable à celui des autres pays d'Europe de

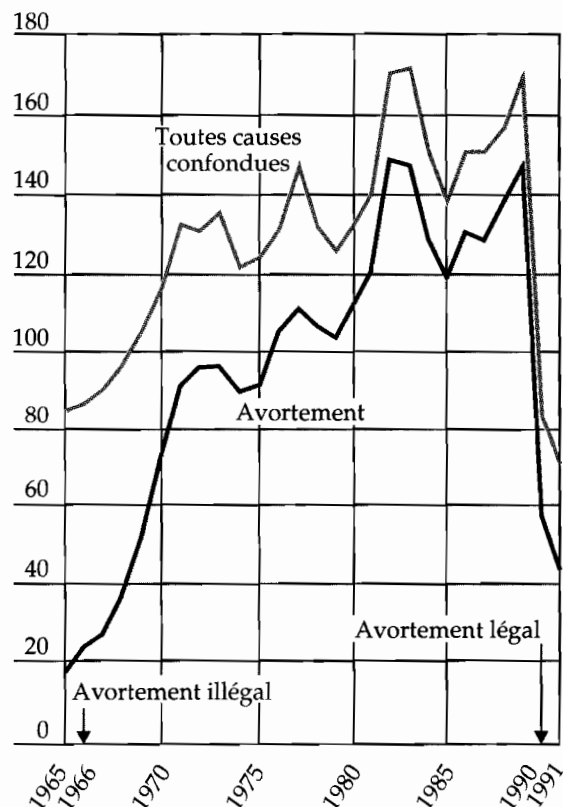
l'Est. En 1989, il était au moins dix fois plus élevé que dans la plupart des autres pays européens. Après la légalisation de l'avortement par le nouveau Gouvernement roumain en 1990, la mortalité maternelle a aussitôt chuté, même plus rapidement qu'elle n'avait augmenté après 1966 et, au bout d'une année seulement, elle ne représentait plus que 40 % du taux enregistré en 1989. La proportion de décès maternels dus à l'avortement est tombée de près de 90 % avant la levée de l'interdiction à un peu plus de 60 % après la légalisation de l'avortement en 1990.

COUT ET AVANTAGES POTENTIELS POUR LA SANTE. Les services de planning familial, en particulier ceux qui

En Roumanie, le nombre des décès maternels est monté en flèche lorsque l'avortement a été interdit et il a fortement chuté lorsqu'il a été rendu légal.

Figure 4.4 Mortalité maternelle en Roumanie, 1965-91

Décès maternels pour 100.000 naissances vivantes



Source : Adapté de Stephenson et al., 1992, qui ont utilisé des données fournies par le Ministère roumain de la santé.

sont assurés dans le cadre de la distribution communautaire, sont l'un des meilleurs moyens d'améliorer la santé maternelle et infantile pour le coût qu'ils impliquent. Dans les pays en développement, ces services peuvent être considérablement améliorés. Plus d'une femme sur cinq ne souhaitant pas tomber enceinte n'utilise aucun contraceptif. En Bolivie, au Ghana, au Kenya, au Libéria et au Togo, le tiers au moins des femmes âgées de 15 à 49 ans rentre dans cette catégorie. Cela tient en partie à un accès insuffisant aux services de planning familial, mais ce n'est certainement pas la seule raison. Le coût de la prestation de ces services aux femmes qui n'y ont pas accès (dont le nombre est estimé à 120 millions dans le monde en développement) serait de l'ordre de 2 milliards de dollars par an pour l'ensemble de ces pays. L'affectation sélective de ressources publiques pour répondre aux besoins de ces femmes, en particulier dans les familles pauvres, serait un moyen efficace de promouvoir leur bien-être et celui de leurs enfants. Si l'on donnait aux femmes qui le souhaitent les moyens d'espacer ou de limiter les naissances, on éviterait chaque année jusqu'à 100.000 décès maternels et 850.000 décès d'enfants de moins de 5 ans.

Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie

Les décisions concernant l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues sont parmi les choix individuels les plus importants pour la santé. Etant donné que le libre-arbitre de l'individu est limité par le caractère fortement accoutumant de ces substances, et que l'accoutumance est souvent établie lors de l'adolescence, les décisions concernant la lutte contre l'abus du tabac et d'autres substances comptent parmi les choix collectifs les plus importants pour la santé que les sociétés peuvent faire. Dans de nombreuses populations, l'usage prolongé de la cigarette est déjà l'une des principales causes de mort prématurée. La consommation d'alcool et d'autres drogues contribue aussi à la morbidité et à l'invalidité. Les dommages causés par la toxicomanie ne touchent pas seulement les toxicomanes; la société tout entière en souffre indirectement, à travers les accidents provoqués par les conducteurs en état d'ébriété, le tabagisme passif, et la criminalité et la violence liées à la drogue.

Les pouvoirs publics peuvent intervenir de plusieurs façons pour décourager la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. L'éducation du public pour l'informer des effets nocifs de ces substances est d'une importance capitale. La mise en oeuvre de mesures appropriées passe souvent par des actions visant non seulement à sensibiliser les jeunes, en particulier les enfants d'âge scolaire, mais aussi à aider les adultes à échapper à la toxico-dépendance. La taxation du tabac et des alcools permet également de freiner la consommation, en raison en particulier de son effet dissuasif pour les jeunes avant que

l'accoutumance ne s'installe. Les pouvoirs publics peuvent également interdire toute publicité ou promotion directe ou indirecte de produits ou de marques de tabac, et pourraient faire de même pour les alcools.

Abus du tabac

L'usage du tabac est légal dans tous les pays. Pourtant, le tabac cause beaucoup plus de décès que toutes les autres substances psychotropes réunies. Chaque année, il provoque environ 3 millions de morts prématurées dans le monde (soit 6 % du total). Si les tendances actuelles se poursuivent, ce nombre atteindra 10 millions par an, soit plus de 10 % de la mortalité totale, d'ici le deuxième quart du XXI^e siècle. Dans les pays développés, le tabac est d'ores et déjà responsable de 30 % des décès dus au cancer, notamment du poumon, de la bouche, du larynx, de l'oesophage, de la vessie, du pancréas et du rein. Mais il provoque aussi d'autres maladies, notamment attaques, infarctus du myocarde, anévrismes de l'aorte et ulcères peptiques, qui font encore plus de victimes. Dans les pays où l'usage du tabac est répandu depuis longtemps, environ 30 % des décès d'hommes d'âge mûr lui sont imputables. Mais le tabagisme nuit aussi à la santé des autres. Parmi les non-fumeurs, l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de cancer du poumon, et les bébés de mères qui fument pèsent en moyenne 200 grammes de moins que ceux de mères non-fumeurs.

La consommation de tabac par habitant diminue peu à peu dans les pays industrialisés, et elle est restée pratiquement inchangée dans les anciennes économies socialistes. En revanche, elle est en progression dans de nombreux pays en développement, tant chez les hommes que chez les femmes, et on s'attend à ce qu'elle augmente d'environ 12 % entre 1990 et l'an 2000 (voir Tableau A.6 de l'Annexe). En Chine, l'accroissement de la consommation, qui est passée de 500 milliards de cigarettes en 1978 à 1.700 milliards en 1992, a enclenché une tendance qui, si elle persiste, se traduira à terme par quelque 2 millions de décès par an dus au tabac. Des tendances analogues sont observées dans plusieurs autres pays. Si, comme c'est le cas actuellement, le tiers environ des jeunes adultes dans le monde prennent l'habitude de fumer et si, comme on l'observe dans les pays industrialisés, plus du tiers meurent prématurément à cause de cette habitude, il faut s'attendre alors que le tabac tue plus de 10 % des 120 millions de jeunes qui atteignent l'âge adulte chaque année — ce qui représente plus de 12 millions de décès prématurés par an. Compte tenu des tendances actuelles, la question principale n'est pas de savoir si le tabagisme provoquera effectivement ce nombre de décès au deuxième quart du siècle prochain, mais quand il les provoquera exactement.

Le laps de temps important qui s'écoule entre le moment où l'on commence à fumer et le moment où l'on en ressent tous les effets est l'une des principales raisons pour lesquelles les risques du tabac tendent à

être sous-estimés. Les jeunes fumeurs ne peuvent constater la forte mortalité liée au tabagisme que lorsqu'ils atteignent l'âge mûr. L'exemple le mieux documenté de ce décalage est observé aux Etats-Unis, dans la population masculine, où le tabagisme a progressé surtout avant 1945. En 1945, l'usage du tabac était courant, mais les cancers du poumon étaient rares, comme c'est le cas aujourd'hui dans les pays en développement. Au cours des 40 années qui ont suivi (1945-85), l'habitude de fumer des Américains n'a guère évolué, mais les cancers du poumon ont fortement progressé dans cette population (Figure 4.5). Parmi les non-fumeurs américains, le taux de cancer du poumon est resté faible pendant la période 1965-85, alors qu'il s'est multiplié par 20 chez les fumeurs. En 1985, le tabac était à l'origine de la grande majorité (110.000) des décès dus au cancer du poumon chez les hommes et les femmes aux Etats-Unis et d'un nombre encore plus important de décès dus à d'autres maladies (290.000), ce qui représente environ 20 % du nombre total de décès (2 millions) dans ce pays. La moitié environ des victimes étaient d'âge mûr (35-69 ans) et ont donc perdu près de 25 ans de vie compte tenu de l'espérance de vie d'un non-fumeur.

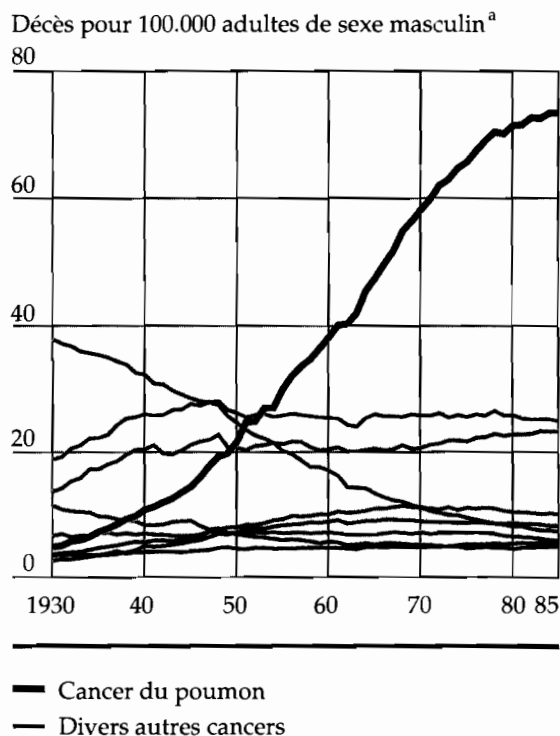
L'efficacité de la lutte contre le tabagisme implique des changements de mentalité, lesquels sont lents et peuvent prendre des années. Pour décourager la consommation de tabac, il faut éduquer le public. En Chine, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, des groupes autonomes d'action nationale, comme *Action on Smoking and Health*, ont contribué aux efforts qui ont été résolument déployés pour mettre en garde les consommateurs contre les dangers du tabac et mettre en place un dispositif juridique visant à protéger le public contre les effets du tabagisme sur la santé. Les pouvoirs publics peuvent soutenir l'action des groupes de citoyens en exigeant, par exemple, que les risques associés à la consommation de tabac soient indiqués visiblement sur les paquets de cigarettes et dans la publicité, et en encourageant la diffusion de messages clairs à l'intention non seulement des enfants d'âge scolaire, mais également des adultes. Il importe de s'adresser aux adultes puisque ce sont les fumeurs d'aujourd'hui qui constitueront demain la quasi-totalité des dizaines de milliers de victimes que le tabac fait chaque décennie. Certains pays vont encore plus loin : ils interdisent la publicité pour les produits du tabac et les marques de tabac, et imposent des restrictions à l'usage du tabac dans les lieux publics. Singapour a été à l'avant-garde de ce mouvement en Asie : interdiction de la publicité (depuis 1971), diffusion d'avertissements énergiques à propos des effets du tabac sur la santé et création de zones non-fumeurs. La consommation de tabac par adulte semble avoir reculé entre 1975 et 1990. La Chine, qui compte 300 millions de fumeurs, suit la même voie : en 1992, les autorités chinoises ont interdit la plupart des publicités pour le tabac et rendu obligatoire l'éducation sanitaire des jeunes; elles ont aussi inter-

dit de fumer dans de nombreux lieux publics et exigé la réduction progressive de la teneur en goudron. Pour soutenir les efforts déployés par les pays pour lutter contre le tabagisme, la Banque mondiale a adopté en 1992 une nouvelle politique concernant le tabac (Encadré 4.3).

Des taxes sont généralement perçues sur le tabac, sans doute moins pour protéger la santé que parce qu'elles sont une source appréciable de revenus pour l'Etat. La taxation constitue cependant un moyen de limiter la consommation, en particulier parmi les jeunes. Dans les pays industrialisés, une augmentation de 10 % du prix du tabac réduit la consommation de 4 % environ dans l'ensemble de la population, et de 13 % environ chez les adolescents. Outre le fait

La consommation accrue de cigarettes par la population masculine des Etats-Unis a été suivie d'une augmentation des taux de cancer du poumon — mais seulement après un intervalle de plusieurs dizaines d'années.

Figure 4.5 Tendances de mortalité masculine pour cause de cancer du poumon et divers autres types de cancer (Etats-Unis), 1930-90



Note : Parmi les autres cancers figurent la leucémie et les cancers de la vessie, de l'oesophage, du pancréas, du foie, de la prostate, de l'estomac, du colon et du rectum.

a. Corrigés de la composition par âge de la population des Etats-Unis en 1970.

Source : Boring, Squires et Tong, 1993.

Encadré 4.3 La Banque mondiale et sa politique du tabac

Reconnaissant les effets nocifs du tabagisme sur la santé, la Banque mondiale a énoncé, en 1992, sa politique du tabac, laquelle comprend cinq points principaux.

- Les activités de la Banque mondiale dans le secteur de la santé — y compris les activités sectorielles, le dialogue d'orientation et les opérations de prêt — découragent l'usage des produits du tabac.

- La Banque mondiale ne prête pas directement pour la production, la transformation ou la commercialisation du tabac; elle n'investit pas dans ce secteur et elle ne garantit aucun investissement ni aucun prêt qui lui serait destiné. Toutefois, dans les quelques pays qui sont fortement tributaires du tabac pour leurs revenus et leurs recettes en devises (par exemple, dans ceux où le tabac représente plus de 10 % des exportations), et en particulier dans les pays où il est la principale source de revenu des paysans et des ouvriers agricoles pauvres, la Banque mondiale aborde le problème de manière à répondre aussi efficacement que possible aux besoins de dévelop-

pement de ces pays, en les aidant à diversifier leurs cultures pour remplacer celle du tabac.

- Dans toute la mesure du possible, la Banque mondiale n'accorde aucun prêt qui servirait à financer indirectement la production de tabac, bien que certains projets ayant des objectifs et une portée plus vastes (comme les projets de routes rurales) puissent conduire à apporter un certain soutien indirect au secteur du tabac.

- Le tabac, manufacturé et non manufacturé, les machines et le matériel de transformation du tabac et les services connexes figurent sur la liste négative des importations jointe aux accords de prêt et, de ce fait, ne peuvent faire partie des importations financées au moyen des prêts de la Banque.

- Les accords conclus entre la Banque et les emprunteurs pour libéraliser le commerce et abaisser les droits de douane peuvent ne pas s'appliquer aux importations de tabac et de produits connexes destinés à la production ou à la consommation.

qu'ils ont peu de ressources, la plupart des adolescents qui fument sont sans doute des fumeurs de trop fraîche date pour être totalement dépendants; c'est pourquoi ils sont généralement plus sensibles au prix que les autres fumeurs. En Inde, la vente de cigarettes a diminué de 15 % après que le droit de consommation sur la plupart des marques de cigarettes courantes a plus que doublé en 1986. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, une majoration de 10 % de la taxe sur le tabac a entraîné une diminution de 7 % de la consommation.

Alcool et drogues illicites

Les maladies dues à l'alcool touchent chaque année entre 5 et 10 % de la population mondiale et, en 1990, elles ont représenté 3 % environ de la charge de morbidité globale. Sur les 2 millions de décès survenant chaque année dans le monde à cause de l'alcoolisme, 50 % environ sont dus à la cirrhose, près de 35 % à des cancers du foie ou de l'oesophage, 10 % au syndrome de dépendance alcoolique et 5 % à des accidents de la circulation. Les problèmes engendrés par l'abus d'alcool absorbent de précieuses ressources médicales et vont au-delà du préjudice que les buveurs s'infligent à eux-mêmes. Dans de nombreux pays d'Amérique latine, 20 % des admissions dans les hôpitaux et les services d'urgence dans les années 80 étaient liées à l'alcoolisme. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, plus de 85 % des accidents de la route mortels survenus pendant cette période ont été provoqués par des conducteurs ou des piétons en état d'ébriété. Dans les ménages, l'alcoolisme est souvent la cause de coups et blessures, mais l'ampleur du phénomène est difficilement quantifiable.

Dans les pays industrialisés, la consommation d'alcool est stable, alors qu'elle est en progression dans de nombreux pays en développement. Entre 1960 et 1981, la consommation de bière par habitant est passée de 12 à 135 litres par an au Gabon et de 3 à 20 litres par an en Côte d'Ivoire. La production mondiale de bière a presque doublé entre 1970 et 1989 (dépassant largement l'accroissement de la population), cette augmentation étant concentrée en grande partie dans les régions en développement.

Tout comme l'abus d'alcool, l'abus de drogues illicites cause de graves problèmes sanitaires et sociaux. Les toxicomanes risquent de mourir de maladies infectieuses, de troubles circulatoires, d'infections respiratoires et de troubles digestifs, mais ils peuvent aussi être victimes de la violence, de surdoses ou du SIDA. Les cocaïnomanes, en particulier ceux qui utilisent du « crack », souffrent souvent d'affections cardiovasculaires aiguës, nécessitant des soins d'urgence, et leurs enfants naissent souvent avec de graves problèmes de santé.

On dispose de peu de données fiables sur l'évolution et les caractéristiques de la consommation de drogues illicites. Les toxicomanes ont généralement entre 15 et 44 ans, la plupart ayant environ 25 ans. Ces dix dernières années, la production et la consommation de ces drogues, en particulier de la cocaïne, semblent avoir considérablement augmenté dans le monde entier. Dans certains pays en développement, l'usage de substances psychotropes, notamment par inhalation, est un problème grave.

Les taxes et les peines judiciaires sont un moyen de décourager l'abus d'alcool. D'après une étude réalisée aux Etats-Unis en 1982, une augmentation d'environ 3,50 dollars (prix 1991) par gallon d'équivalent-alcool

pur de la taxe sur les vins et spiritueux entraînerait une diminution de la demande telle que l'incidence de la cirrhose reculerait de 5 % à court terme et peut-être de 10 % à plus long terme. Dans les pays industrialisés, la réduction du nombre d'accidents de la route mortels est imputable, d'après les estimations, pour 10 % environ au retrait d'office du permis de conduire en cas de conduite en état d'ivresse, et pour 5 % environ à la double imposition d'un âge minimum légal pour la consommation d'alcool et d'amendes assez importantes (équivalant à un ou deux mois de salaire) en cas d'infraction. Les peines de prison fermes n'ont qu'une efficacité limitée contre la conduite en état d'ivresse. L'impact des campagnes d'information sur les effets de l'alcool n'a pas été quantifié, mais il est établi que, dans les pays où la consommation d'alcool est autorisée mais où la publicité pour l'alcool est interdite, la consommation par habitant est inférieure de 30 % à celle des autres pays, et le nombre d'accidents de la route mortels est inférieur de 10 %. Un programme de désintoxication mené avec succès dans le sud de l'Inde montre bien que les efforts déployés au niveau de la communauté sont généralement plus efficaces que les interventions médicales pour aider les individus à surmonter l'accoutumance à l'alcool, notamment parce qu'ils ont besoin d'un encouragement constant que la communauté est mieux à même de leur apporter que les services de santé.

Face à l'abus des drogues, l'interdiction est une attitude courante. Aux États-Unis, cette approche s'est révélée inefficace dans la lutte contre l'alcool au début du siècle (époque de la « prohibition »). Il ne semble pas que l'utilisation qui en est faite aujourd'hui dans la lutte contre d'autres drogues enregistre, dans le meilleur des cas, autre chose que des succès limités. Dans d'autres pays, comme la Malaisie et Singapour, l'interdiction des drogues jointe à l'application systématique de la peine de mort pour trafic de stupéfiants semble avoir donné de meilleurs résultats. Les succès qui ont été obtenus dans la lutte contre l'usage d'alcool et de tabac — par l'application de restrictions à la publicité et à la consommation, le prélèvement de taxes élevées, la réinsertion sociale des toxico-dépendants et l'éducation du public montrent qu'on pourrait peut-être en obtenir aussi dans la lutte contre d'autres drogues. En ce qui concerne l'alcool et le tabac, les succès remportés devraient inciter à assurer l'application systématique de ces mesures.

Influence de l'environnement sur la santé

Le cadre de vie influe énormément sur la santé. Dans les familles pauvres et les régions pauvres, c'est l'environnement domestique qui présente les plus grands risques pour la santé. Par l'information de santé, par la lutte contre la pauvreté et en facilitant et encourageant l'action du secteur privé, les gouvernements peuvent mettre en oeuvre de puissants moyens d'améliorer cet environnement. Les gains de santé à

attendre de ces efforts totalisent près de 80 millions d'AVCI par an dans les pays en développement. D'autres actions, conçues pour apporter des améliorations ou pour remédier à l'insécurité des conditions de travail, se traduiraient par une économie qui serait, respectivement, de 36 et de 8 millions d'AVCI par an. Enfin, il serait possible de réduire de 6 millions d'AVCI le tribut annuel payé à la route.

L'environnement domestique

L'environnement domestique des ménages pauvres comporte en général d'importants risques pour la santé, risques liés à l'insuffisance de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau (souvent aggravés par le manque d'hygiène), aux mauvaises conditions d'évacuations des ordures et des eaux usées, à la forte pollution de l'air à l'intérieur des habitations, et à la promiscuité. Les maladies associées à cette qualité de vie surviennent principalement dans les pays en développement, où elles entrent pour près de 30 % dans la charge totale de morbidité (Tableau 4.5). Des améliorations réalisables et peu coûteuses permettraient d'éviter près du quart de cette charge, principalement grâce à la réduction de l'incidence des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires.

APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT. Dans le monde en développement, 1,3 milliard de personnes environ ne disposent pas d'eau propre en quantité suffisante, et près de 2 milliards n'ont pas de moyens appropriés pour l'évacuation des excréta (Figure 4.6). Les matières fécales laissées à proximité des habitations, l'eau de boisson contaminée (parfois à cause de la conception ou de l'entretien défectueux des réseaux d'assainissement), le poisson pêché dans des eaux littorales polluées et l'utilisation d'excréments comme engrais constituent autant de risques pour la santé. La quantité et la qualité de l'eau disponible sont tout aussi importantes l'une que l'autre. Pour limiter la transmission des maladies, il est essentiel de se laver les mains après défécation et avant de préparer les repas. Mais quand l'eau n'est pas disponible en quantité suffisante dans la maison ou à proximité, l'hygiène devient difficile, voire impossible. Le manque d'eau et d'hygiène est la raison principale qui fait que les maladies transmises par les matières fécales sont si fréquentes dans les pays en développement. Les plus importantes d'entre elles, la diarrhée et les parasitoses intestinales, représentent une charge annuelle de 117 millions d'AVCI, soit 10 % de la charge de morbidité totale dans les pays en développement. En outre, l'insuffisance de l'approvisionnement en eau accroît le risque de schistosomiase, d'infections dermatologiques et oculaires et de dracunculose (Encadré 4.4).

POLLUTION DE L'AIR À L'INTERIEUR DES HABITATIONS. Le *Rapport sur le développement dans le monde 1992* indique

Tableau 4.5 Estimation de la charge de morbidité en milieu familial pauvre dans les pays en transition démographique, 1990, et réduction possible par l'amélioration des services domestiques

<i>Maladies liées principalement à l'insalubrité de l'environnement domestique^a</i>	<i>Facteurs environnementaux</i>	<i>Poids de ces maladies dans les pays en développement (millions d'AVCI par an)</i>	<i>Effet des interventions connues (réduction en pourcentage)^b</i>	<i>Morbidité évitée grâce aux interventions connues (millions d'AVCI par an)</i>	<i>Morbidité évitée pour 1.000 habitants (nombre d'AVCI par an)</i>
Tuberculose	Surpeuplement	46	10	5	1,2
Diarrhée ^c	Assainissement, eau, hygiène	99	40	40	9,7
Trachome	Eau, hygiène	3	30	1	0,3
Maladies tropicales ^d	Assainissement, évacuation des ordures, gîtes de ponte d'insectes vecteurs autour des maisons	8	30	2	0,5
Parasitoses intestinales	Assainissement, eau, hygiène	18	40	7	1,7
Infections respiratoires	Pollution de l'air domestique, surpeuplement	119	15	18	4,4
Infections chroniques des voies respiratoires	Pollution de l'air domestique	41	15	6	1,5
Cancers du système respiratoire	Pollution de l'air domestique	4	10 ^e	*	0,1
Total		338	—	79	19,4

* Moins de 1.

Note : Les pays en transition démographique sont ceux des régions démographiques ci-après : Afrique subsaharienne, Inde, Chine, Autres pays et îles d'Asie, Amérique latine et Caraïbes, et Croissant moyen-oriental.

a. Les maladies citées sont celles dont le lien avec l'environnement domestique est établi avec certitude et qui sont mentionnées dans l'Annexe B. En sont exclues, par exemple, la violence liée à l'entassement (faute de preuve) et la dracunculose favorisée par l'insuffisance de l'approvisionnement en eau (pas dans l'Annexe B).

b. Ces chiffres sont des estimations basées sur le produit de l'efficacité des interventions et de la proportion de la charge de morbidité globale représentée par la population exposée. On suppose la mise en oeuvre d'un ensemble d'interventions, visant à améliorer l'assainissement, l'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'évacuation des ordures, et à réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et le surpeuplement, du type de ce qui se fait dans les communautés pauvres de pays en développement.

c. Y compris la diarrhée, la dysenterie, le choléra et la typhoïde.

d. La schistosomiase, la trypanosomiase d'Amérique du Sud et la filariose de Bancroft sont les maladies tropicales qui dépendent le plus de l'environnement domestique.

e. Chiffre obtenu à partir de données très insuffisantes sur l'efficacité des interventions.

Source : Tableaux B.2 et B.3 de l'Annexe et calculs des auteurs.

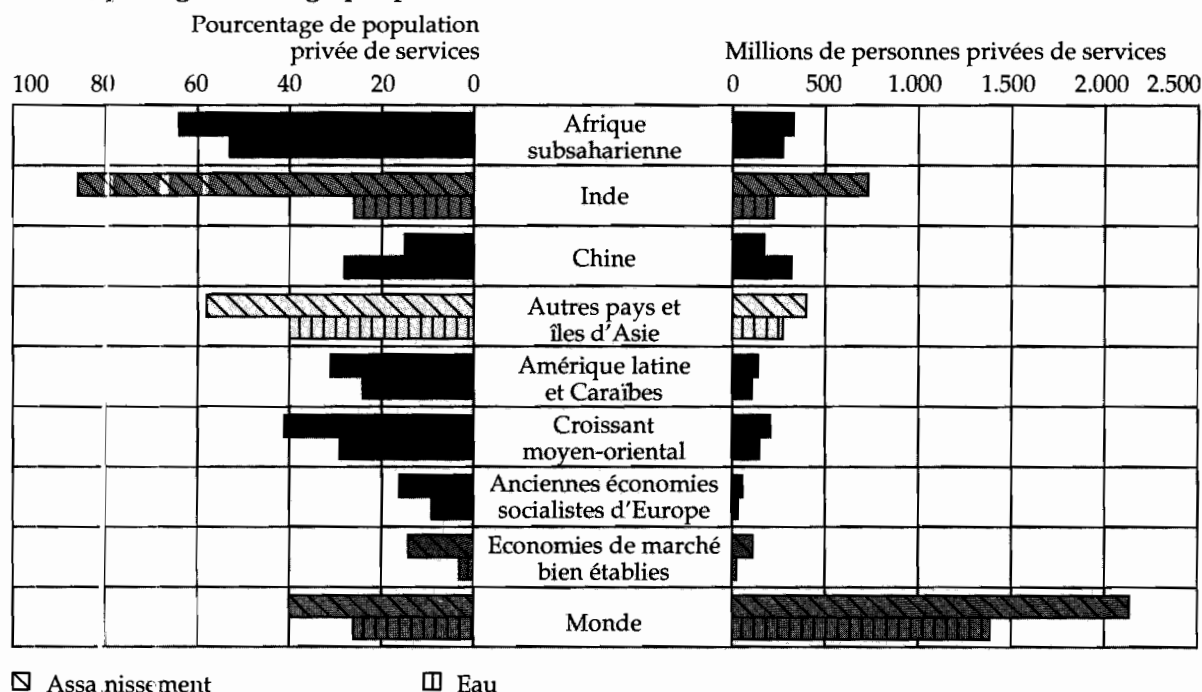
que la pollution de l'air domestique est l'un des quatre principaux problèmes écologiques mondiaux : il y a sans doute plus de personnes exposées à des polluants atmosphériques importants à l'intérieur des habitations qu'à l'extérieur. Si, dans des villes comme Delhi (Inde) et Xian (Chine), l'air contient en moyenne 500 microgrammes de particules totales en suspension par mètre cube et par jour, l'air dans les maisons enfumées du Népal ou de la Papouasie-Nouvelle-Guinée en contient 10.000 ou davantage. La population rurale des pays en développement peut représenter jusqu'aux deux tiers de l'exposition aux particules dans le monde. Les femmes et les jeunes enfants y sont le plus exposés.

La pollution de l'air domestique favorise les infections aiguës des voies respiratoires chez les jeunes enfants, les maladies pulmonaires chroniques et le cancer chez les adultes, et elle peut compromettre l'issue de la grossesse (venue au monde d'enfants mort-nés, par exemple) chez les femmes enceintes qui y sont exposées. Les infections aiguës des voies respiratoires, principalement la pneumonie, sont la principale cause de mortalité infantile d'enfants en bas âge,

entraînant la perte de 119 millions d'AVCI par an, soit 10 % de la charge de morbidité totale dans les pays en développement. Des données concernant l'Afrique du Sud, les Etats-Unis, la Gambie, le Népal et le Zimbabwe donnent à penser qu'en réduisant fortement la pollution de l'air domestique, on pourrait arriver à réduire de moitié l'incidence de la pneumonie chez les enfants.

Cette pollution peut être cause d'atteintes chroniques des voies respiratoires chez les adultes. D'après des études réalisées en Chine, en Inde, au Népal et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, jusqu'à la moitié des femmes adultes (dont peu ont l'habitude de fumer) souffrent, à des degrés divers, d'affections chroniques des poumons et du cœur. En Chine, les femmes qui ne fument pas mais qui sont exposées, dans leur environnement domestique, à la fumée de charbon (particulièrement nocive) courent le même risque de cancer du poumon que les hommes qui fument un peu. L'amélioration globale de la qualité de l'air à l'intérieur des habitations dans les pays en développement permettrait d'éviter la perte annuelle de 24 millions d'AVCI, en réduisant de 15 % la charge

Figure 4.6 Population privée de services d'assainissement ou d'approvisionnement en eau, par région démographique, 1990



▨ Assainissement

■ Eau

Note : Le taux de couverture est défini par rapport aux normes locales.
Source : L'Annuaire de l'Organisation mondiale de la santé.

d'infections aiguës et chroniques des voies respiratoires, et de 10 % celle des cancers des voies respiratoires (Tableau 4.5).

HABITAT. Dans de nombreuses villes, 30 à 60 % des habitants vivent dans des taudis délabrés et surpeuplés. Le surpeuplement favorise la transmission des maladies véhiculées par l'air ainsi que la violence, et le délabrement des bâtiments accentue l'exposition à la chaleur, au froid, au bruit, à la poussière, à la pluie, aux insectes et aux rongeurs, d'autant qu'ils sont souvent construits dans des lieux insalubres, notamment en raison de la mauvaise évacuation des eaux usées.

MESURES DE NATURE À AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT DOMESTIQUE. Les plus puissantes forces de réduction des risques de santé liés à l'environnement domestique sont une augmentation des revenus des ménages et une amélioration du niveau d'instruction de leurs membres. Une augmentation de leurs revenus donne aux gens la possibilité d'apporter à leur logement les améliorations — notamment d'approvisionnement en eau et d'assainissement — qu'ils désirent. Avec l'instruction, l'hygiène des gens s'améliore et ils

deviennent plus sensibles aux messages des campagnes d'information. Pour appuyer les efforts des ménages, les gouvernements ont un important rôle à jouer dans la fixation et l'imposition de normes environnementales appropriées ainsi que dans la diffusion d'informations sur, par exemple, les bienfaits d'une bonne hygiène pour la santé et les coûts de l'exposition (surtout des bébés) à la fumée. Les gouvernements devraient aussi s'employer à renforcer la sécurité de jouissance foncière (indispensable pour encourager les ménages à investir dans leur logement) et à mettre en place un cadre juridique, réglementaire et administratif de nature à faciliter une prestation appropriée, responsable et efficace, souvent par des prestataires privés, de services que les gens veulent et pour lesquels ils sont disposés à payer. Et ils devraient s'abstenir de fournir des services directement et d'accorder, sans discrimination, des subventions générales. Celles-ci vont souvent en effet à des consommateurs relativement riches, à des améliorations que les ménages feraient de toute façon, ou à des types de consommation qui sont préjudiciables à la santé. (Par exemple, subventionner le prix du charbon utilisé dans la préparation des

Encadré 4.4 Après l'éradication de la variole, celle de la dracunculose

L'infestation par le ver de Guinée, ou dracunculose (« infestation par un petit dragon »), était endémique depuis l'antiquité dans une vaste zone s'étendant de l'Afrique de l'Ouest au Moyen-Orient, jusqu'à l'Inde et à l'Asie centrale. Cette maladie a été vaincue dans les républiques d'Asie centrale et en Iran, où le dernier cas a été diagnostiqué dans les années 70, et elle a disparu spontanément de la plupart des pays du Moyen-Orient et de certains pays d'Afrique, comme la Gambie et la Guinée. Actuellement, on en compte probablement moins de 1 million de cas dans le monde entier.

Ce n'est pas une maladie mortelle, mais elle est cause de souffrances et d'incapacité pendant plusieurs semaines, quand le ver femelle, long de 60 centimètres, perce la peau et sort par une vésicule, généralement sur les jambes. Dans certains cas, l'incapacité est permanente. La sortie du ver se fait habituellement au début de la saison des pluies, époque où ceux qui en sont victimes seraient occupés, normalement, à planter et à sarcler. Les enfants dont les parents sont atteints de cette maladie risquent davantage la malnutrition durant l'année suivante.

Comme on ne peut attraper la dracunculose qu'en buvant de l'eau contaminée, l'amélioration de l'approvisionnement en eau représente une importante mesure prophylactique. Une éducation sanitaire est également indispensable. Il faut persuader les villageois de ne pas

marcher dans de l'eau susceptible d'être bu s'ils ont des vésicules de ver de Guinée sur les jambes et de filtrer leur eau de boisson avec un simple morceau d'étoffe s'ils ne disposent pas d'eau salubre.

La communauté internationale s'est fixé comme objectif l'éradication de la dracunculose d'ici la fin de 1995. Le Pakistan a peut-être atteint cet objectif dès 1992, et le Cameroun, l'Inde et le Sénégal pourraient en faire autant en 1993. Entre 1987 et 1992, le nombre de cas signalés par année a diminué, tombant de 653.000 à 201.000 au Nigéria, de 180.000 à 33.000 au Ghana et de 17.000 à 900 en Inde. En général, ces progrès ont été accomplis grâce à des programmes « verticaux », c'est-à-dire des programmes spécialement axés sur la dracunculose. Toutefois, l'éradication de la maladie dans les pays pauvres d'Afrique de l'Ouest, où la population est clairsemée et où elle sévit de façon endémique, nécessitera la mise en œuvre de programmes intégrés dans lesquels les ressources allouées à la lutte contre la dracunculose devront être partagées avec d'autres activités, comme la vaccination. L'une des retombées des programmes d'éradication de la dracunculose sera la mise en place de systèmes de surveillance à base communautaire, qui pourront être utilisés par les communautés pour surveiller et améliorer leur propre santé et par les agents de santé publique pour combattre d'autres maladies, comme la polio.

aliments a pour effet de provoquer une pollution de l'air des habitations plus forte que ce ne serait le cas avec des combustibles liquides ou gazeux plus propres.)

L'expérience passée dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement montre les limites de la fourniture directe de services domestiques par l'Etat. Malgré les progrès accomplis dans la mise au point de techniques peu coûteuses pour améliorer l'approvisionnement en eau, l'assainissement, l'évacuation des eaux usées et le logement, la fourniture et l'entretien des services, en particulier par les pouvoirs publics, ont donné des résultats décevants. A la fin de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (les années 80), la plupart des habitants des régions pauvres du monde étaient encore privés de réseaux d'assainissement, et le nombre d'habitants des villes qui n'étaient pas approvisionnées en eau n'avait pas diminué.

Les insuffisances de l'offre sont dues en grande partie à l'inefficacité et à la rigidité de monopoles publics qui, dans le secteur de l'eau, fournissent le plus souvent des services subventionnés à un prix représentant entre le tiers et les deux tiers de leur coût économique total. Les gouvernements ont investi massivement dans les organismes publics ou semi-publics responsables de la fourniture de services aux ménages et de l'entretien des équipements, souvent

avec le soutien de la communauté internationale des donateurs et de la Banque mondiale. Ces opérations se sont soldées, dans bien des cas, par l'apparition d'organismes publics hypertrophiés, peu soucieux de rendre des comptes à leurs clients et peu enclins à améliorer leurs résultats, fournissant des services subventionnés à une classe moyenne de mieux en mieux desservie, alors que les pauvres le sont mal, ou pas du tout, dans un environnement propice au clientélisme.

Les pauvres sont généralement lésés aussi bien sur le plan des services que sur celui des subventions. Ils supportent le substantiel lot d'atteintes à la santé mentionnées dans le Tableau 4.5 et paient au prix fort des services inadéquats. A Lima, par exemple, la population pauvre paie jusqu'à 3 dollars le mètre cube l'eau contaminée achetée dans des seaux à un vendeur, alors que la classe moyenne dispose à domicile d'eau courante traitée, fournie par une société subventionnée par l'Etat, au prix de 30 centimes le mètre cube.

Des subventions générales ne sont pas nécessaires pour assurer l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement. Dans la plupart des agglomérations urbaines, les ménages sont disposés à supporter intégralement le coût de l'eau et, souvent aussi, celui des services d'assainissement. Dans les régions rurales, la population accepte aussi volontiers de payer pour

l'eau, mais les gens n'ont généralement pas les moyens de subvenir au coût élevé de l'alimentation en eau. Des subventions peuvent être justifiées dans de telles circonstances. Mais elles devraient alors être dictées principalement par un souci de redistribution — on peut choisir de fournir aux pauvres de l'eau et d'autres services à bas prix parmi les différents moyens qui peuvent s'offrir pour améliorer leurs conditions de vie. Les avantages que cela peut avoir pour la santé ne sont généralement pas une raison suffisante pour subventionner intégralement la distribution d'eau et l'assainissement (Encadré 4.5).

Un important problème de politique générale à propos duquel il existe apparemment des tensions entre les objectifs de santé et l'approche par la demande préconisée ici et dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1992* concerne l'échelonnement et le groupement des investissements en eau et en assainissement. Etant donné la physionomie des choix des ménages, une approche par la demande signifiera habituellement que la fourniture de services d'alimentation en eau précédera celle de services d'assainissement. On fait souvent valoir que pareille

démarche générerait très peu d'avantages pour la santé parce qu'une augmentation rapide de la consommation d'eau des ménages risque de dépasser la capacité d'évacuation des eaux usées et parce qu'il n'y a maximisation des avantages pour la santé que lorsque les ménages utilisent à la fois une eau meilleure et de meilleurs services d'assainissement. Ce sont là des arguments qui se tiennent, mais ce que l'on peut observer, à propos de beaucoup de pays, donne à penser que l'approche par la demande demeure la démarche appropriée dans la plupart des situations, et notamment là où les revenus sont faibles. Tout d'abord, là où une augmentation rapide de la consommation d'eau risque de causer des problèmes en l'absence de services d'assainissement — comme en milieu urbain — la demande d'amélioration de l'assainissement a invariablement et automatiquement suivi la satisfaction de la demande de services d'alimentation en eau. Ensuite, là où l'approche par la demande n'a pas été suivie, la qualité des services a presque toujours été caractérisée par leur inefficacité et l'absence de responsabilités pour la fourniture de services d'alimentation en eau et de collecte

Encadré 4.5 Coûts et avantages des investissements d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Les gens veulent une eau salubre et de bons services d'assainissement et ils sont tout à fait disposés à payer pour cela, en particulier pour disposer d'eau en abondance, à domicile ou à proximité. L'amélioration de l'approvisionnement en eau contribue à l'accroissement de la productivité, principalement parce qu'on économise ainsi le combustible — qui serait utilisé à faire bouillir de l'eau polluée et, surtout, par l'économie de temps et d'énergie réalisée par les femmes qui, sans cela, doivent aller s'approvisionner à des points d'eau éloignés. L'installation de bornes-fontaines publiques a entraîné une diminution du temps médian que, pendant la saison sèche, chaque ménage consacre à la collecte de l'eau, qui a été ramené de 6 heures à 45 minutes par jour dans l'Etat d'Imo, au Nigéria. Au Lesotho, pays qui n'est pas particulièrement sec, le gain de temps justifie à lui seul des investissements d'approvisionnement en eau en milieu rural. Quant à l'amélioration de l'assainissement, elle est très appréciée parce qu'elle rend la vie plus agréable et contribue à la salubrité de l'environnement.

Le coût des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement varie selon la technologie employée, la densité de la population, l'environnement hydrologique et géologique et le type d'installation dont il s'agit. Pour l'approvisionnement en eau, cela peut aller de la pompe manuelle, qui peut fournir à 250 personnes 20 litres d'eau par jour et par personne, aux branchements à domicile avec plusieurs robinets, fournissant plusieurs centaines de litres d'eau traitée par personne et par jour. Pour l'assainissement, cela peut aller de la simple latrine à fosse aux toilettes avec chasse-d'eau reliées à un réseau

d'égouts avec traitement des eaux-vannes en aval, avant leur rejet. Le coût des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement peut aller de 15 dollars par personne et par an pour un réseau rural simple à 200 dollars pour un réseau urbain complet. Le type d'installation propre aux pays développés n'est pas à la portée des ménages pauvres mais, du strict point de vue sanitaire, cela n'est pas indispensable. L'élimination totale des bactéries fécales exige une chloration coûteuse, mais de faibles concentrations présentent peu de risques pour la santé et devraient être tolérées.

Si les ménages supportent intégralement le coût des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en raison des avantages qu'ils procurent sur le plan de la productivité et du confort, l'amélioration considérable de la santé qui en résulte vient alors en prime, pour un coût par AVCI gagnée qui est nul. Quand la disposition à payer est largement inférieure au coût, c'est habituellement une erreur de justifier l'attribution de subventions au nombre des seules subventions que peut en retirer la santé. Tout d'abord, ces subventions vont à contre-courant de l'approche par la demande dans la fourniture des services (c'est-à-dire de services dont les gens ont besoin et pour lesquels ils sont disposés à payer); irresponsabilité et inefficacité en sont les conséquences inévitables. Ensuite, s'il est envisagé de faire des investissements publics dans ces services pour des raisons de santé, il convient de noter que ces investissements coûtent généralement davantage par AVCI gagnée que d'autres interventions de santé recommandées dans le présent Rapport.

des eaux usées. Par conséquent, ce n'est que dans de rares circonstances qu'il faudrait renoncer à une approche par la demande.

Les ménages sont moins disposés à supporter le coût de l'aménagement d'égouts collecteurs et du traitement des eaux-vannes et des eaux usées. Parce que ces investissements profitent à l'ensemble de la communauté et sont importants pour la qualité et la salubrité de l'environnement, il peut y avoir là de solides raisons de les financer au moyen de fonds publics. Quelques autres situations peuvent justifier l'intervention directe de l'Etat ou l'octroi de subventions publiques. Les ménages ont tendance à sous-estimer l'importance des investissements dans des activités comme la lutte contre la pollution à grande échelle, la lutte antivectorielle avec traitement des habitations (Encadré 4.6), ainsi que la recherche et le développement; des subventions publiques ou d'autres interventions de l'Etat peuvent alors être justifiées. Etant donné l'imbrication des avantages pour l'environnement et des avantages pour la santé, il faudra souvent faire preuve de discernement dans l'emploi des fonds publics.

De profonds changements institutionnels et culturels sont nécessaires pour créer un système efficace d'affectation d'insuffisantes ressources publiques et privées à l'amélioration de l'environnement domestique. De nombreux pays en développement ont reçu en héritage — et c'est un héritage qu'ils ont cultivé — les pires défauts des anciennes puissances coloniales, à savoir l'inertie du secteur public et le manque de mobilité professionnelle. Il est cependant encourageant de constater que le rôle du secteur privé s'accroît rapidement, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. La SODECI, société privée assurant l'approvisionnement en eau d'Abidjan, est considérée comme l'une des sociétés de distribution d'eau les mieux gérées d'Afrique. EMOS, la société qui dessert Santiago, a sous-traité au secteur privé des activités comme le relevé des compteurs, l'entretien des canalisations, la facturation et la location de véhicules, et c'est l'un des services publics de distribution les plus efficaces d'Amérique latine. Les organisations communautaires et les ONG peuvent également jouer un rôle important, en particulier dans l'amélioration de l'évacuation des eaux usées et

Encadré 4.6 Lutte antivectorielle en milieu naturel et en habitation

Les maladies transmises par des insectes représentent annuellement, au niveau mondial, 44 millions d'AVCI perdues (dont 35 millions en Afrique subsaharienne), ce qui équivaut à 3 % du poids mondial de la maladie (dont 12 % en Afrique subsaharienne). L'épandage d'insecticides à grande échelle est pratiqué pour lutter contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (Encadré 1.1) et contre la maladie de Chagas en Amérique du Sud, mais ce n'est plus le principal aspect de la lutte antivectorielle. L'accent est mis maintenant sur toute une série d'actions biologiques, physiques et comportementales bien ciblées, complétées, en cas de besoin, par l'application d'insecticides. En voici deux exemples.

Les moustiquaires imprégnées

Des moustiquaires imprégnées de pyrèthrine (peu toxique pour les mammifères) constituent un piège mortel pour les moustiques, attirés par le gaz carbonique et l'odeur corporelle des occupants. Dans la province de Sichuan, en Chine, jusqu'à 2,25 millions de moustiquaires ont été traitées annuellement depuis 1987 et la quasi-totalité des ménages en possèdent déjà. Le coût de ces moustiquaires est bien inférieur à ce que coûterait le traitement des habitations au DDT. Dans le comté d'Emei, le nombre de cas de paludisme était resté stable entre 1980 et 1986 (de l'ordre de 4.000) mais, depuis le début du traitement des moustiquaires, il a progressivement diminué pour tomber à 352 en 1991. En Gambie, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, conjuguée à la chimioprophylaxie dispensée dans le cadre des soins de santé primaires, a permis de réduire de 63 % la mortalité infantile totale.

L'utilisation de billes de polystyrène

L'utilisation de billes de polystyrène dans les latrines à fosse s'est avérée utile pour limiter la reproduction des culex et la transmission de la filariose. Les billes forment en effet une couche en suspension qui empêche la ponte des oeufs et suffoque les larves qui arrivent à éclore. A Zanzibar (Tanzanie), dans la ville de Makunduchi (12.000 habitants), l'application de billes de polystyrène associée à une chimiothérapie de masse a permis, entre janvier 1988 et juin 1989, la disparition à peu près totale de piqures de moustiques et la proportion de personnes atteintes de filariose est tombée de 50 à 10 %. En janvier 1993, la proportion de personnes infestées avait encore diminué, pour tomber à 3 %. Les couches de billes de polystyrène sont restées intactes pendant plusieurs années et leur efficacité n'a été compromise que lors d'inondations exceptionnelles.

Dans la ville de Zanzibar, les chercheurs sont en train d'étudier s'il vaut mieux mettre gratuitement des billes de polystyrène à la disposition de tous les ménages, pour qu'ils les appliquent eux-mêmes dans leurs latrines, ou charger des équipes qualifiées de détecter et traiter les latrines où un traitement est nécessaire. A Dar es-Salaam, on utilise les billes de polystyrène pour lutter contre la nuisance des culex, afin de faciliter l'acceptation par le public du traitement des habitations contre les anophèles, vecteurs du paludisme. L'efficacité de la lutte contre le culex est attestée par la diminution des ventes de serpentins antimoustiques dans les magasins. A Madras (Inde), on emploie des billes de polystyrène dans les citernes pour lutter contre les vecteurs locaux du paludisme et de la dengue.

de l'assainissement. Dans des villes comme Karachi et São Paulo, l'action de groupements communautaires a permis d'accélérer considérablement la fourniture de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement peu coûteux aux ménages pauvres; ces groupements ont aussi participé à l'entretien et à la gestion des services locaux.

L'environnement professionnel

De nombreuses femmes travaillent à domicile et, de ce fait, sont beaucoup plus exposées que les autres aux risques liés à l'environnement domestique qui viennent d'être décrits. La plupart des hommes et des femmes peuvent aussi être exposés à d'autres facteurs de risque sur leurs lieux de travail en dehors de la maison. Les accidents et les décès évitables survenant dans des branches d'activité à haut risque et les maladies chroniques dues à l'exposition à des substances chimiques toxiques, au bruit, au stress et à des conditions de travail déshumanisantes représentent annuellement 36 millions d'AVCI, soit 3 % de la charge de morbidité globale (Tableau 4.6).

D'après les estimations du Bureau international du travail, le coût des accidents professionnels et des pertes de production qui en résultent représente entre 1 et 4 % du PNB dans certains pays développés. Dans les pays en développement, la proportion est sans doute plus élevée. La proportion d'accidents du travail mortels dans le secteur du bâtiment, par exemple, est plus de dix fois plus élevée au Kenya et en Thaïlande qu'en Finlande. L'agriculture, qui emploie

plus de la moitié de la population adulte dans la plupart des pays en développement, est l'une des activités professionnelles les plus dangereuses. Outre les blessures, les travailleurs agricoles sont exposés à des animaux vecteurs de maladies et à des produits chimiques toxiques. Les risques sont élevés aussi pour la santé dans d'autres secteurs. Les mineurs, les ouvriers du bâtiment, les travailleurs migrants et la main-d'œuvre enfantine souffrent d'une surmorbidity liée à leur activité. Dans les petites entreprises, les normes de sécurité peuvent être particulièrement faibles; pourtant, ce type de risques est souvent sous-estimé par les pouvoirs publics et les syndicats. Une enquête sur les entreprises de Samud Prakhon (Thaïlande) a montré que, dans les petits établissements employant moins de 50 personnes, les règles d'hygiène, les règles sanitaires, les dispositifs de sécurité et les mesures de protection de l'environnement étaient beaucoup moins stricts que dans les entreprises plus grandes. L'exposition au bruit y était au moins deux fois plus élevée et l'exposition aux émanations de plomb trois fois plus importante. Et les employés y souffraient de nombreux problèmes de santé d'origine professionnelle : 22 % présentaient des symptômes de saturnisme dû à l'ingestion ou à l'inhalation de plomb, 27 % des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures et 6 % souffraient de maladie pulmonaire obstructive chronique, et ceci en dépit du fait que la plupart n'avaient pas 30 ans.

Pour atténuer les risques professionnels, il faut faire l'éducation des employés et des cadres en matière de sécurité, et recourir à du matériel et à des

Tableau 4.6 Estimation de la charge de morbidité globale imputable à l'environnement, 1990, et réduction possible à l'échelle mondiale par action sur l'environnement

Type d'environnement et maladies concernées ^a	Poids de ces maladies (millions d'AVCI par an)	Effet des interventions connues ^b (réduction en pourcentage)	Morbidité évitée grâce aux interventions connues (millions d'AVCI par an)	Morbidité évitée pour 1.000 habitants (nombre d'AVCI par an)
Professionnel	318	—	36	7,1
Cancers	79	5	4	0,8
Troubles neuropsychiatriques	93	5	5	0,9
Infections respiratoires chroniques	47	5	2	0,5
Atteintes musculaires et osseuses	18	50	9	1,8
Blessures accidentelles	81 ^c	20	16	3,1
Air urbain	170	—	8	1,7
Infections respiratoires	123	5	6	1,2
Infections respiratoires chroniques	47	5	2	0,5
Transport routiers (accidents de la circulation)	32	20	6	1,2
Total	473 ^d	—	50	10,0

a. Ces maladies sont celles dont le lien avec les facteurs environnementaux cités est établi avec certitude et qui sont mentionnées à l'Annexe B.

b. Ces chiffres sont des estimations basées sur le produit de l'efficacité des interventions et de la proportion de la charge de morbidité globale représentée par la population exposée. Ces estimations sont purement spéculatives et supposent des interventions connues possibles et en rapport avec la situation que l'on trouve dans des pays en développement.

c. Ce chiffre correspond à la différence entre le total des blessures accidentelles (113 millions d'AVCI) et des blessures dues à des accidents de la route (32 millions d'AVCI).

d. Ajusté pour comptages doubles.

Source : Tableaux B.2 et B.3 de l'Annexe et calculs des auteurs.

techniques appropriées ainsi qu'à de bonnes méthodes de gestion. Les pouvoirs publics peuvent encourager ces initiatives au moyen de lois et de règlements, par des incitations financières, en investissant dans l'éducation et par des activités de recherche-développement. Quand elles sont fortes, les organisations syndicales peuvent jouer un rôle important dans l'identification et la réduction des risques professionnels. La conclusion d'accords tripartites entre les travailleurs, les employeurs et l'Etat peut conduire à des progrès rapides.

Le milieu ambiant

La radioactivité et la pollution de l'air et de l'eau constituent d'autres risques pour la santé. Comme la propreté de l'air et de l'eau n'obéissent pas aux lois du marché, l'intervention de l'Etat dans ce domaine est souvent justifiée.

LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE. L'air de beaucoup de villes est pollué par les émissions des industries, des centrales électriques et des véhicules automobiles, et par l'utilisation du charbon à des fins domestiques. Dans le monde entier, 1,3 milliard de citoyens environ sont exposés à des niveaux de pollution atmosphérique supérieurs aux limites recommandées. Dans les pays à économie de marché bien établie, la qualité de l'air s'est généralement améliorée au cours des deux dernières décennies. Mais, dans de nombreux pays en développement et dans les anciens pays socialistes, elle s'est détériorée en raison de l'accroissement de l'activité industrielle et de la production d'électricité, et aussi à cause de l'encombrement des rues par des véhicules mal entretenus, qui consomment du carburant au plomb.

La pollution de l'air porte atteinte de diverses façons à l'appareil respiratoire et cardiorespiratoire de l'être humain. Les personnes âgées, les enfants, les fumeurs et ceux qui souffrent de troubles respiratoires chroniques sont les plus vulnérables. A supposer que la réduction possible de la pollution atmosphérique dans les villes permette d'abaisser de 5 % l'incidence des maladies respiratoires infectieuses et chroniques, on pourrait éviter chaque année la perte de 8 millions d'AVCI, ce qui équivaut à 0,6 % de la charge de morbidité globale (Tableau 4.6). L'impact local et l'impact sur les groupes particulièrement vulnérables pourraient être beaucoup plus importants (Encadré 4.7).

Le plomb a de nombreux effets sur l'organisme, en particulier sur le cerveau et le système nerveux des jeunes enfants. L'air pollué des villes a une forte teneur en plomb provenant essentiellement des gaz d'échappement des véhicules qui consomment de l'essence au plomb. Il est établi qu'une forte exposition au plomb entraîne un ralentissement du développement neuropsychologique de l'enfant, attesté par la baisse du quotient intellectuel, des difficultés scolaires et des troubles du comportement.

POLLUTION DE L'EAU. Les nouveaux pays industriels, comme de nombreux pays développés, ont pollué ou sont en train de polluer leurs rivières, lacs et eaux littorales par divers déchets chimiques et biologiques d'origine industrielle et ménagère. Le rejet d'effluents industriels et domestiques non traités dans les cours d'eau ou dans la mer est une pratique courante, mais dangereuse. Il peut être justifié d'investir dans l'application de mesures de prévention en raison des graves conséquences que cela peut avoir pour la santé des populations locales (Encadré 4.8), et parce qu'en réduisant le nombre de sources exploitables à des fins domestiques, une pollution généralisée de l'eau exclurait des solutions qui seraient les plus rentables pour répondre à la demande des particuliers.

RADIOACTIVITE. Les individus sont exposés à une radioactivité naturelle diffuse et aux émissions de rayons utilisés à des fins de diagnostic médical ou dentaire. Le rayonnement additionnel émis par les centrales nucléaires ou d'autres installations est minime (cela équivaut à peu près au millième de la dose ambiante pour les personnes vivant dans un rayon de 50 kilomètres d'une centrale nucléaire). Il est établi aujourd'hui que les effets de ce rayonnement sur la santé de la population sont extrêmement faibles, voire nuls. Par contre, les accidents et les risques auxquels sont exposés ceux qui travaillent dans les industries nucléaires et les mineurs qui extraient des minerais radioactifs sont une autre affaire. Les conséquences de l'accident de Tchernobyl (Ukraine), en 1986, ne sont pas encore pleinement documentées, mais il y a tout lieu de penser qu'elles sont très considérables. (Le risque de voir se produire de tels accidents est particulièrement grand dans les anciennes économies socialistes parce qu'il y a, dans cette région, un grand nombre d'installations nucléaires d'une conception défectueuse.) Les normes et les mesures de protection contre les accidents et les risques professionnels ont été considérablement renforcées, mais il peut subsister des risques; des recherches et une vigilance constantes sont donc indispensables. Les liens supposés entre certains cancers et l'exposition au radon dans les habitations et aux champs électromagnétiques créés par les câbles à haute tension sont analysés actuellement dans plusieurs pays industriels.

MENACES PLANETAIRES. L'appauvrissement de la couche d'ozone atmosphérique et le réchauffement de la planète constituent, pour la santé, des menaces potentielles dont on ne connaît pas l'ampleur. Des accords internationaux limitent ou limiteront les émissions de chlore pouvant nuire à la couche d'ozone et les émissions de gaz à effet de serre qui contribuent au réchauffement de la planète. Les sociétés qui souffriront le moins de ces changements planétaires sont celles qui sont à la fois plus riches (et peuvent de ce fait y parer en investissant dans des

Encadré 4.7 Pollution atmosphérique et santé en Europe centrale

Contrairement à ce qui était attendu, la propriété d'Etat et l'économie planifiée n'ont permis, dans les anciens pays socialistes, ni de réduire la pollution, ni d'améliorer la santé des populations. Les pays de la région sont confrontés à de sérieuses menaces pour la santé du fait de l'environnement, dont la plus grave est la concentration de particules et de gaz dans l'air, de plomb dans l'air et le sol, et de nitrates et de métaux dans l'eau. Depuis le début des années 60, un écart important s'est creusé entre la situation sanitaire de ces pays et celle des pays d'Europe occidentale. L'espérance de vie y est inférieure de cinq ans environ et les taux de mortalité parmi les hommes d'un certain âge sont à peu près le double. Les chercheurs et le public se sont beaucoup interrogés, en Europe centrale, sur ce qui, dans cet écart, était imputable à la pollution.

La pollution de l'air est le facteur écologique qui a eu le plus d'effet sur la santé dans la région. Des nombreux foyers de pollution atmosphérique que compte la région, la zone la plus touchée est celle que l'on appelle le « Triangle noir », qui englobe le nord de la Bohême et de la Moravie, la Silésie et la Saxe. Cette zone a une population d'environ 6,5 millions d'habitants. En août 1991, les trois gouvernements concernés — ceux de l'Allemagne, de la Pologne et de la République tchèque — et la Commission des communautés européennes ont créé un Groupe de travail de bon voisinage pour les problèmes d'environnement, afin de lutter contre les très fortes concentrations de polluants atmosphériques dans cette région.

En République tchèque, on a calculé l'incidence globale de la pollution atmosphérique sur la mortalité à l'aide de données sur la répartition de la population et sur la teneur de l'air ambiant en particules et en dioxyde de soufre, ainsi que sur la base du rapport entre surmortalité et pollution. Ce rapport, établi à partir d'études effectuées au Canada, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, est

de 1 % de surmortalité pour 10 microgrammes par mètre cube de particules et de dioxyde de soufre. Ces estimations tendent à montrer que la pollution de l'air peut causer jusqu'à 3 % de la mortalité totale en République tchèque et entre pour à peu près 9 % dans l'écart entre la République tchèque et l'Europe occidentale. Des résultats analogues ont été obtenus pour la Silésie, en Pologne.

L'effet de la pollution atmosphérique sur la mortalité est plus important pour certaines causes de décès dans certains groupes d'âge. D'après une étude récente, la mortalité postnéonatale due à des infections respiratoires est 2,4 fois plus élevée dans les districts les plus pollués de la République tchèque que dans les moins pollués, compte tenu de toute une série de facteurs socio-économiques. Une augmentation de 25 microgrammes de particules par mètre cube correspondait à une augmentation de 58 % de la mortalité respiratoire postnéonatale.

La pollution atmosphérique dans la République tchèque a sans doute une incidence beaucoup plus grande sur la morbidité que sur la mortalité, et elle a aussi vraisemblablement de plus lourdes conséquences économiques en raison de ce qu'elle coûte en dépenses de santé, en absentéisme scolaire et en perte de productivité. Dans les zones très polluées, les cas d'infections des voies respiratoires parmi les enfants sont peut-être deux fois plus nombreux que dans les régions non polluées. Globalement, la pollution atmosphérique peut être responsable du quart de ces maladies chez les enfants tchèques.

Il existe des foyers d'exposition au plomb dans toutes les anciennes économies socialistes. Des taux moyens de plombémie de plus de 25 microgrammes par décilitre ont été signalés chez les enfants, notamment à Píbram, en République tchèque, et à Katowice, en Pologne. Des taux aussi élevés par rapport à la normale pourraient doubler la proportion d'enfants nécessitant un enseignement de type spécial et réduire de moitié celle des surdoués (QI > 130).

stratégies appropriées) et en meilleure santé. La meilleure façon de se préparer à l'éventualité de tels phénomènes est donc de poursuivre à moyen terme, dans chaque pays, une politique économique et sanitaire appropriée.

AMELIORER LE MILIEU AMBIANT. L'amélioration de la santé n'est que l'une des diverses raisons pour lesquelles les sociétés peuvent choisir d'investir dans la salubrité de l'environnement. Les stratégies et mesures adoptées pour lutter contre la pollution atmosphérique dans une ville ou une région données dépendront des causes locales de cette pollution. Dans la plupart des villes des pays en développement, les véhicules automobiles contribuent largement à la pollution atmosphérique et doivent être visés tout particulièrement. Des villes comme Bangkok et Mexico ont déjà pris des mesures systématiques pour réduire les

émissions de gaz d'échappement et leur expérience sera certainement utile pour préparer la prochaine génération de programmes. Les incitations et les règlements visant à améliorer la qualité des carburants ainsi que le rendement et l'entretien des moteurs, et à limiter la circulation, figurent parmi les mesures qui ont donné de bons résultats. La plupart des pays industriels et un nombre croissant de pays en développement ont limité la teneur en plomb de l'essence et abaissé les prix des carburants sans plomb pour encourager les automobilistes à les utiliser. Grâce à ces mesures, les concentrations de plomb dans l'air ont chuté de 50 % ou plus et la plombémie moyenne en milieu urbain a également sensiblement diminué.

Des technologies et des méthodes de travail propres permettent de réduire la pollution industrielle locale même avec accroissement de la production. Pour encourager l'adoption de ces technologies, les

Encadré 4.8 La pollution au Japon : la prévention aurait été préférable et moins coûteuse que le remède

Dans les années 50 et 60, le Japon a connu une période d'industrialisation et de croissance économique rapide dont les conséquences pour l'environnement n'ont pas reçu toute l'attention voulue, ce qui a entraîné une forte pollution de l'air, de l'eau et du sol dans certaines régions — et plusieurs flambées de maladie de triste renommée. Des mesures correctives énergiques ont été prises dans les années 70 et 80 pour s'attaquer aux problèmes les plus graves. Trois conclusions se dégagent des exemples cités ci-dessous : tolérer le rejet de substances toxiques dans l'environnement peut entraîner de graves préjudices pour la santé et de lourdes pertes pour l'économie. La prévention est moins coûteuse que le nettoyage; et il est moins coûteux d'agir maintenant que de ne rien faire.

Cas 1 : rejet de dioxyde de soufre dans l'atmosphère

Entre 1956 et 1973, l'un des plus grands complexes pétrochimiques du Japon a été construit dans la ville de Yokkaichi. En 1960, la pollution de l'air était déjà un sujet d'inquiétude pour la population locale et, en 1963, la concentration moyenne en dioxyde de soufre était supérieure à 2.800 microgrammes par mètre cube, ce qui dépassait largement le niveau maximum de 350 microgrammes par mètre cube préconisé par l'OMS. En 1967, face à l'aggravation de la pollution sur la santé, des habitants ont poursuivi en justice et obtenu gain de cause contre six sociétés auxquelles ils réclamaient le remboursement de leurs frais médicaux et le versement de dommages-intérêts en réparation des pertes de revenu qu'ils avaient subies. Sept pour cent de la population locale ont été dûment reconnus comme souffrant d'affections dues à la pollution de l'air. À partir de 1970, des mesures antipollution de plus en plus rigoureuses ont été appliquées et, en 1976, la concentration en dioxyde de soufre était devenue conforme aux normes locales.

Depuis 1971, le coût de la lutte contre la pollution atmosphérique, y compris celui des installations techniques et de leur exploitation, de la surveillance et de la création de zones tampons, s'est élevé à 114 millions de dollars par an. Sans cet investissement, toutefois, les frais médicaux et les indemnités réclamées se seraient élevés à plus de 160 millions de dollars par an.

Cas 2 : présence de mercure dans l'eau

Au début du siècle, Minamata était une ville côtière pittoresque de 12.000 habitants, qui vivait de la transformation du bois, de la production d'oranges et de la pêche. En 1908, une usine d'engrais s'y est implantée, qui est devenue plus tard la Société Chisso, l'une des plus grandes sociétés de produits chimiques du Japon. Dans

les années 20, l'indemnisation des dommages causés aux pêcheries était déjà à l'ordre du jour et, en 1956, des cas de troubles neurologiques graves, appelés plus tard maladie de Minamata, ont été signalés. En 1968, à la suite de longues recherches, il a été établi que cette maladie était liée à la consommation de produits de la mer contenant une forte concentration de diméthylmercure. Ce composé, sous-produit de la fabrication de l'acétaldéhyde, était rejeté dans la baie de Minamata par la Chisso. Ces rejets ont atteint leur maximum en 1959, pour cesser en 1968, année où la société a arrêté la production d'acétaldéhyde. Mais le fond de la baie ainsi que la faune et la flore aquatiques étaient déjà fortement contaminés. Depuis 1974, 1,5 million de mètres cubes de sédiments pollués ont été retirés de la baie.

En 1991, 2.248 cas de maladie de Minamata (dont 1.004 cas mortels) avaient été déclarés et reconnus indemnifiables. Deux mille autres personnes ont demandé réparation. Si les rejets de mercure avaient continué, le coût annuel du préjudice, y compris le traitement et l'indemnisation des malades, le dragage de la baie et les pertes subies par les pêcheries, aurait été de 97 millions de dollars par an. Si la production d'acétaldéhyde avait continué, la lutte contre la pollution, par recyclage des déchets en usine, aurait coûté seulement 1 million de dollars par an.

Cas 3 : concentration de cadmium dans le sol

À la fin des années 40, une maladie caractérisée par des douleurs aiguës généralisées, des lésions rénales et une décalcification osseuse, touchant principalement les femmes, est apparue dans la vallée du Jinzu. Cette maladie a été appelée *itai-itai* d'après les cris de douleur (« ça fait mal, ça fait mal ») poussés par les malades. En 1968, après deux décennies de recherche, il a été établi que cette affection était due à une intoxication chronique par le cadmium contenu dans les effluents rejetés par la société d'exploitation minière et de fonderie Mitsui, implantée sur le cours supérieur du fleuve. Le cadmium passait de l'eau du fleuve dans l'eau d'irrigation, puis dans le sol, avant de contaminer le riz. En 1991, on avait recensé 129 cas déclarés, dont 116 cas mortels.

Un vaste programme de régénération du sol a été lancé en 1979. En 1992, 36 % de la zone contaminée, qui s'étendait sur 1.500 hectares, avaient été traités. Si rien n'avait été fait pour empêcher les émissions de cadmium, le coût des soins médicaux, des pertes agricoles et de la régénération du sol se serait élevé à 19 millions de dollars par an. Le coût des mesures de prévention a été de 5 millions de dollars par an.

gouvernements doivent prendre des mesures pour améliorer le rendement de l'énergie utilisée. Ils doivent notamment supprimer les subventions dont bénéficient la production d'électricité et, dans de nombreux pays, les carburants automobiles et le char-

bon. Moyennant des réformes efficaces, il est possible de lutter contre la pollution tout en augmentant la production nationale. Ce qui peut être fait à cet égard est décrit en détail dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1992*.

Les accidents de la route sont responsables de l'accroissement de la charge de traumatismes et de décès dans les pays en développement. Ils provoquent chaque année dans le monde la perte de 32 millions d'AVCI, soit plus de 2 % de la charge de morbidité globale (Tableau 4.6). Ils font environ deux fois plus de victimes parmi les hommes que parmi les femmes. Les jeunes et les personnes âgées y sont particulièrement vulnérables, de même que les piétons et les conducteurs de véhicules non motorisés. Le nombre de décès et de traumatismes dus à des accidents de la route est en progression rapide dans les pays en développement, en raison de l'accroissement du parc de véhicules et de l'urbanisation. En Afrique, le nombre d'accidents de la route mortels a quadruplé entre 1968 et 1988, alors qu'en Europe il diminuait de plus de 20 % pendant la même période.

On peut, en agissant sur plusieurs fronts pour améliorer la sécurité routière, réduire le nombre d'accidents à un coût raisonnable : investissements publics dans l'amélioration de l'infrastructure routière et des systèmes d'exploitation du réseau routier, résorption des « points noirs » et extension des transports publics, tout cela y contribuera. Adoption de lois, mise en place d'incitations financières appropriées et organisation de cours de sécurité routière peuvent améliorer le comportement des conducteurs, réduire la vitesse sur les routes, promouvoir le port de la ceinture de sécurité, renforcer la sécurité des véhicules et réduire les cas de conduite en état d'ivresse. Les régimes d'assurance et de responsabilité civile peuvent aussi contenir des dispositions incitant fortement à une conduite prudente. Un ensemble bien conçu de mesures du type décrit plus haut peut, avec le temps, réduire d'au moins un cinquième le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route, ce qui éviterait la perte d'au moins 6 millions d'AVCI par an dans le monde (Tableau 4.6). Plusieurs pays, comme le Kenya et la Malaisie, se sont fixés dans ce domaine des objectifs plus ambitieux pour les dix prochaines années.

Le SIDA menace pour le développement

Aux yeux des historiens, la seconde moitié du XX^e siècle aura été marquée par une grande victoire médicale, l'éradication de la variole, et par une grande tragédie médicale, le SIDA. Inconnue jusqu'en 1981, cette maladie polarise maintenant l'attention des responsables de la santé publique et des services de santé dans plusieurs pays et peut devenir le problème dominant dans beaucoup d'autres encore. Le virus d'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA, est transmis par voie sexuelle. Comme dans le cas des autres MST, la transmission peut se faire aussi par contact avec du sang contaminé (notamment par transfusion sanguine); le virus peut également être

transmis de la mère à l'enfant pendant la période périnatale. Il n'y a pas transmission fortuite d'une personne à une autre. Dans les pays en développement, plus de 85 % des cas d'infection surviennent à l'occasion de rapports hétérosexuels. La maladie est incurable et aucun vaccin ne semble devoir être mis au point avant l'an 2000. Une action immédiate s'impose pour combattre la propagation de la maladie.

Pourquoi le SIDA est un cas particulier

Le SIDA mérite une attention particulière parce que, si l'on ne parvient pas à endiguer l'épidémie à ses débuts, les conséquences de la maladie seront beaucoup plus graves et beaucoup plus coûteuses dans l'avenir.

- *L'épidémie d'infection par VIH est grave et va en s'aggravant.* On estime qu'en 1990 il y avait dans le monde 9 millions de personnes porteuses du VIH et, d'après les estimations de l'OMS, il pourrait y en avoir 26 millions en l'an 2000 (Chapitre 1, Tableau 1.3). Le SIDA entrera alors pour 3,3 % environ dans la charge de morbidité globale et il provoquera au total 1,8 million de décès par an. Comme le taux d'infection peut doubler en très peu de temps dans de nombreux pays en développement et que la maladie se propage rapidement à des pays qui, jusque-là, avaient peu de cas d'infection, le nombre total de cas en l'an 2000 pourrait bien être deux ou trois fois plus élevé.

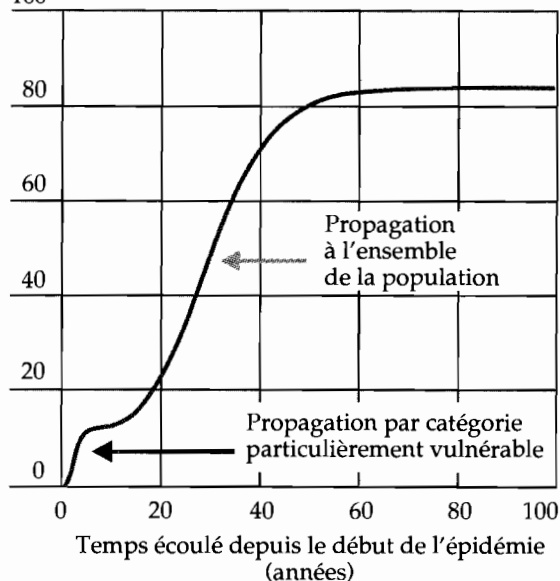
En 1990, plus de 80 % des personnes infectées vivaient dans des pays en développement; la proportion sera d'environ 95 % en l'an 2000. En Thaïlande, un adulte sur 50 est infecté. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, un adulte sur 40 est déjà infecté et, dans certaines villes d'Afrique, la prévalence de l'infection est de l'ordre de un sur trois. Dans certaines de ces communautés à prévalence élevée, la tendance à la baisse de la mortalité infantile commence déjà à s'inverser sous l'effet du SIDA.

- *Le rapport coût-efficacité des interventions diminue fortement lorsque l'infection se propage des groupes à haut risque à l'ensemble de la population.* Comme il n'existe ni vaccin ni traitement contre le SIDA, la prévention primaire est la seule façon de combattre la maladie. En l'absence d'action préventive adéquate, le SIDA se propage rapidement au sein des groupes à haut risque (comme les professionnels du sexe et leurs clients), avant de se propager à l'ensemble de la population à un rythme plus lent et qui s'accélère ensuite (Figure 4.7). Un ciblage précoce et efficace des interventions contre le VIH est essentiel du fait que le coût-efficacité de ces interventions diminue quand l'infection n'est plus circonscrite aux groupes à haut risque et à grande probabilité de transmission. Etant donné le grand nombre de contacts sexuels nouveaux dans les groupes cibles, chaque cas d'infection évité dans ces groupes permet d'en éviter dix fois plus qu'un cas d'infection évité dans le reste de la population.

Faite à temps, l'intervention contre le SIDA empêche la maladie de s'étendre à l'ensemble de la population.

Figure 4.7 Simulation d'épidémie de SIDA dans un pays d'Afrique subsaharienne

Nombre de cas de SIDA pour
1.000 personnes sexuellement actives
100



Source : Adapté de Potts, Anderson et Boily, 1991.

- *Le SIDA a des conséquences d'un coût catastrophique.* Comme il touche principalement les adultes pendant leurs années de vie économiquement productive, le SIDA a de graves conséquences économiques pour les ménages, les entreprises et les pays (Chapitre 1, Encadré 1.2). Parce que tant de ses victimes sont chefs de ménage ou parents, il décime des familles entières. Dans les pays où la prévalence de l'infection est élevée, les cas d'infections opportunistes liées au SIDA, dont le traitement est coûteux, pèsent lourdement sur le système de santé. Si l'on ne parvient pas à endiguer l'épidémie, la demande accélérée de soins pour les malades du SIDA sera telle qu'il ne sera plus possible de répondre à ceux des autres. En outre, l'augmentation dramatique du nombre de cas de tuberculose est une conséquence directe de l'infection par VIH, et la présence du VIH aggrave les problèmes que posent les autres maladies sexuellement transmissibles. (Les MST facilitent la transmission du virus et sont plus difficiles à traiter chez les sujets infectés par le VIH.)

- *La prévention du SIDA met en jeu des questions délicates et politiquement chargées.* La prévention de l'infec-

tion par VIH oblige souvent à travailler avec des groupes socialement marginalisés (y compris, dans beaucoup de cultures, des homosexuels) et avec des gens qui poursuivent des activités illégales comme la drogue ou la prostitution. En outre, pour être efficace, un bon programme de prévention doit pouvoir informer les jeunes franchement au sujet des pratiques sexuelles et des risques que cela peut comporter. Ce sont là des activités qui n'offrent guère d'avantages politiques et qui peuvent être fortement controversées. Pour que les programmes mis en place soient efficaces, il faut donc une ferme volonté politique et un engagement résolu des pouvoirs publics, d'autant que les sept à dix ans qui s'écoulent entre le moment où le sujet est infecté par le VIH et celui où le SIDA se déclare fait qu'il est tentant pour le pays et les individus de ne se préoccuper du SIDA que lorsqu'il est trop tard pour éviter l'épidémie.

La prévention : une nécessité absolue

Il faut, pour endiguer la propagation du SIDA, mettre en oeuvre tout un ensemble de stratégies soutenues par un financement adéquat. Il faudra, notamment, informer sur la manière d'éviter l'infection, promouvoir l'utilisation des préservatifs, traiter les autres maladies sexuellement transmises et réduire la transmission de la maladie par le sang. Ces mesures sont particulièrement rentables lorsqu'elles sont ciblées sur le nombre relativement peu élevé de personnes qui constituent les groupes à risque. Faute d'action préventive efficace, il faut s'attendre à voir le nombre de nouveaux cas d'infection par VIH augmenter, surtout dans certaines parties d'Asie. Mais un programme complet de prévention du SIDA permettrait d'enrayer la propagation de la maladie (Figure 4.8).

Actuellement, les dépenses mondiales de prévention du SIDA s'élèvent aux alentours de 1,5 milliard de dollars par an. Sur ce total, moins de 200 millions de dollars seulement sont dépensés dans les pays en développement, où surviennent 85 % des infections. Parmi ces pays, c'est la Thaïlande qui fait le plus gros effort de prévention, avec une dépense de 45 millions de dollars en 1992, dont plus de 75 % provenaient de l'Etat. Le montant total des dépenses de prévention du SIDA dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne ne représentait que le double de ce montant, et 10 % seulement ont été couverts par des fonds publics. D'après une étude effectuée récemment pour le Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS, la prévention du SIDA et des MST dans l'ensemble des pays en développement coûterait entre 1,5 et 2,9 milliards de dollars par an, ce qui est 10 à 15 fois supérieur aux dépenses actuelles, mais les avantages qui en découleraient seraient énormes. D'après les estimations, cela permettrait d'éviter environ 9,5 millions de nouveaux cas d'infection parmi les adultes d'ici l'an 2000, dont 4,2 millions en Afrique, autant en Asie, et 1,1 million en Amérique latine.

Groupes à cibler

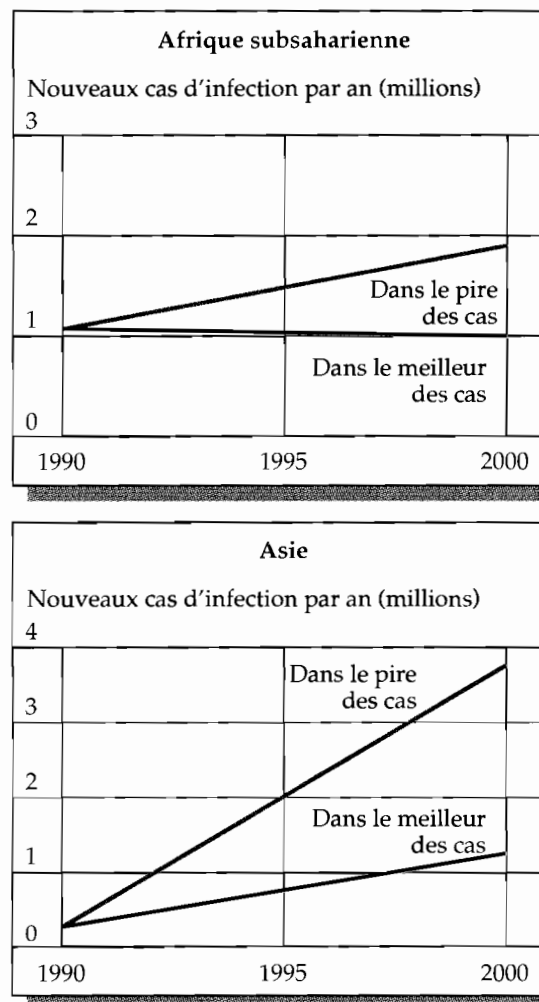
Des efforts de prévention doivent atteindre des populations qui ont des besoins divers : il y a les gens qui courent un risque particulièrement élevé de contracter et de transmettre l'infection par le VIH (les groupes à risque), les jeunes et les femmes. Les actions de prévention destinées à l'ensemble de la population sont d'un moins bon rapport coût-efficacité que les programmes ciblés, mais elles sont nécessaires pour apprendre à mieux connaître et à mieux comprendre le SIDA et les MST, réduire les comportements discriminatoires à l'égard des personnes contaminées et préparer la voie à de nouvelles interventions lorsque les niveaux de contamination se seront élevés. On pourrait encourager la monogamie dans le cadre d'une action d'information du public destinée à freiner la propagation du VIH, mais ce ne saurait être la seule stratégie; même là où elle est la norme sociale, elle n'est pas respectée par tous.

Les groupes à haut risque pourront comprendre ceux qui font profession du sexe, les migrants, les militaires, les chauffeurs de camion et les toxicomanes qui utilisent les mêmes aiguilles. Pour ces catégories de personnes la prévention de la transmission sexuelle de la maladie consistera essentiellement à leur apprendre la protection en matière de relations sexuelles, à promouvoir l'utilisation de préservatifs et à prévenir et traiter les MST. Il est important de ne pas se contenter de fournir des renseignements sur les préservatifs : encore faut-il veiller à ce qu'il y ait de quoi répondre à la demande et faire en sorte que les membres du groupe à risque, et en particulier les femmes qui font profession de leur sexe, puissent les utiliser. Il faut aussi convaincre les directeurs ou directrices de maisons closes et leurs clients de la nécessité de changer de comportement. L'expérience du Zaïre et d'autres pays montre qu'en encourageant les clients de sexe masculin à utiliser les préservatifs, on améliore substantiellement le succès des programmes ciblés sur les professionnels du sexe. Dans les zones à forte prévalence de MST, il y aura lieu d'engager une action résolue de lutte contre les MST en encourageant l'utilisation des préservatifs, par le traitement des malades et les activités de conseil, par la mise au courant des partenaires et par la surveillance, toutes choses qui peuvent être assurées au moyen d'un large éventail d'institutions de santé comme les services de planning familial et les centres de santé primaires.

Les jeunes, à l'école et en dehors de l'école, ont besoin qu'on leur apprenne tout ce qu'il faut savoir sur la reproduction et les problèmes de santé qui s'y rapportent. Pour avoir son maximum d'efficacité, cette éducation devra commencer avant le début de l'activité sexuelle (entre 12 et 14 ans dans beaucoup de pays) et elle devra être ciblée sur les garçons aussi bien que sur les filles. Il est particulièrement important de faire l'éducation des garçons, parce que ce sont souvent les hommes qui prennent l'initiative

Une action préventive efficace peut fortement ralentir le rythme des nouvelles contaminations par le VIH.

Figure 4.8 Tendances observables dans les nouveaux cas d'infection par VIH dans diverses hypothèses, 1990-2000 : Afrique subsaharienne et Asie



Note : L'Asie comprend la Chine, l'Inde, et les Autres pays et îles d'Asie.

Source : Données de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale.

dans les relations sexuelles. Il faudra, tout en tenant compte des sensibilités culturelles locales, expliquer clairement et franchement ce que sont la sexualité, les problèmes de différenciation sexuelle, les pratiques sexuelles sans danger, les MST et le VIH, la maternité sans danger et le planning familial. Tous les choix de comportement possibles, y compris l'abstinence et l'utilisation de préservatifs, devront être présentés. Rien n'autorise à dire, comme on le fait parfois, que

l'éducation sexuelle encourage la promiscuité. Dans les sociétés où il n'est pas accepté que l'éducation sexuelle soit assurée par les enseignants, la tâche pourra être confiée à des groupes volontaires qualifiés.

Pour des raisons biologiques, les *femmes* sont plus prédisposées que les hommes à contracter le VIH par relations hétérosexuelles, et le risque est souvent augmenté par des facteurs sociaux. En Ouganda, par exemple, plus de 60 % des personnes infectées sont des femmes. Une action de prévention axée sur les femmes, en particulier celles qui sont en âge de procréer, peut permettre de protéger à la fois la mère et l'enfant. Dans de nombreux pays africains, le SIDA et les affections liées au VIH figurent déjà parmi les dix principales causes de mortalité infantile. En l'état actuel des choses, il est impossible d'empêcher la contamination du fœtus par une mère. Environ 30 % des enfants de femmes séropositives sont eux-mêmes infectés à la naissance. La plupart de ces bébés arrivent à vivre un an, après quoi, la plupart meurent d'infections opportunistes pendant leur deuxième ou leur troisième année. Les enfants séronégatifs de mères infectées risquent davantage de mourir, eux aussi, parce qu'ils vont probablement perdre leur mère et leur père, ou l'un des deux. La seule façon de combattre le SIDA chez l'enfant est de cibler les efforts de prévention sur les femmes en âge de procréer.

Le fait que le VIH peut être transmis au nouveau-né par le lait maternel oblige à des choix difficiles entre le risque d'infection et les avantages de l'allaitement au sein pour la santé de l'enfant. Des études récentes donnent à penser que ce risque est important (30 % environ) pour les nouveau-nés dont la mère est infectée par le VIH après leur naissance; le risque est moindre si la mère est infectée avant la naissance, mais il reste important. Des études randomisées et contrôlées sont en cours en Haïti, au Kenya et au Rwanda pour déterminer plus exactement les risques. Pour l'instant, il faut sans doute continuer à recommander l'allaitement au sein dans les régions où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de mortalité infantile. Et, là où il existe une formule de remplacement sans danger, le dépistage du VIH chez les femmes enceintes donne la possibilité d'informer celles qui sont infectées du risque que comporte l'allaitement au sein pour la santé de leur enfant.

Quelques interventions de prévention

Il existe déjà une somme considérable d'expériences touchant la mise en place de programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans les pays industriels et les pays en développement. Il y a ainsi quelques domaines où une action s'impose et d'importantes leçons à tirer concernant la mise en route de programmes de lutte contre le SIDA.

INFORMER. L'information sur les mesures à prendre pour se protéger contre l'infection par VIH est un élément essentiel de toute stratégie de lutte contre le SIDA. Les gens doivent savoir qu'ils peuvent minimiser le risque d'infection en évitant de multiplier les partenaires sexuels, en les choisissant parmi les personnes qui présentent le moins de risques et en évitant tout contact avec du sang contaminé, en utilisant des préservatifs, en évitant les pratiques sexuelles risquées (comme le coït anal) et en évitant des facteurs favorisants comme les MST, ou en se faisant traiter pour cela. Les toxicomanes, quant à eux, peuvent limiter les risques en utilisant des aiguilles propres. Dans les communautés où le VIH est présent, il faut faire comprendre aux gens que les rapports sexuels sans protection ne sont sûrs qu'avec un partenaire dont ils savent avec certitude qu'il n'est pas infecté — par exemple, quelqu'un qui n'est pas encore sexuellement actif et qui n'est pas exposé à d'autres facteurs de risque (prise de drogue par voie intraveineuse ou transfusion, par exemple) ou quelqu'un qui a subi un test de dépistage qui s'est avéré négatif.

ENCOURAGER L'USAGE DES PRÉSERVATIFS. L'utilisation de préservatifs est un moyen efficace de freiner la propagation du VIH et des MST et doit être encouragée pour tous les rapports sexuels à risque. Les programmes visant à promouvoir l'usage des préservatifs dans les groupes à haut risque, en particulier parmi les professionnels du sexe, sont d'un bon rapport coût-efficacité. L'un de ces programmes, destiné à la petite prostitution de Nairobi (Kenya), a permis de réduire l'incidence annuelle moyenne de la blennorragie de 2,8 épisodes par femme en 1986 à 0,77 en 1989. Ce programme a aussi permis d'éviter entre 6.000 et 10.000 nouveaux cas d'infection par VIH par an, pour un coût approximatif de 0,50 dollar par AVCI gagnée. Des interventions à l'échelon de la communauté sont aussi tentées avec succès. Au Zimbabwe, une intervention de ce type, d'un coût de 85.000 dollars, a permis de toucher plus de 1 million de personnes, de distribuer plus de 5,7 millions de préservatifs et de réduire de 6 à 50 %, selon les régions, la prévalence des MST dans l'ensemble de la population. Cette intervention a également entraîné une modification du comportement des professionnels du sexe : la proportion de ceux ou celles qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client a atteint 72 %, contre 18 % seulement auparavant.

Le marketing social est une autre façon de promouvoir l'usage des préservatifs. Au Zaïre, les points de distribution — pharmacies, guérisseurs, boîtes de nuit, marchands ambulants — ont été inondés de préservatifs. Les ventes sont passées de 20.000 en 1987 à 18,3 millions en 1991. Des enquêtes auprès des consommateurs révèlent que 90 % des préservatifs ont été achetés par des hommes et que 60 % environ étaient destinés à des rapports sexuels avec des partenaires de rencontre. D'après les estimations, ce pro-

gramme aurait permis d'éviter quelque 25.000 cas d'infection par le VIH rien qu'en 1991.

REDUIRE LES RISQUES DE TRANSMISSION DE LA MALADIE PAR LE SANG. Les transfusions sanguines entrent pour moins de 5 % dans la transmission du VIH dans le monde, mais la transfusion de sang contaminé entraîne presque toujours l'infection. Les mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH par les transfusions sanguines comprennent la diminution du besoin de transfusion, la suppression des paiements aux donneurs de sang (parce que les donneurs payés présentent généralement un risque plus élevé de VIH) et l'analyse du sang. Un bon traitement des problèmes de santé tels qu'ils se présentent et l'initiation des producteurs de soins de santé à la bonne manière de procéder en matière de transfusion peuvent, par leur combinaison, réduire de plus de 50 % le besoin de transfusion. Les programmes de santé publique, comme les mesures de lutte contre l'helminthe pr ses dans le cadre de l'école, l'administration d'un supplément de fer, les soins prénatals et la lutte contre le paludisme, peuvent réduire la gravité des cas d'anémie déclarée et réduire ainsi le besoin de transfusion. Quand la transfusion est inévitable, on pourra procéder au dépistage du virus chez les donneurs afin de disposer d'une réserve de sang non contaminée. Le coût-efficacité de cette opération variera très fortement en fonction de la prévalence du VIH. Toutefois, pour que la population continue à faire généralement confiance au monde médical, il a été recommandé d'analyser le sang des donneurs, même lorsque la prévalence du VIH est faible. Lorsqu'il existe des banques de sang, cette opération n'augmente que de 5 % environ le coût total de chaque unité de sang transfusé.

INTEGRER PREVENTION DU SIDA ET SERVICES DE TRAITEMENT DES MST. Assurer un large accès aux services de traitement des MST est indispensable pour combattre le SIDA, car la transmission du VIH est facilitée par les lésions génitales et l'inflammation provoquées par ces maladies. Le traitement des MST est souvent, de lui-même, d'un bon rapport coût-efficacité. Celui-ci augmente encore plus s'il contribue aussi à freiner la transmission du VIH. Le traitement de chaque cas de blennorragie dans un groupe à risque permet un gain de 120 AVCI, pour un coût largement inférieur à 1 dollar par AVCI gagnée, si l'on tient compte des avantages liés à la réduction du nombre de cas secondaires et du risque de transmission du VIH.

Parce que beaucoup de MST sont souvent asymptomatiques (en particulier chez les femmes), les sujets atteints n'éprouvent guère la nécessité de subir des examens et de recevoir un traitement. Et même ceux qui présentent des symptômes risquent d'être dissuadés de se faire soigner en raison du coût du traitement clinique, ce qui risque de favoriser la propagation de ces maladies. A Nairobi, par exemple, la suppression

de la gratuité des soins dans le principal dispensaire traitant les MST a réduit la fréquentation de 60 % pour les hommes et 35 % pour les femmes. Il y a donc de bonnes raisons de subventionner les services de traitement des MST dans le cadre d'un programme de lutte contre le SIDA. Une autre bonne stratégie est de combiner services de traitement des MST et services de planning familial. Le dépistage des cas asymptomatiques dans le cadre de ces services a révélé des taux d'infection allant jusqu'à 20 %.

CONTROLE ET DEPISTAGE. En se soumettant volontairement au dépistage du VIH, les individus recueillent une information utile sur eux-mêmes et sur leurs partenaires. Des études tendent à montrer que conseils et contrôles peuvent aider les individus et les couples à adopter un comportement sexuel qui les met davantage à l'abri du risque. Autrefois d'un coût prohibitif, le coût du dépistage a fortement baissé. Cela peut se faire maintenant pour moins de 2 dollars par couple (non compris le coût des conseils). Le test, toutefois, n'est pas toujours fiable, car il existe un court laps de temps durant lequel le virus peut ne pas être détecté chez une personne infectée depuis peu. De plus, un résultat négatif ne garantit pas un comportement sans risque pour l'avenir. De ce fait, un contrôle n'est pas utile pour les couples déjà installés dans une relation de longue durée ou envisageant ce type de relation. Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que ce contrôle demeure volontaire et anonyme, respecte les normes de qualité et s'accompagne des conseils appropriés.

SURVEILLANCE. Il est d'une importance capitale qu'un système de surveillance du VIH soit mis en place par la santé publique dans les régions où la propagation du virus n'a pas encore pris de proportions majeures. Les pays qui se dotent en temps voulu d'un système fiable de surveillance donnent ainsi à leurs gouvernants les moyens d'être avertis à temps de la menace d'une propagation du virus. Parmi les activités qui seraient utiles à cet égard, on peut citer l'institution d'un système permanent de surveillance du VIH et de la syphilis dans quelques dispensaires de soins prénatals et dans des centres qui desservent des clients à haut risque d'infection, comme les professionnels du sexe et les individus atteints de MST.

Plusieurs des interventions préventives dont il est question plus haut ont été incorporées dans le Programme national de lutte contre le SIDA que le Gouvernement indien a lancé en 1992 avec l'aide de la Banque mondiale et de l'OMS. Le programme indien met l'accent sur la promotion d'actions de sensibilisation du public au SIDA, la promotion de la santé dans les groupes à risque par l'intermédiaire des ONG, la lutte contre les MST, l'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines, le renforcement de la surveillance et les capacités institutionnelles de lutte contre le VIH-SIDA, et l'encouragement du traite-

ment humain des personnes atteintes du SIDA ou porteuses de VIH.

Prise en charge des sidéens

En 1992, les pays en développement ont dépensé environ 340 millions de dollars pour soigner les sidéens. Bien que cela ne représente qu'une petite partie des 4,7 milliards de dollars dépensés à cette fin par les pays développés, cela représente quand même près du double du montant consacré à la prévention du SIDA dans le monde en développement. Si les dépenses par malade restent constantes, le montant dépensé pour la prise en charge des sidéens dans les pays en développement fera plus que tripler d'ici l'an 2000, pour atteindre 1,1 milliard de dollars. A ce jour, beaucoup de programmes de lutte contre le SIDA n'ont pas établi de directives concernant la prise en charge, dans de bonnes conditions de coût-efficacité, des malades du SIDA. Des médicaments antiviraux

comme l'azidothymidine (AZT) peuvent au mieux retarder l'apparition du SIDA et prolonger un peu la vie, mais ces médicaments ont de graves effets secondaires et sont extrêmement coûteux. Le traitement à l'AZT coûte plus de 3.000 dollars par an, ce qui représente un coût prohibitif. Aussi, dans de nombreux pays à faible revenu, le seul traitement possible consiste à atténuer la douleur et à soigner les infections opportunistes — le plus souvent tuberculose, diarrhée et candidose — dont souffrent les malades du SIDA. La planification stratégique permettrait de réduire considérablement les coûts en encourageant l'utilisation d'un petit nombre de médicaments moins coûteux et le traitement ambulatoire des malades ou leur prise en charge par la communauté, quand cela est possible. Les soins de base, notamment le traitement ambulatoire des infections opportunistes, peuvent coûter de 200 à 400 dollars par AVCI gagnée, ce qui est considérable. Le coût des soins palliatifs à domicile, par contre, est compris entre 30 et 75 dollars

Encadré 4.9 La lutte contre le SIDA en Ouganda

En juin 1992, l'Ouganda comptait, d'après les chiffres officiels, 33.971 cas de SIDA; le nombre réel pourrait être de l'ordre de 100.000 à 300.000 et entre 1 million et 1,5 million d'Ougandais seraient séropositifs. A Kampala, plus de 30 % des femmes enceintes sont infectées et, dans de nombreuses parties du pays, le SIDA est maintenant la principale cause d'admission en hôpital et de décès parmi les adultes hospitalisés. Etant donné l'énormité de ce fardeau, la prise en charge des sujets infectés et le traitement des conséquences sociales de l'infection sont jugés aussi importants que la prévention.

Diverses initiatives novatrices ont été prises pour faire face au problème. Le premier dispensaire pour sidéens a été ouvert en 1987. Avec un personnel réduit, quelques médicaments supplémentaires et un soutien extérieur limité, il vient d'enregistrer son 8.000^{ème} patient. Les malades considèrent que les soins qu'ils y reçoivent sont de bien meilleure qualité que ceux qui pourraient leur être dispensés ailleurs. Le fondateur du dispensaire, le Dr Ely Katabira, et un autre médecin de l'hôpital universitaire national ont rédigé un manuel de 104 pages sur la prise en charge des cas de SIDA, qui recommande des stratégies de diagnostic et de traitement simples : par exemple, neuf médicaments relativement peu coûteux administrés en association avec une thérapie antituberculeuse peuvent apporter un grand soulagement aux malades.

En 1987 encore, 16 Ougandais personnellement touchés par le SIDA (directement ou par un membre de leur famille) ont créé une nouvelle organisation bénévole, la TASO, dont l'objectif est d'apporter un soutien affectif aux sidéens. Depuis lors, 12 des membres fondateurs de l'organisation sont morts du SIDA, mais la TASO s'est développée et elle a maintenant 97 conseillers, trois superviseurs et six formateurs, qui travaillent dans huit

sites différents. Ses services, qui touchent plus de 30.000 personnes par an, consistent en activités de conseil, en informations sur l'utilisation des préservatifs, en distribution de préservatifs, en soins à domicile, en activités génératrices de revenus, en programmes d'alimentation et en paiement des frais de scolarité des orphelins.

Pour faire face à la demande de dépistage volontaire, le premier centre de dépistage et de conseil anonyme a été créé en Ouganda en 1990. En raison de l'importance de la demande, il est devenu impossible de donner des conseils personnels préalablement à l'analyse, mais les séances de conseil de groupe sont devenues courantes. Le centre continue cependant d'offrir des conseils personnels après dépistage et les séropositifs sont orientés vers la TASO pour recevoir une assistance plus poussée. La sensibilisation au SIDA est si grande en Ouganda que de nombreuses personnes s'imaginent qu'elles sont infectées. Les couples dont le test s'est révélé négatif disent que cela les incite davantage à la monogamie et, d'après les résultats d'une petite étude complémentaire, les personnes interrogées disent avoir moins de rapports sexuels avec des partenaires de rencontre et utiliser constamment des préservatifs. D'autres centres ont été créés dans d'autres parties du pays, dont un spécialement destiné aux hommes d'affaires et aux parlementaires qui répugnent à s'adresser à des dispensaires publics surchargés. La forte demande prouve que les Ougandais veulent savoir s'ils sont infectés ou non, en particulier avant des événements aussi importants que le mariage. L'exemple de l'Ouganda prouve qu'un programme de dépistage du SIDA dans un pays où la transmission hétérosexuelle est le principal mode de propagation du virus peut avoir sur les comportements une influence plus positive que ne l'indiquent les résultats obtenus dans les pays industrialisés.

Encadré 4.10 L'infection par VIH en Thaïlande : de la catastrophe au succès

Jusqu'à la fin de 1988, on pensait que la Thaïlande et les autres pays d'Asie étaient relativement épargnés par l'infection par VIH. Certains responsables thaïlandais de la santé avaient même déclaré que les Asiatiques étaient peut-être moins sujets à cette maladie. Pourtant, cette année-là, une épidémie de VIH se déchaîna sur l'ensemble du pays, affectant toutes les couches de la société. Aujourd'hui, on estime que 2 % des adultes sexuellement actifs, soit 400.000 à 600.000 personnes, sont infectés. En l'absence de mesures de prévention efficaces, il pourrait y avoir entre 2 et 4 millions de cas en l'an 2000.

Face à cette épidémie, les autorités sont passées rapidement de l'autosatisfaction à l'action. Ils se sont rendu compte que le pays ne pouvait pas conserver un taux de croissance annuel du PNB de 10 % en présence d'une vaste épidémie de SIDA. En 1991, les chercheurs ont estimé que le coût global, direct et indirect, de la maladie pourrait atteindre 8 milliards de dollars au cours des dix prochaines années, et que le SIDA pourrait avoir des conséquences désastreuses sur le tourisme, les investissements étrangers et les envois de fonds de travailleurs expatriés. Mais, disaient-ils, une vaste campagne de prévention, visant à réduire de moitié au moins le nombre de partenaires sexuels, à multiplier par deux l'usage des préservatifs et à traiter les MST, permettrait de réduire de 3,5 millions le nombre de cas d'infection et de réaliser une économie de plus de 5 milliards de dollars d'ici l'an 2000.

La prévention du SIDA est maintenant la première des priorités en Thaïlande. Un comité national de lutte contre le SIDA, présidé par le Premier Ministre, a été créé et, en 1992, le gouvernement a approuvé la création d'un

bureau de coordination des politiques et de planification pour le SIDA, qui relève du Cabinet du Secrétaire permanent du Premier Ministre. Ce bureau multisectoriel coordonne la planification et la budgétisation des activités relatives au SIDA entre les 14 ministères compétents, les bailleurs de fonds internationaux et les sources de financement locales. Il facilite en outre la planification d'activités conjointes avec des entreprises privées et des ONG.

Cette stratégie a conduit à forger dans le pays un large consensus sur la nécessité d'agir. Les dépenses de prévention du SIDA, qui s'élevaient à 28 millions de dollars en 1991, ont atteint 45 millions de dollars l'année suivante. Pour surveiller l'épidémie, les autorités thaïlandaises ont mis en place le plus vaste système national de surveillance du SIDA qui existe au monde. Ce système fournit deux fois par an des renseignements sur la prévalence de l'infection par VIH dans tous les groupes à risque de toutes les provinces. Conscient du fait que la prostitution est entrée dans les mœurs en Thaïlande et qu'elle y demeurera un fait de société pour quelque temps encore, le gouvernement a décidé d'imposer l'usage des préservatifs dans les maisons de tolérance, mettant celles-ci à égalité sur ce point. Les premières informations font état d'une montée en flèche de l'usage des préservatifs, dont la demande est passée de 10 à 120 millions par an; et l'incidence des MST a diminué.

Le Premier Ministre a décidé de lancer, en 1993 et 1994, des campagnes médiatiques nationales pour promouvoir la modification des comportements et des normes sexuels de la population. Seul le temps dira si les autorités sont intervenues assez rapidement et assez énergiquement pour enrayer la propagation du VIH.

par AVCI gagnée, mais ces soins peuvent constituer un fardeau considérable pour les familles. Les mesures novatrices prises en Ouganda ont permis de trouver, pour un coût modique, des réponses humaines aux problèmes de ceux qui souffrent (Encadré 4.9).

Nécessité d'une action nationale et internationale

A l'heure actuelle, malgré l'attention de la communauté internationale et les efforts considérables déployés par l'OMS pour aider les pays à concevoir et exécuter des plans de lutte appropriés, la plupart des programmes nationaux de lutte contre le SIDA sont largement insuffisants. En effet, ces programmes n'utilisent que les ressources dont disposent les ministères de la santé; ils sont trop uniformes et ils négligent la lutte contre les MST. Il faut aborder le problème du SIDA comme un problème de développement national. L'impulsion doit venir des Etats. Les programmes les plus efficaces, comme celui de la Thaïlande, poursuivent des stratégies qui font inter-

venir de nombreux organismes, gouvernementaux et non gouvernementaux, dans un esprit d'ouverture et de franchise (Encadré 4.10).

Il n'existe pas de stratégie unique de lutte contre le SIDA qui répondrait aux besoins de tous les pays. Trois grands critères peuvent guider le choix des priorités parmi les interventions contre le VIH/SIDA énumérées plus haut. Ces critères sont les suivants : la prévalence actuelle de l'infection par VIH, le risque de propagation ultérieure et le poids actuel du SIDA. Les stratégies à suivre par les pays et leurs régions peuvent être répartis en quatre grands groupes.

- Les zones où la prévalence de l'infection par VIH est faible et où les maladies sexuellement transmissibles sont peu répandues (comme les régions rurales du nord de la Chine et de l'Afrique du Nord); là, la priorité devra aller à l'éducation complète des jeunes en matière de santé génésique, en accordant une certaine attention à la prévention du SIDA dans les groupes à haut risque, et il faudra établir un système de surveillance du VIH suffisamment sensible.

Tableau 4.7 Coûts et avantages des programmes de santé publique dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 1990

Services de santé publique	Coût annuel (en dollars)			Charge de morbidité évitée (%) ^a
	Par participant	Par habitant	Par AVCI	
<i>Pays à faible revenu (revenu par habitant = \$ 350)</i>				
PEV Plus	14,6	0,5	12–17	6,0
Programme de santé scolaire	3,6	0,3	20–25	0,1
Autres programmes de santé publique (y compris le planning familial et l'éducation sanitaire et nutritionnelle) ^b	2,4	1,4	— ^c	— ^c
Programme de lutte contre le tabagisme et l'abus d'alcool	0,3	0,3	35–50	0,1 ^d
Programme de lutte contre le SIDA ^e	112,2	1,7	3–5	2,0
Total	—	4,2 (1,2)	—	8,2
<i>Pays à revenu intermédiaire (revenu par habitant = \$ 2.500)</i>				
PEV Plus	28,6	0,8	25–30	1,0
Programme de santé scolaire	6,5	0,6	38–43	0,4
Autres programmes de santé publique (y compris le planning familial et l'éducation sanitaire et nutritionnelle) ^b	5,2	3,1	— ^c	— ^c
Programme de lutte contre le tabagisme et l'abus d'alcool	0,3	0,3	45–55	0,3 ^d
Programme de lutte contre le SIDA ^e	132,3	2,0	13–18	2,3
Total	—	6,8 (0,3)	—	4,0

Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent le coût par habitant en pourcentage du revenu par habitant.

a. Bien que, dans le calcul des coûts, on suppose que la couverture des programmes est de 100 %, les avantages pour la santé sont évalués sur la base d'une couverture de 95 % dans le cas du PEV Plus et de 80 % dans celui des programmes de santé scolaire, de lutte contre le SIDA et de lutte contre le tabagisme et l'abus d'alcool.

b. Les autres programmes de santé publique consistent notamment en activités d'information, de communication et d'éducation sur des facteurs de risque et des comportements particuliers et en programmes de lutte antivectorielle et de surveillance systématique des maladies.

c. Les avantages procurés par les activités d'information, de communication et de surveillance des maladies sont pris en compte avec ceux des autres services publics et cliniques inclus dans le programme de santé publique. Les avantages de la lutte antivectorielle ne sont pas connus.

d. Dans le calcul de la charge de morbidité susceptible d'être évitée grâce à ce programme, on suppose que la prévalence du tabagisme et de l'alcoolisme reste constante; si elle augmentait, les avantages potentiels seraient plus importants.

e. Non compris le traitement des MST, qui font partie du programme de services cliniques; voir Tableau 5.3.

Source : Calculs des auteurs.

- Les zones qui sont exposées à un fort risque d'épidémie en raison de la propagation antérieure du VIH ou qui ont un taux élevé de MST (comme la province de Yunnan en Chine et de Surabaya en Indonésie); là, il faudra entreprendre des campagnes massives de prévention axées sur les groupes à haut risque, comme celui des professionnels du sexe, et complétées par une éducation générale et par le dépistage du virus dans le sang des donneurs.

- Les zones où l'infection par VIH est épidémique, mais où la prévalence du SIDA est encore faible (comme en Thaïlande et dans les zones urbaines en Inde); dans ce cas, il faut mettre sur pied des programmes de prévention du SIDA pour l'ensemble de la population, tout en continuant à cibler les groupes à haut risque. Il faudrait aussi entreprendre le dépistage volontaire du VIH et organiser des services de conseil et de préparation pour les soins à donner aux sidéens.

- Enfin, les zones où l'épidémie a pris des proportions majeures et où la charge de morbidité est élevée (comme en Ouganda et en Zambie); là, il faudra associer prévention à grande échelle et prise en charge des sidéens (Encadré 4.9).

Les ONG peuvent jouer un rôle vital dans la prévention, le traitement et le soutien communautaire,

grâce à leur crédibilité et à leur accès aux personnes les plus exposées, comme les toxicomanes par voie intraveineuse et les professionnels du sexe. Ces groupes ont très bien su user du marketing social pour toucher les gens là où ils se trouvent, notamment par des actions d'éducation par les pairs et par les médias destinées à renforcer les changements de comportement et à modifier les mentalités. Une étude récente sur l'évaluation des besoins dans plusieurs pays en développement a montré que, faute de soutien financier, administratif et technique, le potentiel des ONG n'était pas pleinement mis à profit. Un programme novateur est en préparation en vue de fournir une assistance simple et flexible aux ONG qui participent à la lutte contre le SIDA.

La communauté internationale doit faire davantage d'efforts pour relever le défi mondial du SIDA. Aucun pays n'est à l'abri d'une épidémie de VIH et tout retard coûte cher. Il faut une coalition mondiale pour encourager et aider les gouvernements à prendre des mesures courageuses avant qu'il ne soit trop tard. Sans un renforcement très substantiel de la volonté et de l'impulsion politiques — et sans la mobilisation de ressources supplémentaires pour faire face au coût d'une action préventive efficace contre le SIDA, qui serait de l'ordre de 1,5 à 2,9 mil-

liards de dollars — l'épidémie de VIH pourrait se transformer en une catastrophe pour la santé et en désastre pour le développement.

Le programme minimum de santé publique

Les programmes de santé publique qui permettent de s'attaquer aux problèmes décrits ci-dessus peuvent apporter une amélioration sensible de la santé pour un coût modeste. Quelles que soient les conditions locales, un programme minimum de services de santé publique essentiels comprendra normalement les éléments suivants :

- Le Programme élargi de vaccination, complété par un apport supplémentaire de micronutriments
- Des programmes de santé scolaire axés sur le traitement des infections parasitaires et des carences en micronutriments et sur l'éducation sanitaire
- Des programmes d'information du public sur le planning familial, sur la nutrition, sur l'autothérapie ou sur la marche à suivre pour se faire soigner; ainsi que sur la manière de lutter contre les vecteurs et sur les activités de surveillance des maladies
- Des programmes visant à réduire la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues
- Des programmes de prévention du SIDA faisant une large place à la lutte contre les MST.

Un tel programme de santé publique procurerait des avantages considérables pour un coût peu élevé (Tableau 4.7). Dans les pays à faible revenu, il permet-

trait de réduire de plus de 8 % le fardeau de la maladie pour un coût de 4 dollars par habitant seulement (1,2 % du revenu par habitant), alors que, dans les pays à revenu intermédiaire, il permettrait de le réduire de 4 %, pour un coût de 7 dollars par habitant (0,3 % du revenu par habitant). Parce qu'il est difficile de chiffrer ce que les activités incluses dans « Autres programmes de santé publique » feraient gagner à la santé, on n'a pas calculé le coût estimatif correspondant par AVCI.

L'information est une nécessité constante. Il faut informer sur les avantages d'une alimentation équilibrée, de l'utilisation de contraceptifs et de l'hygiène domestique, ainsi que sur les effets du tabagisme et de l'abus des drogues sur la santé et sur les moyens de prévenir l'infection par le VIH. Certaines mesures de santé publique nécessiteront la fourniture de services en dispensaire, notamment pour le planning familial et la lutte contre les MST, qui font partie du programme essentiel de mesures cliniques examiné dans le prochain chapitre. La santé y gagnera aussi à ce que les gouvernements limitent leur intervention dans un certain nombre de domaines en cessant d'intervenir dans la commercialisation des produits alimentaires, en réduisant les subventions dont bénéficient les services d'approvisionnement en eau et l'assainissement, en levant la plupart des restrictions auxquelles sont soumis les services de contraception et en cessant de subventionner les carburants. L'adoption d'une réglementation appropriée concernant l'environnement, le milieu professionnel et la sécurité routière peut aussi contribuer à la protection de la santé.

Les services cliniques

Le présent chapitre analyse les rôles respectifs des secteurs public et privé dans le financement et l'organisation des services cliniques. Il développe une des conclusions importantes du Chapitre 3, à savoir que c'est fondamentalement à l'Etat d'assurer à chacun la possibilité de bénéficier d'un ensemble minimum de services cliniques, et de veiller en particulier à ce que les pauvres ne soient pas exclus (Tableau 5.1). Dans chaque pays, le choix des services à prendre en considération dépendra dans une large mesure des éléments d'appréciation disponibles sur la répartition géographique des maladies et du rapport coût-efficacité des interventions cliniques. Avec un ensemble minimum de services cliniques, on pourrait réduire la charge de morbidité actuelle d'un quart environ dans les pays à faible revenu et d'un dixième environ dans les pays à revenu intermédiaire. C'est financièrement faisable — mais seulement si les dispositions nécessaires sont prises au niveau national pour réformer radicalement le financement de la santé en ce qui concerne la répartition des ressources publiques, le rôle de l'assurance et la tarification des services fournis.

Ce n'est qu'en réduisant ou en supprimant les dépenses liées aux services cliniques — ceux qui ne sont pas inclus dans le bloc des services essentiels définis au niveau national — que les pays peuvent centrer leurs efforts sur la fourniture des soins cliniques de première nécessité aux populations démunies. Pour changer la répartition des dépenses publiques, il y a en gros deux possibilités : on peut accroître le recouvrement des coûts, en particulier en faisant payer aux classes aisées les services fournis par les hôpitaux publics, et on peut promouvoir un système d'assurance non subventionné pour les catégories à revenu intermédiaire et élevé. On peut éviter la progression explosive des dépenses de santé que l'on observe à l'heure actuelle dans beaucoup de pays en encourageant la concurrence entre les prestataires de services, ainsi que le paiement anticipé des soins, en réunissant et en diffusant des informations sur les coûts des établissements de santé et les produits des

assureurs, et, dans certains cas, en fixant des limites à la rétribution des médecins et des hôpitaux.

Bien que le secteur public et le secteur privé aient l'un comme l'autre un rôle important à jouer dans l'organisation des services publics, les systèmes de santé publique de beaucoup de pays en développement jouent un rôle démesuré et doivent être ramenés à une taille plus normale. On peut y parvenir en prenant des dispositions d'ordre juridique et administratif en vue de promouvoir la participation du secteur privé (ONG et établissements à but lucratif) à la fourniture des services de santé, en octroyant des subventions publiques aux ONG qui dispensent l'ensemble de soins de santé essentiels, et en limitant les nouveaux investissements dans les hôpitaux tertiaires du secteur public. Parallèlement, on peut grandement améliorer l'efficacité des services de santé du secteur public en décentralisant les hôpitaux et programmes publics et en améliorant leur gestion.

Financement public et privé des services cliniques

Dans tous les pays du monde, le financement des services cliniques provient de quatre grandes sources. Deux — les paiements effectués par les patients eux-mêmes et l'assurance non obligatoire — sont privées; les deux autres sont publiques : d'une part, l'assurance obligatoire (parfois dite « assurance sociale »), qui est soit gérée par le secteur public, soit fortement réglementée par l'Etat et, d'autre part, les recettes des administrations publiques.

Dans les pays les plus pauvres, le total des dépenses de santé peut ne pas dépasser 2 dollars par personne et par an, et plus de la moitié est financée par les sources privées, principalement sous la forme de paiements effectués par les patients eux-mêmes. Dans ces pays, les mécanismes d'assurance sont précaires et l'enveloppe budgétaire que l'Etat alloue à la santé est plus que limitée. Lorsque les revenus augmentent, il en va de même de la part de revenu dépensée pour la santé (comme le montre la partie supérieure de la Figure 5.1), ainsi que de celle des dépenses de santé qui provient de

Tableau 5.1 Justifications et orientation des interventions de l'Etat dans le financement et la fourniture des services cliniques

Secteur	Conditions qui peuvent demander l'intervention de l'Etat : défaillances du marché et pauvreté	Orientation des interventions de l'Etat
Services cliniques essentiels	Le fait de ne pas traiter, par exemple, la tuberculose et les MST fait courir davantage de risques à la population en général. Le financement par l'Etat peut contribuer à compenser ces coûts externes supplémentaires pour la société. Les pauvres ont des moyens limités d'épargne ou d'emprunt pour faire face à des dépenses de santé inattendues et non couvertes par l'assurance. Les familles, et les enfants notamment, peuvent tomber dans la pauvreté par suite de problèmes de santé.	Financer les services cliniques essentiels par réaffectation des dépenses ordinaires de l'Etat. Dans les pays à faible revenu, cela peut signifier une augmentation des dépenses publiques de santé. Exiger, par voie législative, que l'assurance sociale ou l'assurance privée obligatoire couvre un ensemble de services essentiels. Encourager, par une législation appropriée et des subventions publiques ciblées, une plus grande participation du secteur privé et des ONG à la fourniture des services essentiels.
Services cliniques non compris dans le programme minimum	Sur les marchés de l'assurance, la sélectivité dont font preuve les assureurs entraîne une absence de couverture pour les groupes à haut risque. L'« aléa de moralité », qui isole les patients et les prestataires de services des conséquences que peuvent avoir leurs décisions sur les coûts, entraîne une utilisation abusive des services. L'asymétrie de l'information entre patients et prestataires peut amener ces derniers à générer une demande excédentaire.	Réduire ou éliminer les subventions dont bénéficient les services cliniques non compris dans le programme minimum. Les subventions pour la fourniture de services publics à un prix moindre que le coût et les déductions fiscales pour les cotisations patronales et salariales de sécurité sociale couvrent souvent des services peu efficaces par rapport aux coûts et profitent essentiellement aux riches. Décréter la sécurité sociale obligatoire ou imposer l'assurance privée, ou définir de manière détaillée le programme national de services essentiels. Limiter la participation de l'Etat à la fourniture des services non essentiels et encourager la concurrence dans la prestation des services par l'Etat, les ONG et le secteur privé. Réglementer l'assurance privée en exigeant, par exemple, une évaluation communautaire des risques et en interdisant l'exclusion des consommateurs à haut risque. Définir le contenu exact des ensembles de services de soins prépayés en tant que produits achetés et vendus sur le marché de l'assurance. Encourager le prépaiement ou les formules à base de salaire pour la rémunération des services des prestataires. Promouvoir l'amélioration qualitative des services privés en encourageant l'autoréglementation des hôpitaux, des écoles de médecine et des médecins et en publiant des indicateurs de performance.

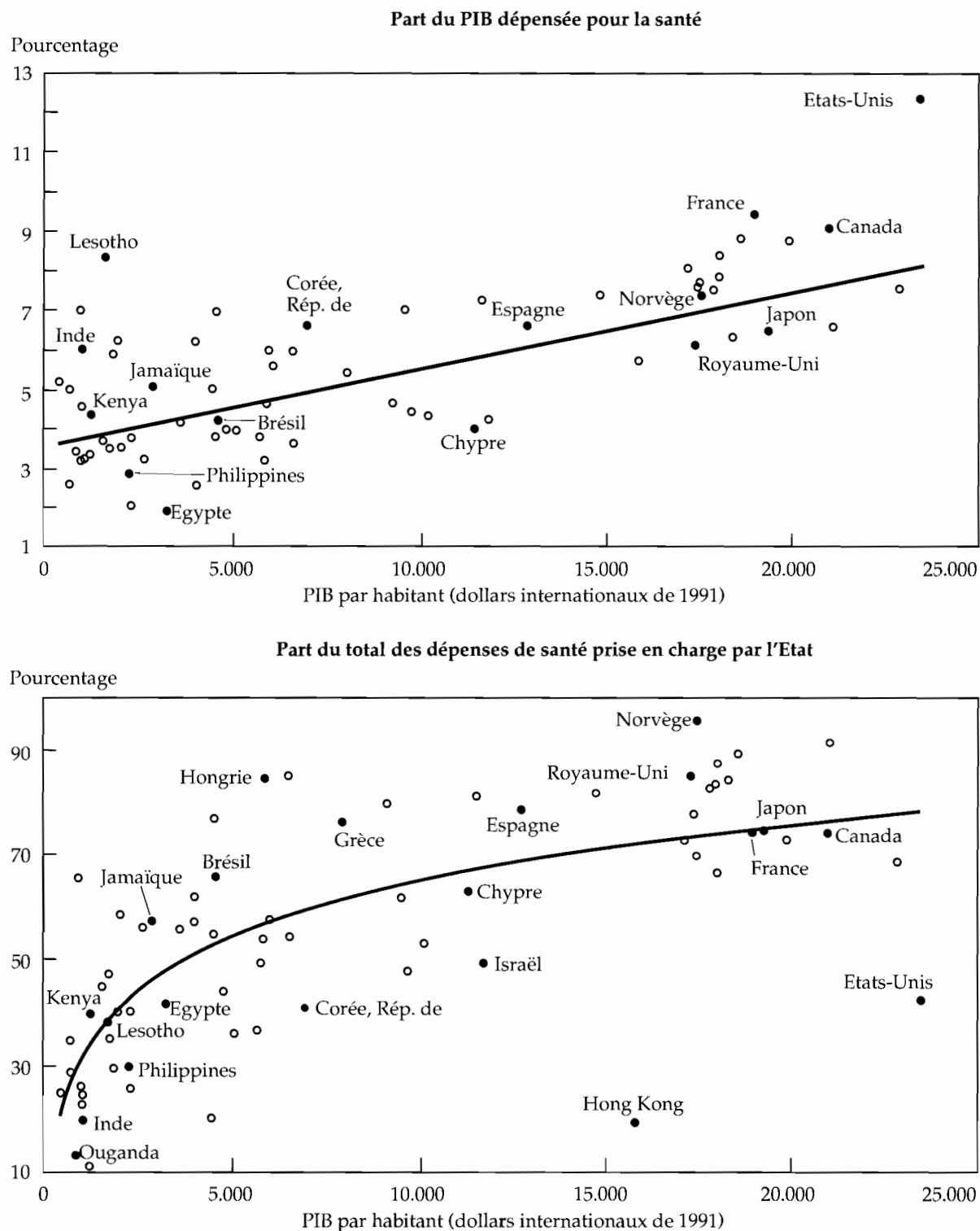
sources publiques (partie inférieure). Dans les anciennes économies socialistes et les économies de marché bien établies (Etats-Unis mis à part), l'Etat prend en charge trois bons quarts des dépenses de santé.

Outre les quatre sources de financement que l'on vient de citer, l'organisation des services cliniques s'articule autour de trois éléments : le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif. Tous les systèmes nationaux de santé associent deux ou davantage des 12 combinaisons possibles des modes de financement et d'organisation

des services de santé, et parfois les différentes combinaisons servent des populations très fortement différenciées. On peut malgré tout classer les pays en fonction de leur niveau de revenu et du système d'organisation des soins de santé qui prédomine. Il faut distinguer principalement selon que la place de l'assurance dans la couverture des soins est importante et, si tel est le cas, déterminer quel est le type dominant d'assurance (Tableau 5.2).

Dans les pays à faible revenu, les paiements des particuliers représentent plus de la moitié de la maigre

Figure 5.1 Revenu et dépenses de santé dans 70 pays, 1990



Source : Murray, Govindaraj et Chellaraj, document d'information.

Tableau 5.2 Systèmes de soins cliniques par catégorie de revenu

Groupe de pays et revenu par habitant en 1990 (dollars)	Dépenses de santé, 1990		Caractéristiques essentielles	Exemples
	En % du PNB	Dollars par habitant		
Pays à faible revenu (100–600) ^a	2–7	2–40	Dépenses privées élevées pour traditionnelle et pour les médicaments Services publics financés sur les recettes ordinaires Peu d'assurances	Bangladesh, Inde, Pakistan, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne
Pays à revenu inter- médiaire (600–7.900) Assurance privée	2–7	20–350	Services publics destinés aux groupes à revenu faible et intermédiaire financés sur les recettes ordinaires Assurance privée et services privés pour la population aisée (moins de 10 % des habitants)	Afrique du Sud, Zimbabwe
Sécurité sociale	3–7	20–400	Santé publique et soins cliniques pour les groupes à faible revenu financés sur les recettes ordinaires de l'Etat Assurance sociale pour les salariés, avec services mixtes	République de Corée, Costa Rica, Turquie
Anciennes économies socialistes d'Europe (650–6.000)	3–6	30–200	Services publics (de médiocre qualité ou en train de s'effondrer) financés sur les recettes ordinaires de l'Etat Important marché parallèle pour les services de santé privés	Pologne, République slovaque, République tchèque, Républiques de l'ex-URSS
Economies de marché bien établies, sauf Etats-Unis (5.000–34.000)	6–10	400–2.500	Couverture universelle ou quasi universelle par financement sur les recettes ordinaires de l'Etat ou assurance sociale obligatoire Utilisation de plafonnements pour les paiements en tiers payant et fixation de budgets globaux	Allemagne, France et Japon (assurance sociale); Norvège, Royaume-Uni, Suède (recettes fiscales ordinaires)
Etats-Unis (22.000)	12	2.800	Combinaison d'une assurance privée volontaire et utilisation des recettes fiscales ordinaires Paiement à l'acte non réglementé et non plafonné Coûts administratifs élevés des prestataires de santé et des assureurs	Etats-Unis

a. Bien que la Chine soit un pays à faible revenu, son système de santé est plus proche de celui d'un pays à revenu intermédiaire doté d'un système d'assurance sociale.

Source : Pour les dépenses, Tableau A.9 de l'Annexe.

somme de 2 à 40 dollars dépensée par personne et par an pour la santé. Elle sert en quasi-totalité à payer les médecins, les guérisseurs traditionnels et les médicaments. Les ONG, en particulier celles qui sont rattachées à des institutions religieuses, assurent une bonne partie des services de santé dans beaucoup de pays à faible revenu. En Tanzanie et en Haïti, elles assurent le fonctionnement de près de la moitié des hôpitaux et, au Cameroun et en Ouganda, elles dirigent 40 % des installations de santé. Au Ghana et au Nigéria, les

hôpitaux de missions représentent à peu près le tiers des lits disponibles. Les dépenses de l'Etat, évaluées sur la base des recettes fiscales ordinaires, couvrent en général moins de la moitié des 2 à 7 % de la part qu'occupent les services de santé dans le PNB. Le système d'assurance est embryonnaire ou inexistant.

Il y a peu encore, la Chine représentait une importante exception parmi les pays à faible revenu. Entre 1960 et 1980, les entreprises d'Etat se chargeaient elles-mêmes des soins de santé à dispenser à leurs

employés ou sous-traitaient ces tâches à des hôpitaux publics. Les communes rurales étaient tenues d'affecter une partie de leurs ressources financières au financement des services de santé, ouverts à l'ensemble de la collectivité. A la fin des années 70, le système d'assurance couvrait pratiquement toute la population urbaine et 85 % de la population rurale — réalisation sans précédent pour un pays en développement à faible revenu. Mais, depuis la suppression des fermes collectives et la libéralisation de l'industrie au début des années 80, ces formes d'assurance médicale et d'organisation des services de santé se sont beaucoup affaiblies. La population rurale s'en remet de plus en plus aux services de santé publics, dont le coût est en partie financé par le budget général de l'Etat. Mais, contrairement à ce qui se passe en général dans les autres pays à faible revenu, la tarification des services permet de recouvrer une bonne partie des coûts.

Dans les *pays à revenu intermédiaire*, on trouve deux grands types de systèmes de santé, selon que l'assurance maladie relève de l'Etat ou du secteur privé. Les dépenses de santé (entre 20 et 400 dollars par habitant) sont plus élevées que dans les pays à faible revenu, et les moyens de gestion sont plus importants, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans les pays où il existe une assurance privée, comme en Afrique du Sud et au Zimbabwe, les soins de santé des groupes à revenu moyen ou faible sont pris en charge par le budget de l'Etat, tandis que les ménages aisés (moins de 20 % de la population) contractent une police d'assurance pour payer des médecins et des hôpitaux privés ou des chambres privées dans des établissements publics.

Dans les pays où il existe un système d'assurance sociale, les cotisations obligatoires — des salariés et des employeurs, parfois avec la participation de l'Etat — financent l'assurance d'une partie de la population, qui englobe la plupart des salariés des classes moyennes. Les soins de santé des pauvres sont pris en charge par le budget général de l'Etat. C'est le système qui prévaut en Corée, en Turquie et dans la plupart des pays d'Amérique latine.

Dans les *anciennes économies socialistes* d'Europe de l'Est et d'Union soviétique, le financement et la fourniture des services de santé par l'Etat étaient jusqu'à une période récente la seule forme officiellement reconnue d'activité dans ce domaine. A l'heure actuelle, les dépenses publiques de santé représentent de 3 à 6 % du PNB dans ces pays, soit 30 à 250 dollars par habitant. Avant la vague de libéralisation politique et économique de la fin des années 80, il arrivait souvent que des paiements soient faits par les particuliers pour des services de santé « publics » (sous forme de gratifications offertes aux médecins des hôpitaux publics, par exemple) et les médicaments disparaissaient souvent des stocks publics pour se retrouver sur les marchés privés. Depuis que le vent de réforme politique et économique s'est mis à souffler sur ces pays à la fin des années 80, leur système de

santé est en crise. La diminution des crédits budgétaires et la dégradation des services publics plaident puissamment en faveur de nouvelles formes d'assurances publiques et privées.

Les *pays à économie de marché bien établie*, sauf les Etats Unis, utilisent tous l'un des deux types de financement public décrits ci-dessus pour plus des trois quarts de leurs dépenses de santé, qui se situent entre 400 et 2.500 dollars par personne et par an. La Norvège, le Royaume-Uni et la Suède utilisent les recettes fiscales ordinaires pour financer des services de santé fournis directement par l'Etat. En Allemagne, en France et au Japon, notamment, l'assurance sociale est le mode de financement dominant. Les Etats-Unis, où les dépenses annuelles de santé s'élèvent à environ 2.800 dollars par habitant, utilisent une ahurissante combinaison de systèmes : il y a des assurances facultative privées qui sont liées à l'emploi, une assurance obligatoire pour les employés de l'administration fédérale, qui comporte tout un éventail d'assureurs et de polices d'assurance entre lesquels chaque employé peut choisir, et un système de soins entièrement organisé et financé par l'Etat pour les anciens combattants. Une formule de type « payeur unique » et financée par le budget de l'Etat est utilisée au niveau fédéral pour les soins aux personnes âgées (Medicare) et au niveau des Etats pour les pauvres (Medicaid).

Choix et financement de l'ensemble de services cliniques essentiels

Dans presque tous les pays du monde, on reconnaît que l'une des responsabilités fondamentales de l'Etat est d'assurer à chacun la possibilité de bénéficier d'un ensemble de services cliniques essentiels. Mais en quoi devrait consister cet ensemble de services? Des considérations d'ordre politique influenceront inévitablement sur les décisions prises à ce sujet, mais le choix doit avant tout être opéré en fonction de l'efficacité relative des interventions par rapport à leur coût, de l'ampleur et de l'incidence des problèmes de santé qui affectent la population, ainsi que des ressources disponibles.

Définition des services essentiels

Le traitement d'un patient nécessite souvent plusieurs interventions étroitement liées les unes aux autres. Un enfant fiévreux atteint de diarrhée devra peut-être être traité à la fois pour des infections respiratoires et gastro-intestinales graves. Une femme enceinte a besoin d'être suivie pendant la grossesse et de recevoir des soins lors de l'accouchement. Il est donc logique de regrouper certaines interventions lorsqu'on analyse leurs coûts et leurs avantages. Quel que soit le pays considéré, cinq groupes, ou grappes, d'interventions cliniques seront sans doute importants : les soins prénatals et les soins d'accouchement;

les services de planning familial; les soins aux enfants malades; le traitement de la tuberculose; et les soins individuels aux malades atteints de maladies sexuellement transmissibles. Les deux premiers groupes sont souvent présentés ensemble sous l'appellation générale d'activités de « maternité sans danger » mais, pour les besoins de l'évaluation des coûts et avantages, on les présente ici séparément. Tous ces groupes d'interventions sont très efficaces par rapport aux coûts, ceux-ci allant de 50 dollars ou moins par AVCI dans les milieux à faible revenu à 150 dollars ou moins dans les milieux à revenu intermédiaire. Et ils concernent des problèmes de santé très répandus qui affectent les pauvres.

Les Encadrés 5.1 à 5.4 donnent des précisions sur les problèmes de santé que ces cinq groupes d'interventions cliniques contribuent à résoudre, sur les

moyens à mettre en oeuvre pour organiser efficacement les interventions, et sur leur coût-efficacité. Ces problèmes sont parmi les plus répandus dans les pays en développement. Quatre maladies infectieuses qu'il est possible de prévenir ou qui sont faciles à traiter font près de 7 millions de victimes par an chez les enfants. Les accouchements effectués dans des conditions d'hygiène douteuses provoquent un demi-million de décès maternels par an. La tuberculose tue plus de 2 millions de personnes par an, ce qui en fait la première cause de décès des adultes. Plus de 250 millions de nouveaux cas de MST débilatantes, voire mortelles, sont dénombrés chaque année.

En dehors de ces cinq groupes d'interventions cliniques, il faudrait, si l'on veut rester en prise avec la réalité, inclure dans l'ensemble de services essentiels le traitement d'infections et de traumatismes

Encadré 5.1 Éliminer les risques de la grossesse et de l'accouchement

Dans des conditions optimales, sur 1.000 grossesses qui parviennent au septième mois de gestation, 990 environ se termineront par la venue au monde d'un bébé en bonne santé dont la mère se porte bien. Mais, pour la plupart des femmes du monde en développement, l'accouchement comporte des risques. Dans ces pays, à peu près une femme sur 50 meurt de complications de grossesse et d'accouchement, contre une sur 2.700 dans les économies de marché bien établies. La mortalité maternelle a de lourdes conséquences au sein du foyer : les probabilités de décès des enfants de moins de 5 ans augmentent de 50 % quand la mère meurt.

En 1987, la communauté internationale de la santé, et en particulier la Banque mondiale, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et des organismes de 45 pays ont lancé l'Initiative mondiale pour la maternité sans risque. Le principal objectif de ce programme est de réduire de moitié le nombre de décès maternels d'ici à l'an 2.000. Les programmes de santé recommandés à cet effet comprennent notamment des activités de planning familial et des soins de grossesse des soins prénatals et des soins d'accouchement. (Les services de planning familial et d'interruption de grossesse sont analysés plus en détail au Chapitre 4.) L'efficacité-coût marginale des soins de grossesse varie en fonction des circonstances, mais la Banque mondiale estime que le coût moyen par AVCI se situe entre 30 et 110 dollars, ce qui équivaudrait à moins de 2.000 dollars par décès évité.

Si l'on pouvait étendre les soins prénatals, les soins d'accouchement et les soins postnatals à 80 % de la population mondiale, on réduirait de 40 % la charge de la maladie liée aux grossesses à risques, pour un coût de l'ordre de 40 à 255 dollars par naissance assistée, soit 4 à 9 dollars par habitant. Un programme national de soins de grossesse comprendrait trois éléments :

- *Un élément information, éducation et communications* destiné à susciter une demande de services cliniques, à sensibiliser les femmes et leur entourage aux signes de

danger qui peuvent apparaître durant la grossesse et l'accouchement, et à mobiliser les communautés pour le transport des femmes souffrant de complications dans des hôpitaux de district.

- *Un élément obstétrique à base communautaire* avec un personnel d'infirmières-sages-femmes qualifiées pour fournir des soins prénatals, notamment vaccination contre le tétanos, traitement de la syphilis, fourniture de micronutriments (fer, folate et iode) et dépistage des complications de grossesse et d'accouchement; pour assurer un accouchement normal, y compris par application prophylactique d'antibiotiques contre l'ophtalmie gonorrhéique; pour administrer les premiers secours d'obstétrique, y compris fourniture de sédatifs pour éclampsie précoce (accès convulsifs liés à la grossesse) et enlèvement manuel du placenta; pour organiser promptement le transfert en cas de complications graves; pour interrompre une grossesse dans de bonnes conditions.

- *Un élément installations hospitalières de district* pour fournir les services d'obstétrique essentiels (césarienne, anesthésie, transfusion sanguine, interventions manuelles et surveillance du travail) et réanimation néonatale (aspiration des sécrétions et respiration assistée avec apport d'oxygène).

L'accent qui sera mis sur les différentes composantes du programme dépendra des conditions locales. Ainsi, dans les districts où les ressources sont limitées et les femmes extrêmement isolées, priorité sera accordée aux soins prénatals visant essentiellement à remédier à des carences en micronutriments et à soigner des maladies comme les MST et le paludisme. Par contre, dans les zones urbaines et périurbaines, où les centres de recours sont plus occupés qu'il ne faudrait à pratiquer des accouchements normaux et où la qualité des soins est en générale faible, il faudrait améliorer les centres de santé pour leur permettre de pratiquer des accouchements normaux et la qualité des soins hospitaliers devrait être améliorée pour mieux traiter les complications obstétriques.

Encadré 5.2 Traitement intégré de l'enfant malade

Quatre groupes de maladies infectieuses — les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et le paludisme — représentent plus de la moitié des 12,7 millions de moins de 5 ans qui meurent chaque année. Dans les pays en développement, la rougeole cause à elle seule 860.000 décès d'enfants de moins de 5 ans et entre pour 6 % dans la perte d'AVCI pour ce groupe d'âge; le paludisme représente 4 % de la charge de morbidité dans le groupe des moins de 5 ans. Les enfants que les mères amènent aux centres de santé pour une maladie diarrhéique ou une infection respiratoire aiguë, comme la pneumonie, sont dans bien des cas mal diagnostiqués et mal soignés, ce qui entraîne des complications et des décès qui auraient pu être évités.

Alors que la prévention des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës se révèle difficile et n'est probablement pas efficace par rapport au coût, les traitements cas par cas dans le cadre de programmes communautaires sont faisables et extrêmement efficaces. L'OMS et l'UNICEF ont récemment entrepris d'aider le lancement de programmes nationaux de traitement intégré de l'enfant malade. Cette initiative s'appuie sur plus de 15 années d'expérience en matière de traitement cas par cas des maladies diarrhéiques, essentiellement par une thérapie de réhydratation orale, et environ sept ans de recherche et d'exécution de programmes sur le traitement cas par cas des infections respiratoires aiguës.

Au Népal, un essai d'intervention contrôlée qui faisait appel exclusivement à des agents de santé locaux pour dépister et traiter la pneumonie sans recourir à l'hospitalisation a permis de réduire de 28 % le risque de décès, toutes causes confondues, au bout de la troisième année du programme. D'autres avantages ont été retirés de la diminution des décès causés par la diarrhée et la rougeole. D'autres études sur ce type de stratégies à base communautaire pour les moins de 5 ans font état d'une diminution d'environ 50 % des taux de mortalité infantile pour cause d'infections respiratoires aiguës. En Egypte, l'utilisation de la thérapie de réhydratation orale a permis de réduire de 50 %, dans certaines régions, la mortalité des enfants souffrant de diarrhée, et de 40 % la mor-

talité des enfants de 1 mois à 5 ans. Les données d'expérience concernant ces deux groupes de maladies peuvent être élargies pour englober le paludisme, la rougeole et la malnutrition. La constatation que le paludisme et la pneumonie se recoupent dans leur présentation clinique et peuvent être traités avec les mêmes antibiotiques est un argument de plus en faveur du traitement simultané de plusieurs maladies.

Dans le traitement intégré de l'enfant malade, on fait une première évaluation de l'état de celui-ci par une série limitée de questions et d'observations de symptômes facilement reconnaissables. On vérifie son état nutritionnel et son carnet de vaccination et on le vaccine, le cas échéant. On classe l'état de l'enfant en fonction de la maladie dont il est atteint et de la gravité de cette maladie, ce qui sert de base de traitement et d'orientation éventuelle. Enfin, la mère reçoit des conseils sur les soins à donner par la suite à son enfant.

Il s'agit essentiellement de former des agents de santé primaire chargés de diagnostiquer la maladie et de prescrire le traitement approprié au niveau du centre de santé, ou de réorienter immédiatement vers un hôpital de district les cas qui présentent des complications. Il est d'une importance capitale, pour le succès de l'opération, de disposer d'un stock adéquat d'antibiotiques et d'autres médicaments (notamment contre le paludisme). Les traitements intégrés, dont les services hospitaliers, coûteront entre 30 et 100 dollars par AVCI. Puisque de 60 à 70 % de la réduction de la charge de morbidité provient de l'élément ambulatoire du programme, il n'est pas indispensable de faire appel aux hôpitaux de district, mais leur présence et leur bon fonctionnement procurent des avantages substantiels au plan sanitaire. Si l'on arrive à provoquer une utilisation importante des services de santé, la réduction de décès infantiles dans les communautés à forte mortalité peut atteindre, selon les estimations de l'OMS, entre 50 et 70 %. Ce fait et la technologie relativement faible qu'implique ce genre de programmes classent le traitement des enfants malades au premier rang des priorités dans les pays où la mortalité infantile est supérieure à 30 décès par 1.000 enfants âgés de moins de 5 ans.

mineurs, ainsi que la fourniture de conseils et de calmants pour les problèmes de santé qu'il n'est pas possible de maîtriser entièrement avec les ressources et les technologies du moment. Les hôpitaux seraient dotés de moyens suffisants pour assurer certains traitements d'urgence : la majorité des cas de fractures ainsi que des interventions peu fréquentes telles que les appendicectomies. La prestation de ces services au niveau local dépendrait des moyens disponibles et des possibilités du moment. Ensemble, ces « services de soins restreints » et les cinq groupes d'intervention énumérés plus haut constituent un « *minimum vital* » en matière de services cliniques. Pour assurer la bonne

marque de ces services essentiels, il faut un système de santé qui fonctionne bien au niveau du district, avec un réseau de postes et de centres de santé comme premiers points de contact avec les patients et des hôpitaux de district comme établissements de recours, le tout relié par des moyens de transport d'urgence.

Les pouvoirs publics doivent s'assurer que les installations publiques disposent des moyens nécessaires — médicaments, fournitures médicales, structures, matériel et personnel qualifié — pour fournir ces services essentiels, mais non des moyens destinés à des services qui ne font pas partie de l'ensemble de

services essentiels défini au niveau national. Il faut un hôpital de district avec un lit pour 1.000 habitants environ pour assurer des soins hospitaliers et des soins ambulatoires spécialisés, mais l'hôpital n'aurait à effectuer que des interventions chirurgicales de base. Pour l'administration de l'ensemble minimum de services, il n'est pas nécessaire de prévoir un centre hospitalier d'un niveau plus élevé. Il faudra, certes, des médecins pour superviser les soins cliniques essentiels et traiter les cas plus compliqués, mais la plupart des services qui font partie du minimum indispensable peuvent être assurés par des infirmiers et des sages-femmes. Un ratio de deux à quatre infirmiers/infirmières diplômés par médecin (les estimations varient compte tenu des effectifs disponibles de médecins et d'infirmiers/infirmières

dans les différentes régions) et de 0,1 à 0,2 médecin pour 1.000 habitants serait suffisant. Si de nombreux pays en développement sont déjà suffisamment équipés pour assurer le minimum de services de santé essentiels, certains pays à faible revenu devront prévoir des investissements supplémentaires en personnel, en matériel et en installations.

Dans les pays en développement qui ont des moyens financiers suffisants et la volonté politique de faire mieux que le minimum, on peut envisager d'autres interventions d'un rapport coût-efficacité légèrement inférieur à celui de l'ensemble minimum. On pourrait y faire entrer éventuellement un certain nombre d'interventions concernant les maladies chroniques, telles l'administration de médicaments hypoglycémisants ou d'insuline pour le diabète, le traite-

Encadré 5.3 Traitement des maladies sexuellement transmissibles

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont des infections extrêmement communes : selon les estimations faites par l'OMS en 1990, il y aurait plus de 250 millions de nouveaux cas chaque année dans le monde. Ces maladies ont des conséquences graves et souvent irréversibles, qui affectent très particulièrement les femmes, qui représentent 80 % du total d'AVCI perdues pour cause de MST (VIH non compris). Les femmes sont plus vulnérables que les hommes à cause de la plus grande efficacité de transmission d'homme à femme pour la plupart des agents pathogènes de MST, de l'absence de méthodes de prévention à la disposition des femmes et, dans de nombreux endroits, de la dynamique de puissance qui limite la capacité des femmes à déterminer les conditions dans lesquelles se produit le rapport sexuel. Les femmes ont moins de chances que les hommes de pouvoir se faire traiter pour une MST parce que la majorité de celles qui sont infectées sont des malades asymptomatiques et que celles qui présentent des symptômes hésitent à se faire soigner par crainte du qu'en dira-t-on. Mais puisque les MST infligent aux hommes aussi une lourde charge de morbidité, et puisque les hommes entrent pour beaucoup dans leur transmission, les mesures qui seront prises pour lutter contre ces maladies n'atteindront leur but que si elles sont ciblées sur l'un et l'autre sexe.

Etant donné que les MST favorisent la transmission du VIH, la lutte contre les MST est l'une des interventions les plus importantes si l'on veut enrayer la propagation du SIDA. Mais, même sans le SIDA, les MST sont la cause d'une morbidité et d'une mortalité considérables. Elles affectent en général les individus du groupe d'âge 15-44 ans, c'est-à-dire le groupe de population économiquement le plus productif. L'une des principales causes de la morbidité et de la mortalité néonatales dans certains pays est la syphilis congénitale. Comme le traitement est simple (une à trois injections de pénicilline) et peu coûteux, il a été recommandé d'inclure le dépistage et le traitement de la syphilis durant la période des soins prénatals dans le minimum de services de santé à offrir. En fonction de la

prévalence de la maladie, de l'appartenance éventuelle de la personne infectée à un groupe à risques (c'est-à-dire susceptible de transmettre la syphilis à d'autres), et du mode de détection utilisé, la guérison d'un cas de syphilis peut ne pas coûter plus de 0,10 dollar ou coûter jusqu'à 40 dollars par AVCI. En Zambie, un projet de démonstration du traitement de la syphilis pour les femmes enceintes a permis de réduire de deux tiers les taux de mortalité, d'insuffisance pondérale à la naissance et de décès néonataux dus à la syphilis, et ceci en dépit du fait qu'assistance, dépistage et traitement n'aient pas été ce qu'on aurait souhaité. Le coût a été de 12 dollars par cas réussi de prévention, soit moins de 1 dollar par AVCI. Dans un programme similaire réalisé au Kenya, la prévention d'un décès néonatal a coûté 50 dollars. Malheureusement, dans la plupart des pays, aucun programme complet de dépistage périnatal de la syphilis n'a été mis en place.

Il y a eu des interventions réussies pour d'autres MST, mais, faute de diagnostics simples, appropriés, rapides et peu coûteux susceptibles d'être utilisés sur le terrain, elles sont beaucoup plus difficiles et onéreuses à mettre en place. Par conséquent, lorsque les ressources sont restreintes, ces interventions doivent viser spécifiquement les groupes à risques pour être efficaces. Dans ces groupes, le traitement cas par cas de la chlamydia (infection bactérienne de l'appareil reproductif) et de la blennorragie peut être très efficace par rapport au coût (10 à 40 dollars par AVCI), de même que le traitement de la chancres dans les endroits où elle est commune. La plus grande partie du coût de l'intervention est liée au diagnostic. Les calculs montrent qu'en cas de prévalence de MST supérieure à 10 %, il peut être d'un meilleur rapport coût-efficacité de traiter tout le monde dans le groupe à risques plutôt que de procéder par dépistage. Mais cela ne tient pas compte des problèmes que pose l'utilisation généralisée d'antibiotiques pour le traitement des MST, et en particulier des réactions contraires que cela peut avoir, de la résistance des microbes à ces médicaments, et des changements de la flore microbienne.

Encadré 5.4 Traitement rapide de la tuberculose

La tuberculose tue ou débilite plus d'adultes âgés de 15 à 59 ans que toute autre maladie et elle est responsable d'environ 2 à 4 % de la charge de morbidité. C'est la principale cause de décès dans les pays en développement, où elle provoque quelque 2 millions de décès par an, ce qui représente approximativement 5 % de tous les décès et 25 % des décès d'adultes évitables dans ces pays. Les femmes en âge de procréer meurent davantage de tuberculose que de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Plus de la moitié de la population mondiale est infectée par le bacille de la tuberculose. Les personnes mal nourries ou qui ont une autre maladie grave sont particulièrement vulnérables, comme celles qui sont infectées par le VIH. La relation entre tuberculose et VIH est hautement significative, puisque chaque personne infectée par le VIH et le bacille de Koch peut transmettre la tuberculose à 12 autres personnes par an.

Les taux annuels d'incidence de toutes les formes de tuberculose clinique varient de 50 à 260 pour 100.000 dans les pays en développement; il s'agit, dans plus de la moitié des cas, de tuberculose infectieuse (expectoration positive). La plupart des formes de tuberculose sont mortelles à 50-60 % si elles ne sont pas traitées. Aucun âge n'est épargné, mais les plus vulnérables sont les jeunes adultes. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les risques annuels d'infection demeurent élevés, en partie à cause de la pauvreté et de la promiscuité (facteurs de risques pour la tuberculose) et en partie parce que tout gain réalisé dans la diminution du risque d'infection est annulé par l'épidémie de VIH. En Inde et dans les pays subsahariens, la tuberculose est la principale cause de décès et le facteur qui contribue le plus à la charge de morbidité. Elle est responsable de 8 à 11 % des AVCI perdues dans le groupe des 15 à 59 ans.

Il y a deux solutions pour traiter la tuberculose : la chimiothérapie rapide, qui consiste à prendre trois à cinq médicaments pendant six à huit mois, et la chimiothérapie « standard », qui consiste à prendre deux ou trois médicaments pendant une période de 12 à 18 mois. Les

médicaments de la méthode rapide coûtent entre 50 et 80 dollars par malade. Pour la méthode standard, le coût n'est que de 10 à 15 dollars, mais le coût par mort évitée est plus élevé parce que 30 % seulement vont jusqu'au bout du traitement et sont guéris, contre 60 % pour la méthode rapide. Parmi les autres avantages de cette dernière, il faut citer le nombre plus restreint d'organismes résistants et la moindre fréquence des recours à un nouveau traitement, qui est coûteux. (Cette analyse s'applique au traitement de la tuberculose détectée par expectoration positive. Lorsque d'autres formes de tuberculose ont été identifiées, le coût des traitements devrait être du même ordre, sauf pour les formes graves de tuberculose à expectoration négative.)

Le traitement ambulatoire est moins coûteux que l'hospitalisation, mais, lorsque ce type de soins ne peut pas être suivi de près (comme dans de nombreuses régions rurales), l'hospitalisation peut être d'un meilleur rapport coût-efficacité. Le programme décrit s'appuie sur l'investigation passive des cas : on part du principe qu'une personne atteinte de tuberculose présentera des symptômes tels que toux et perte de poids et qu'elle cherchera à se faire soigner, et que les cas de contamination découverts par des recherches actives seront moins enclins à poursuivre un traitement que ceux qui sollicitent des soins. Si le BCG joue un rôle important dans la lutte contre la tuberculose chez les enfants, son efficacité chez les adultes n'est pas encore prouvée.

Le coût du traitement est inférieur à 10 dollars par AVCI dans tous les scénarios de chimiothérapie. On estime que celui des individus infectieux (expectoration positive) permet d'éviter de un à quatre nouveaux cas en enrayant la transmission. Les externalités positives de la chimiothérapie rapide expliquent en partie son très favorable rapport coût-efficacité et justifient l'intervention de l'Etat. Comme le coût des médicaments se situe autour de 50 à 80 dollars par patient et que les pauvres n'auraient sans doute pas les moyens de les payer, une subvention publique se justifie pour les ménages à faible revenu.

ment médical de la schizophrénie et des maladies maniaco-dépressives, le dépistage et le traitement du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, la prévention des maladies cardiovasculaires (comme l'utilisation d'aspirine et de médicaments hypotenseurs simples) chez les individus à haut risque, et le traitement ambulatoire peu coûteux de l'angine de poitrine et des crises cardiaques. Parmi les autres traitements que l'on pourrait inclure dans une enveloppe élargie de soins, citons le traitement des hernies, de la méningite chez les enfants, des ulcères gastro-intestinaux, de la cataracte, des blessures relativement graves et des complications diabétiques. Etant donné la grande place qu'occupe l'invalidité dans la charge de morbidité, l'inclusion de mesures de réadaptation d'un faible coût sera souvent prioritaire pour les interven-

tions qui viendraient s'ajouter à l'ensemble minimum de services essentiels. Ces interventions — dont la plupart répondent à des états morbides qui deviendront de plus en plus courants avec la transition épidémiologique dont il est fait état au Chapitre 1 — pourront ne pas coûter plus de 200 à 300 dollars par AVCI. Leur inclusion, avec celle d'autres interventions d'un rapport coût-efficacité comparable, permettra de réduire la charge actuelle des maladies de 5 à 10 %.

Un grand nombre de traitements sont si peu efficaces par rapport à ce qu'ils coûtent qu'il faudrait les exclure de l'ensemble de services cliniques essentiels. Dans les pays à faible revenu, ce pourrait être le cas de la chirurgie du cœur, du traitement (autre que le soulagement de la douleur) de certains cancers très

meurtriers tels que le cancer des poumons, du foie ou de l'estomac, des coûteuses thérapies médicales pour les porteurs du VIH, et des soins intensifs aux bébés nés très prématurément. Il est difficile de justifier l'utilisation des ressources publiques pour ces traitements lorsque, par ailleurs, des services d'un meilleur rapport coût-efficacité, dont les bénéficiaires sont surtout les pauvres, manquent de crédits budgétaires.

Dans plusieurs pays en développement où l'on observe une très nette amélioration de l'état de santé de la population, le budget de la santé sert en priorité à élargir l'accès de la population à un ensemble de services essentiels. Au Botswana et au Zimbabwe, la diminution rapide de la mortalité infantile et l'allongement de la durée de vie dans les années 80 ont été dus en grande partie aux dispositions prises par les autorités de ces pays pour développer l'infrastructure de santé et à l'utilisation des recettes fiscales ordinaires pour financer tout un ensemble de services de soins de santé publique et de services cliniques. Certains services clés non inclus à l'origine dans le minimum y auront désormais leur place, notamment le traitement de l'avitaminose A et la lutte contre les MST. De même, les améliorations spectaculaires observées au Costa Rica dans les années 70 ont été en grande partie dues à la mise en place de services de santé publique et de services cliniques de base financés presque entièrement par le Ministère de la santé et l'agence nationale de sécurité sociale. L'amélioration remarquable de la situation sanitaire en Chine, dans l'Etat de Kérala en Inde et à Sri Lanka a été due en partie à l'application d'une politique qui donnait la priorité au financement de services cliniques d'un bon rapport coût-efficacité qui étaient destinés spécialement aux populations pauvres des régions rurales.

Avantages, coûts et financement de l'ensemble de services cliniques essentiels

La généralisation du système de services cliniques essentiels aurait des effets énormes sur la santé dans les pays en développement. Si l'on pouvait atteindre 80 % des habitants, on allégerait de 24 % la charge de morbidité dans les pays à faible revenu, et de 11 % dans les pays à revenu intermédiaire (Tableau 5.3). Quand à l'ensemble minimum de services cliniques vient s'ajouter celui de santé publique décrit au Chapitre 4, les pourcentages de morbidité courante qui pourraient être éliminés s'élèvent aux alentours de 32 % dans les pays à faible revenu et de 15 % dans les pays à revenu intermédiaire. Cette réduction équivaldrait à maintenir en vie plus de 9 millions de nouveau-nés par an.

La mise en place de l'ensemble minimum de services cliniques coûterait en moyenne quelque 8 dollars par personne et par an dans les pays à faible revenu, et dans les 15 dollars dans les pays à revenu intermédiaire. La moitié à peu près de ces montants serait

absorbée par les soins prénatals et les soins d'accouchement. Si l'on y ajoute le coût de quelques interventions de santé publique, le montant global des coûts passe à 12 dollars par habitant dans les pays à faible revenu et à 22 dollars dans les pays à revenu intermédiaire. Les différences de coûts tiennent à des différences dans les structures démographiques, les conditions épidémiologiques et les coûts de la main-d'oeuvre dans les deux catégories de pays considérées.

Dans les pays à faible revenu, où l'Etat dépense en général 5,50 dollars par habitant pour la santé et où les dépenses de santé sont de l'ordre de 14 dollars par personne (Figure 5.2), les 12 dollars qu'il faut prévoir pour les services essentiels seraient sans doute difficiles à trouver. Il faudrait accroître l'enveloppe budgétaire de la santé (dont une partie pourrait dans un premier temps être financée par les bailleurs de fonds) et opérer une redistribution des crédits de façon à privilégier les soins essentiels au détriment des soins discrétionnaires. Dans les pays à revenu intermédiaire, où l'Etat dépense en moyenne 62 dollars environ par personne, les 22 dollars du programme minimum seront financièrement supportables dans la mesure où les autorités auront la volonté politique nécessaire pour réorienter les ressources disponibles vers la santé publique et les soins cliniques essentiels. Ces pays peuvent même se permettre de faire financer par l'Etat un programme de services essentiels largement supérieur à ce minimum.

Qui paiera les soins cliniques essentiels? L'argument de l'efficacité milite puissamment en faveur d'un financement direct par l'Etat des interventions de santé publique étudiées au Chapitre 4. Certains services cliniques essentiels, comme le traitement de la tuberculose et des MST, ont des externalités très positives. Ce qui est plus important, c'est que ce sont en grande majorité les pauvres qui sont affectés par les problèmes de santé énumérés au Tableau 5.3 et qu'ayant des familles plus nombreuses que le reste de la population, ils profiteraient beaucoup plus que les autres des services liés aux soins périnatals. Le financement public d'un ensemble de services de base est un moyen efficace de les atteindre.

Le principal problème que pose la prise en charge totale des services essentiels par l'Etat tient au fait que cela conduit à accorder des subventions aux riches, qui auraient les moyens de payer, et à réduire d'autant les ressources publiques qui pourraient aller aux pauvres. Une politique de concentration des ressources publiques sur les services destinés aux pauvres, les autres couches de la population supportant tout ou partie des coûts qui les concernent, se justifie au plan de l'équité, mais elle ne va pas sans présenter certains inconvénients. Souvent, les coûts administratifs du ciblage sont élevés, et l'exclusion des riches et des catégories à revenu intermédiaire risquerait d'affaiblir le soutien politique au système des services essentiels, entraînant une réduction des financements

Tableau 5.3 Coûts et avantages estimatifs de certains services de santé publique et certains services cliniques dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, 1990

Catégorie de pays et type de services	Coût annuel (dollars) ^a			Coût par habitant en % du revenu par habitant	Charge de morbidité évitée (%) ^b
	Par cas ou par participant	Par habitant	Par AVCI		
<i>Pays à faible revenu (\$ 350 par habitant)</i>					
Programme de santé publique ^c	—	4,2	—	1,2	8
Ensemble minimum de services cliniques essentiels	—	7,8	—	2,2	24
Chimiothérapie rapide pour tuberculose	500	0,6	3-5		1
Traitement de l'enfant malade	9	1,6	30-50		14
Soins prénatals et d'accouchement	90	3,8	30-50		4
Planning familial	12	0,9	20-30		3
Traitement des MST ^d	11	0,2	1-3		1
Soins limités ^e	6	0,7	200-350		1
Total, services de santé publique et services cliniques	—	12,0	—	3,4	32
<i>Pays à revenu intermédiaire (\$ 2.500 par habitant)</i>					
Programme de santé publique ^c	—	6,8	—	0,3	4
Ensemble minimum de services cliniques essentiels	—	14,7	—	0,6	11
Chimiothérapie rapide pour tuberculose	275	0,2	5-7		1
Traitement de l'enfant malade	8	1,1	50-100		4
Soins prénatals et d'accouchement	255	8,8	60-110		3
Planning familial	20	2,2	100-150		1
Traitement des MST ^d	18	0,3	10-15		1
Soins limités ^e	13	2,1	400-600		1
Total, services de santé publique et services cliniques	—	21,5	—	0,9	15

Note : Les chiffres supposent une couverture de 80 % de la population.

a. Coûts moyens.

b. Avantages marginaux.

c. Comprend PEV Plus; santé scolaire, y compris administration de vermifuges, suppléments de micronutriments et éducation de santé; information sur la santé, la nutrition et le planning familial; programmes de lutte contre le tabac et l'alcool; suivi et surveillance; lutte contre les vecteurs; programmes de prévention du SIDA.

d. Les avantages ont été calculés pour une épidémie de SIDA comparable à celle qui sévit en Afrique subsaharienne aujourd'hui.

e. Les soins limités comprennent évaluation, conseils, soulagement de la douleur, traitement de l'infection et des traumatismes mineurs, et traitement de cas plus compliqués dans la mesure où les ressources le permettent.

Source : Calculs de la Banque mondiale.

et une baisse de qualité des soins. En outre, les problèmes d'escalade des coûts et d'accès des individus à haut risque à l'assurance (voir Chapitre 3) font que la formule du financement par le secteur privé n'est pas si simple. C'est peut-être pour cette raison que la plupart des pays membres de l'OCDE font financer par l'Etat (ou par son intermédiaire) des programmes de services essentiels largement définis pour la quasi-totalité de leur population.

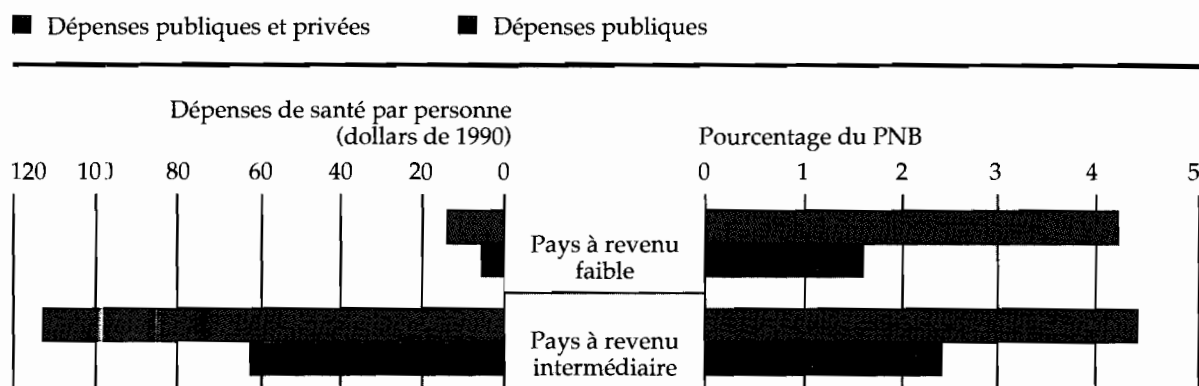
Dans les pays à faible revenu, où le budget de fonctionnement de la santé est inférieur au coût des services essentiels, il est pratiquement inévitable de procéder à un certain ciblage. Dans les pays où les riches renoncent d'eux-mêmes aux services publics parce que les services privés sont de meilleure qualité et qu'ils sont plus commodes, le ciblage peut être relativement facile. Mais, dans d'autres cas, il faudra instituer une tarification modulée en fonction des moyens de chacun ou d'autres méthodes de ciblage (Encadré 5.5). L'utilisation des équipements spéciaux des centres hospitaliers universitaires, par exemple, peut

être tarifiée au prix coûtant ou à un prix plus élevé puisqu'ils seront exclusivement utilisés par les riches. La tarification des usagers peut contribuer à procurer des ressources supplémentaires pour les services essentiels, apport qui pourrait représenter de 10 à 20 % de l'ensemble du budget public de la santé. Enfin, l'orientation des financements des bailleurs de fonds vers la santé publique et les soins cliniques essentiels peut accroître de façon significative le volume total de ressources dont on disposerait pour les services essentiels.

La contribution des usagers aux coûts des services de santé publique dans les pays en développement a fait couler beaucoup d'encre depuis que la Banque mondiale en a soutenu le principe en 1987 dans une grande étude sur le financement de la santé. Les détracteurs disent que cela a pour effet de restreindre les possibilités d'accès aux soins, surtout pour les pauvres. Pourtant, beaucoup de pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, ont dû y recourir de plus en plus pour venir en aide à des

Parce qu'ils dépensent beaucoup moins pour leur santé que les pays à revenu intermédiaire et que la part prise en charge par le secteur public est plus faible, les pays les plus pauvres disposent de moins de ressources à réallouer.

Figure 5.2 Financement public de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 1990



Source : Tableau A.9 de l'Annexe.

Encadré 5.5 Cibler les dépenses publiques sur les pauvres

Lorsque, comme cela, d'après beaucoup d'études, arrive souvent, des dépenses publiques de santé ne sont pas ciblées sur les pauvres, aucune autre source de financement ne permettra probablement de compenser cette lacune. Pour déterminer les mécanismes de ciblage qui fonctionnent le mieux, il faut étudier notamment leur impact sur la demande, leur coût administratif, les moyens techniques et les moyens de gestion qu'ils exigent et le degré de soutien politique qu'ils peuvent mobiliser. Dans les pays où les revenus sont trop faibles pour assurer à tous le bénéfice d'un ensemble minimum de services essentiels, il existe essentiellement, pour cibler cet ensemble, quatre grands mécanismes.

- Evaluer les *demandeurs* de services sur la base du revenu, de l'état nutritionnel ou d'autres critères et, en fonction des résultats de l'évaluation, offrir des services inclus dans l'ensemble des soins cliniques essentiels gratuitement ou selon un tarif différencié. Pour l'évaluation des revenus, on peut utiliser des mesures directes ou des variables représentatives (telles que le type de logement occupé), mais c'est là une approche en général plus coûteuse administrativement que d'autres.

- Subventionner les services cliniques essentiels pour des *sous-groupes* de population facilement identifiés (par exemple, tous les habitants de certaines régions ou de certains quartiers défavorisés ou tous les enfants des écoles publiques). Lorsqu'il existe des mécanismes de sécurité sociale (financés ordinairement par une retenue sala-

riale), leurs adhérents font en général partie des classes relativement aisées. Le ciblage de financements publics sur ceux qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale permettra d'atteindre les pauvres, et l'administration en sera relativement simple. Dans les pays qui disposent de mécanismes d'assurance sociale bien établis, ce type de ciblage se révélera souvent le meilleur.

- Laisser les individus *se cibler eux-mêmes*. Les services essentiels sont offerts gratuitement à toute la population, mais le programme est conçu de manière à dissuader les personnes de condition aisée de s'en prévaloir. Le coût du temps passé, la force du qu'en dira-t-on et le caractère relativement rudimentaire des services sont ce qui, habituellement, encourage l'auto-ciblage. Malheureusement, cela peut aussi avoir le même effet de dissuasion sur les pauvres. Les mères de famille pauvres qui travaillent, par exemple, peuvent estimer que le temps consacré à utiliser les services subventionnés pour elles-mêmes et leurs enfants est un obstacle insurmontable.

- Cibler par *type de service*. Offrir gratuitement, ou fortement subventionner, les services qu'utilisent surtout les pauvres. Cette sorte de ciblage est inhérente à la plus grande partie des services cliniques essentiels : les soins prénatals et d'accouchement, le traitement des enfants malades et le traitement des MST et de la tuberculose sont tous des services qui, ouverts à toute la population, profiteront en particulier aux pauvres.

budgets lourdement grevés. Les études qui ont été faites sur la question sont peu concluantes et contradictoires. L'une des raisons en est que certains analystes n'ont pas calculé ce qu'il en coûte véritablement aux patients de se faire soigner dans les hôpitaux publics. On paie souvent cher des soins de santé censés être « gratuits ». De récentes enquêtes sur les ménages réalisées en Inde, en Indonésie et au Viet Nam indiquent que, pour chaque visite au centre de santé public, les patients paient deux à trois fois le modique tarif officiel. Sans même parler des dessous-de-table, les frais indirects que constituent les transports et le coût d'opportunité du temps consacré à se faire traiter sont importants.

Puisque les patients doivent en fait déjà payer pour des soins de santé censés être gratuits, ou presque, l'application de nouveaux tarifs, si elle s'accompagne d'une réduction des coûts indirects et d'une amélioration des services fournis, peut inciter à faire davantage appel à ceux-ci. De récentes études effectuées dans quatre pays d'Afrique — Bénin, Cameroun, Guinée et Sierra Leone — confirment qu'il en est ainsi et, ce qui est encourageant, que ce sont les pauvres qui en profitent le plus. Les centres de soins s'étant mis à utiliser le système du paiement à l'acte pour financer des services qu'ils ne dispensaient pas auparavant, les pauvres ont pu ainsi éviter de coûteux déplacements et le coût effectif des soins a diminué. Des études indiquent que l'application de tarifs égaux à moins de 1 % du revenu annuel des ménages a peu d'impact sur l'utilisation des soins de santé, même par les pauvres. Une tarification plus lourde en réduit l'utilisation et il peut être justifié d'en exempter les pauvres.

Dans les pays à revenu intermédiaire, où une assez importante partie de la population peut être couverte par une assurance privée ou l'assurance sociale, il est possible de réserver des crédits publics au financement de services cliniques essentiels destinés aux pauvres en définissant juridiquement l'ensemble national de services essentiels et en rendant leur inclusion obligatoire dans toutes les polices d'assurance, libérant ainsi des ressources publiques pour les pauvres. Il est surprenant de constater que, parmi les institutions de soins intégrés qui se mettent en place dans les pays en développement, beaucoup ne couvrent pas certaines prestations qui seraient incluses dans ces services essentiels. Dans les années 80, au Brésil, par exemple, beaucoup de HMO n'incluaient pas les vaccinations et le planning familial dans leurs prestations de base.

Assurance et financement des services cliniques discrétionnaires

Le financement par l'Etat d'un ensemble national de services cliniques essentiels peut se justifier parce que cela crée des externalités positives et fait reculer la pauvreté. Par contre, les arguments en faveur d'un

financement public des soins cliniques discrétionnaires — des services qui n'entrent pas dans la palette de services essentiels — sont beaucoup moins convaincants. En fait, les pouvoirs publics peuvent promouvoir à la fois l'efficacité et l'équité en réduisant — ou, lorsque la chose est possible, en supprimant — les fonds publics affectés à ces services. Il faut, pour cela, récupérer le coût des services discrétionnaires dispensés dans des centres de santé financés par l'Etat et réduire les subventions versées aux régimes d'assurance privés et publics qui financent les soins discrétionnaires. En dépensant moins pour ces services, on pourra concentrer les ressources de l'Etat là où elles seront le plus utiles, c'est-à-dire dans les services de santé publique et les services cliniques d'un bon rapport coût-efficacité.

Les paiements que les patients font de leur poche sont la principale source de financement des soins discrétionnaires dans les pays à faible revenu. Ils demeurent substantiels dans les pays à revenu intermédiaire, mais l'assurance prend de plus en plus d'importance à mesure que le revenu augmente. Parce que, sauf pour les très riches, le paiement personnel ne peut pas couvrir les soins coûteux, ni protéger de maladies catastrophiques, le financement généralisé des soins discrétionnaires n'est possible qu'avec une assurance. Les pays disposent essentiellement de deux options pour répondre à une demande et à un besoin croissants d'assurance. L'une est d'adopter le système appliqué actuellement aux Etats-Unis, qui repose substantiellement sur la formule de l'assurance volontaire privée. L'autre est de suivre l'exemple du Canada, du Japon et de la plupart des pays européens, où les recettes générales de l'Etat, ou bien l'assurance sociale, financent le coût d'un ensemble relativement complet de services essentiels, ne laissant à l'assurance privée qu'un léger reste de services discrétionnaires.

L'Etat peut améliorer le fonctionnement des marchés de l'assurance de trois façons. Il peut s'efforcer de supprimer les subventions injustifiées à l'assurance. Il peut s'efforcer de maximiser le nombre des personnes protégées par une assurance en empêchant les discriminations d'adhésion — la tendance qu'ont les assureurs à refuser d'assurer les mauvais risques de santé. Il peut aussi contribuer à éliminer une autre source de problèmes que représente l'assurance : l'augmentation explosive du coût des soins de santé, qui est étroitement liée à la formule du paiement à l'acte par un assureur (tiers payant).

Redéployer les financements publics retirés aux soins discrétionnaires

Les pays en développement offrent de substantielles possibilités de redéploiement en ce sens. On pourrait notamment recouvrer le coût des traitements reçus dans les hôpitaux publics, en particulier auprès des patients riches et des assurés. Même dans les pays à

faible revenu, où l'assurance peut ne pas prendre en charge plus que 5 % des dépenses de santé, comme en Ethiopie, au Kenya, au Lesotho, au Pakistan et aux Philippines, l'existence d'un système d'assurance privée, même limité, et de groupes qui disposent de revenus suffisants permet de faire payer les services discrétionnaires dispensés dans des hôpitaux publics. Au Kenya, on s'efforce d'obtenir que les patients assurés remboursent le coût des soins reçus à l'hôpital central de Nairobi. A Maseru, capitale du Lesotho, les tarifs pour chambre privée ont été relevés en 1990 afin de récupérer les coûts auprès des malades de condition aisée.

Dans les pays à revenu intermédiaire, l'assurance prend davantage d'importance comme mécanisme de financement des services discrétionnaires. En Afrique du Sud, l'assurance privée couvre environ 15 % de la population et plus d'un tiers des dépenses de santé. Au Brésil, les services de santé financés par l'Etat sont ouverts à tous, mais un cinquième de la population bénéficie en plus d'une assurance privée. L'assurance sociale, dans le cadre de laquelle des déductions opérées sur les salaires sont affectées aux soins de santé, est une pratique généralisée dans les pays à revenu intermédiaire, en particulier en Amérique latine. Ces prélèvements salariaux représentent un quart des dépenses nationales de santé, voire davantage, en Corée, au Costa Rica et au Panama (Tableau 5.4). Dans les pays où la couverture de l'assurance est plus large, les possibilités de recouvrement des coûts sont encore plus grandes que dans les pays pauvres. Au

Chili, les hôpitaux publics sont invités à faire payer en particulier les patients qui bénéficient d'une assurance privée.

L'autre façon de redéployer les fonds publics aux dépens des soins discrétionnaires est de supprimer les subventions publiques à l'assurance maladie. Ces subventions, qui sont importantes et généralisées, prennent la forme de transferts budgétaires directs aux compagnies d'assurances et de réductions d'impôts liées aux cotisations salariales et patronales. Elles avantagent les classes aisées et ont par conséquent un caractère régressif.

En Amérique latine, comme au Guatemala, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua et au Venezuela, l'Etat cotise à concurrence d'un pourcentage donné des salaires des travailleurs à une caisse maladie-maternité de la sécurité sociale. Au Chili et en Uruguay, les déficits d'exploitation des caisses sont pris en charge par l'Etat. En Colombie et en El Salvador, l'Etat paie directement une partie des coûts des services de santé et d'administration de la sécurité sociale. En Afrique du Sud et au Zimbabwe, les compagnies d'assurances privées bénéficient d'importantes subventions de l'Etat sous forme de déductions fiscales pour cotisations patronales et salariales. Les assurés qui utilisent les services des hôpitaux publics au Zimbabwe paient peut-être un tiers ou un quart du coût effectif, autre exemple de subvention dont bénéficient les populations de condition aisée.

Une fois que l'on a commencé à subventionner l'assurance privée et l'assurance publique, il est extrême-

Tableau 5.4 Assurance sociale dans divers pays, 1990
(pourcentage.)

Groupement de pays et pays	Pourcentage de la population couverte par l'assurance sociale	Assurance sociale en % des dépenses publiques de santé	Assurance sociale en % du total des dépenses de santé	Dépenses de santé en % du PNB
<i>Pays à faible revenu</i>				
Inde	5	9	2	6,0
Kenya	10	7	4	4,3
Indonésie	13	17	6	2,0
<i>Pays à revenu intermédiaire</i>				
Rép. dominicaine	6	9	6	3,7
Equateur	9	11	7	4,1
Colombie	15	18	8	4,0
Paraguay	18	24	13	2,8
Philippines	38	12	6	2,8
Panama	50	55	43	7,1
Turquie	58	26	14	4,0
Costa Rica	82	85	62	6,5
Corée, Rép. de	90	50	25	6,6
<i>Pays à revenu élevé</i>				
Allemagne	75	76	63	8,0
Japon	100	64	56	6,5
France	100	95	71	8,9
Pays-Bas	100	94	73	7,9

Source : Données de la Banque mondiale; Mesa-Lago, 1991; de Geyndt, 1991; Vogel, 1990; Brotowasisto et al., 1988; Ikegami, 1992; Hurst, 1992; et Solon et al., 1992.

ment difficile de cesser de le faire. Ceux qui en bénéficient — en général les couches aisées de la population — y voient un avantage important. La controverse que soulève actuellement aux Etats-Unis la réduction éventuelle de la déduction fiscale accordée pour les cotisations patronales à l'assurance maladie illustre la force de la résistance politique que cela provoque. A ce jour, rares sont les pays en développement qui ont réussi à supprimer ces subventions. Le Zimbabwe est l'une de ces exceptions : des événements politiques majeurs — indépendance nationale et arrivée au pouvoir d'une équipe démocratiquement élue en 1980 — ont conduit à d'importantes réductions des allègements fiscaux pour paiement de primes d'assurance médicale. Le Gouvernement chilien envisage sérieusement de supprimer les déductions fiscales pour cotisations patronales à la sécurité sociale.

Les subventions aux régimes d'assurance maladie qui ne couvrent qu'une partie de la population sont toujours régressives, mais elles peuvent prendre un caractère progressif lorsque la couverture d'assurance s'étend à toute la population. Dans ce cas, les deniers de l'Etat finissent par aider surtout ceux qui ne font pas partie de la population active formelle, notamment les personnes âgées et les pauvres. A titre d'exemple de subventions progressives, on peut citer la participation à hauteur de 30 % au système national d'assurance sociale que paie l'Etat coréen en faveur des ménages à faible revenu, et la prise en charge de 20 % des dépenses d'assurance sociale par l'Etat au Japon, sous forme de transferts budgétaires en faveur des retraités et des pauvres. On pourrait envisager, parce que également progressives, des subventions publiques ciblées pour acheter aux pauvres une assurance maladie privée qui serait réglementée, mais rien n'a été fait en ce sens dans les pays en développement.

Eliminer les inégalités d'accès aux soins cliniques couverts par l'assurance maladie

Le recours à un système d'assurance pour payer les soins discrétionnaires dans les pays en développement pose un sérieux problème en ce sens que les individus et les groupes ne jouissent pas de l'égalité d'accès à l'assurance. Le problème revêt une acuité particulière lorsqu'il s'agit d'une assurance volontaire du fait de la discrimination opérée par l'assureur. Lorsqu'il évalue les risques individuels, il arrive souvent que celui-ci ou bien refuse d'assurer les malades et les personnes âgées, ou bien fixe des primes d'un montant prohibitif pour ces clients dont il attend des coûts élevés. Sont fréquemment exclues aussi un grand nombre d'affections qui devraient idéalement être couvertes. Au Brésil, par exemple, où l'assurance n'est que faiblement réglementée, les assureurs privés refusent fréquemment d'assurer des personnes qui représentent un mauvais risque de santé et les risques coûteux que constituent les cas de VIH-SIDA. En

Afrique du Sud et au Zimbabwe, les sociétés d'aide médicale, qui sont des organismes privés d'assurance maladie, ont de tout temps assuré dans leur totalité des branches d'activité ou des groupements professionnels, mais la récente commercialisation de l'assurance individuelle a introduit un élément de discrimination fondé sur le risque. Cette discrimination est l'une des principales raisons des lacunes que présente l'assurance aux Etats-Unis, où 37 millions de personnes, soit à peu près 15 % de la population, ne sont pas assurées.

Très peu de pays, qu'il s'agisse de pays en développement ou de pays développés, ont réussi à éliminer cet élément de sélectivité de l'assurance privée, même si on peut, théoriquement, le faire en interdisant aux assureurs d'évaluer le degré de risque des individus et en leur imposant de ne considérer que des groupes ou des « communautés » où les risques élevés sont étalés sur un grand nombre de personnes afin de minimiser leur impact sur les coûts. Il est plus facile de le faire avec l'assurance sociale, parce que l'adhésion est obligatoire et que la cotisation représente normalement un pourcentage déterminé de la rémunération de l'employé, quels que soient le nombre de personnes à charge ou les risques de santé individuels. L'inconvénient, c'est que l'assurance obligatoire est en général financée par des cotisations liées à l'exercice d'un emploi, de sorte qu'on ne peut en envisager une large couverture que si la plupart des personnes économiquement actives ont un emploi salarié dans le secteur moderne.

Lorsqu'une partie seulement de la population est couverte par l'assurance, comme c'est le cas dans la plupart des pays en développement, il peut être beaucoup plus difficile aux pauvres non assurés qu'aux autres d'avoir accès aux services cliniques. La qualité des soins dispensés, y compris celle des services cliniques essentiels, peut aussi être très inférieure pour les pauvres. Dans les pays à faible revenu d'Afrique, les riches s'adressent à des médecins privés lorsqu'ils ont besoin de soins cliniques, tandis que les pauvres doivent souvent se contenter de centres de santé publique sous-équipés en personnel et qui manquent des médicaments et des matériels les plus essentiels. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, les classes moyennes reçoivent des soins de meilleure qualité dans les hôpitaux et cliniques de la sécurité sociale que ceux que reçoivent les pauvres dans les établissements délabrés du ministère de la santé.

On pourrait éliminer ces disparités en plaçant toutes les installations de santé sous la tutelle d'une administration unique, et en les ouvrant à tous. Peu de pays ont pris cette décision politiquement et administrativement difficile. Le Costa Rica, où la sécurité sociale gère tous les hôpitaux publics, est une exception rare. Une autre solution serait de concentrer les dépenses publiques sur les pauvres en investissant massivement dans l'infrastructure (installations, équipement et transport) nécessaire pour améliorer

les soins cliniques essentiels destinés aux pauvres et en dépensant sensiblement davantage en personnels et en médicaments. En concentrant les investissements sur les unités de santé périphériques (centres de santé, sous-centres et postes de santé) et sur le personnel de ces établissements, la Malaisie et le Zimbabwe ont réussi à améliorer les services cliniques spécialement destinés aux pauvres.

Maîtrise des coûts des soins cliniques

L'escalade des dépenses de santé est perçue comme un problème critique lorsque cette charge commence à asphyxier d'autres secteurs de l'économie ou à augmenter le coût de la main-d'œuvre et à menacer ainsi la compétitivité d'un pays sur les marchés internationaux. C'est ce qui est en train de se produire aux Etats-Unis et, à des degrés divers, dans d'autres pays à revenu élevé (Encadré 5.6). Et c'est ce qui va se produire bien tôt dans plusieurs pays en développement à revenu intermédiaire, notamment au Chili et en Corée.

Les facteurs qui expliquent le niveau excessif des coûts de santé et leur progression exponentielle sont complexes et très controversés. Les services de santé nécessitent un personnel important, et leur productivité a augmenté lentement par rapport aux autres secteurs de l'économie. Aux Etats-Unis, le niveau de

morbidité latente relativement élevé et le confort plus grand assuré dans les hôpitaux apportent un élément de réponse, mais les inefficacités sont, elles aussi, importantes. Deux facteurs d'inefficacité, en particulier, sont à signaler : coûts administratifs élevés et utilisation débridée d'une gamme toujours plus large et plus coûteuse de technologies sophistiquées pour tests diagnostiques et interventions chirurgicales. Ces deux types d'inefficacité paraissent étroitement liés aux caractéristiques fondamentales au système de santé des Etats-Unis. La tarification à l'acte, sans limite de montant aucune, encourage l'utilisation de nouveaux matériels, de nouveaux médicaments et de nouveaux traitements, et conduit à une explosion des coûts puisque rien n'incite vraiment les professionnels de la santé ni les patients à mettre un frein à l'utilisation des équipements ou aux dépenses. Un système complexe d'assurances multiples et d'autres payeurs, où chacun a ses méthodes propres, alourdit considérablement les charges administratives.

Ces observations concernant l'escalade des coûts de la santé aux Etats-Unis et dans d'autres pays industriels présentent un intérêt particulier pour les gouvernements des pays en développement à revenu intermédiaire, sur lesquels corps médical, fabricants et consommateurs font pression pour qu'ils adoptent les nouvelles technologies médicales et qui sont confrontés à des choix difficiles en matière d'assurance et

Encadré 5.6 Les pays industriels et le coût de la santé

En 1990, les Etats Unis ont consacré 12,7 % de leur PNB à la santé, contre 8,0 % en Allemagne, 9,1 % au Canada, 8,9 % en France, 6,5 % au Japon et 6,1 % au Royaume-Uni. La progression annuelle de 2,7 % du ratio santé-PNB qui a été celle des Etats-Unis dans les années 80 est la plus forte enregistrée parmi les pays de l'OCDE. Le chiffre de 2.800 dollars par personne qu'ont atteint les dépenses moyennes de santé aux Etats-Unis en 1990 était supérieur de près de 1.000 dollars à la moyenne des pays de l'OCDE. Le prix des services de soins par rapport aux autres biens et services a également augmenté beaucoup plus aux Etats-Unis (2,2 % par an) que dans les autres pays de l'OCDE.

Un facteur important qui explique la progression rapide du coût de la santé aux Etats-Unis tient au fait que médecins et hôpitaux y sont, dans la grande majorité des cas, payés à l'acte. Les pays où l'augmentation des dépenses est modérée (Canada et Japon) utilisent aussi le paiement à l'acte pour les consultations externes, mais ils ont pris au point d'autres méthodes pour maîtriser les dépenses : le Japon a institué une structure d'honoraires uniformes et un examen agressif des profils de dépenses des médecins par leurs pairs; le Canada fixe un budget global pour les hôpitaux. Dans les pays où le niveau des dépenses est peu élevé (Royaume-Uni) ou dans les pays où l'augmentation récente des coûts a été faible (Allemagne, Danemark et Suède), les paiements aux

médecins et aux hôpitaux sont plafonnés. Dans ce dernier groupe de pays, la méthode de plafonnement des paiements aux médecins varie beaucoup : capitation en Grande-Bretagne, paiement à l'acte en Allemagne et salaires en Suède. En Allemagne, pour contenir les dépenses, les tarifs sont réduits si le volume des services dépasse le niveau anticipé. En général, les pays de l'OCDE qui sont parvenus à mieux contenir leurs coûts se caractérisent par une plus grande maîtrise des dépenses de santé et le fait que la part du secteur public dans le total des dépenses de santé y est plus grande. C'est le cas également de 11 pays en développement qui ont un revenu par habitant supérieur à 6.000 dollars. Dans les pays plus pauvres, il n'y a pas de rapport visible entre la part du secteur public et celle du secteur privé dans les dépenses de santé et la proportion du revenu qui est consacrée à la santé.

Dans le système d'assurance maladie des Etats-Unis, avec sa multitude d'assureurs qui remboursent les prestataires à différents taux, les coûts administratifs absorbent à peu près 15 % des dépenses de santé, contre 5 % ou moins dans les autres pays de l'OCDE. Si les Etats-Unis ramenaient leurs dépenses administratives au niveau des autres pays, ils pourraient économiser 80 milliards de dollars par an, soit à peu près un tiers des dépenses de santé de l'ensemble des pays en développement.

de rémunération des prestataires de soins. En Corée, l'escalade des coûts est aussi vertigineuse qu'aux Etats-Unis, et les autres pays en développement pourraient peut-être en tirer des enseignements précieux.

Le système coréen d'assurances sociales se compose d'un réseau national de caisses d'assurance maladie couvrant des groupes professionnels et régionaux. Les cotisations salariales sont obligatoires. Tous les Coréens sont couverts, et les subventions de l'Etat en faveur des personnes âgées et des indigents sont fortement progressives. Comme aux Etats-Unis, les prestataires de soins de santé sont en majorité privés (72 % des médecins et 80 % des lits d'hôpitaux), et ils sont payés à l'acte. L'acquisition des technologies médicales est à peu près libre. La Corée a déjà davantage d'appareils ultramodernes tels que les machines à imagerie et les lithotriteurs (machines utilisées pour le traitement des calculs rénaux) par habitant que l'Allemagne ou le Canada. Entre 1989 et 1991, les dépenses consacrées à l'achat d'appareils médicaux et aux produits diagnostiques ont progressé de plus de 20 % par an. Comme au Japon, les médecins vendent souvent les médicaments qu'ils prescrivent et l'assurance rembourse le coût des médicaments vendus sans ordonnance, ce qui pousse fortement à prescrire et à consommer plus de médicaments que cela n'est nécessaire. Les produits pharmaceutiques vendus sur ordonnance représentent 36 % des dépenses de santé, l'un des pourcentages les plus élevés qui soient. Enfin, les coûts administratifs des 300 caisses indépendantes d'assurance maladie représentent de 10 à 20 % de leurs charges d'exploitation, pourcentage qui est à peu près celui que représentent les dépenses administratives des assurances privées aux Etats-Unis.

Tous ces facteurs ont provoqué une prodigieuse augmentation des dépenses de santé au cours des dix dernières années, augmentation qui dépasse de beaucoup la croissance économique globale pourtant vigoureuse du pays. La part du PNB consacrée à la santé est passée de 3,7 % en 1980 à 6,6 % en 1990. En 1990, la Corée dépensait 377 dollars par habitant pour la santé, soit 50 % de plus que ce que son revenu national aurait normalement pu laisser attendre.

Pour maîtriser le coût de la santé, les pays doivent limiter les paiements aux prestataires de soins de santé (Tableau 5.5). On pourrait, par exemple, payer un montant fixe par personne, comme le font à l'heure actuelle les HMO au Brésil et aux Etats-Unis ainsi que le Service national de la santé en Grande-Bretagne. Une autre solution serait, comme cela se fait dans plusieurs pays de l'OCDE, de fixer, pour chaque hôpital ou chaque réseau de médecins, un budget global à ne pas dépasser (Encadré 5.7).

Les assureurs peuvent négocier ensemble le paiement d'honoraires uniformes aux médecins, comme le font les assurances sociales au Japon et les compagnies d'assurances privées au Zimbabwe. Ils peuvent aussi fixer le montant des frais remboursés pour des

actes médicaux déterminés ou le forfait journalier qu'ils prendront en charge pour les séjours à l'hôpital. Au Brésil, par exemple, la sécurité sociale a un tarif standard de remboursement pour les soins hospitaliers, établi sur la base d'une version modifiée du système DRG (*diagnostic-related groups*) mis au point aux Etats-Unis pour Medicare, le système d'assurance maladie que finance l'Etat pour les personnes âgées. Le système chilien de santé publique introduit des prix internes comparables pour ses hôpitaux.

Comme le montre amplement l'observation de l'expérience mondiale en la matière, il n'y a pas de système d'assurance parfait : dans tous les pays, les compagnies d'assurances ont leurs problèmes. Mais deux importantes remarques générales sont à faire : le système d'assurance en tiers payant conduit à une escalade des coûts et, en général, un système d'assurance sociale ou un système d'assurance privée réglementée à base d'évaluation globale des risques permet de beaucoup mieux parer au danger de sélectivité qu'un système d'assurance privée volontaire. Il est difficile d'arriver à couvrir l'ensemble de la population dans la plupart des pays en développement. Et pourtant, si ce n'est pas fait, les subventions publiques à l'assurance auront un caractère inévitablement régressif. Qu'ils aient opté pour un système d'assurance sociale ou un système d'assurance privée, les pays sont en train de s'apercevoir qu'il est extrêmement difficile de supprimer ces subventions que leurs bénéficiaires considèrent comme un acquis auquel on ne saurait toucher. Une fois la couverture de l'assurance généralisée, les coûts peuvent facilement déraiser si la rémunération des prestataires de santé n'est pas strictement réglementée, ou déterminée de telle sorte qu'il y ait intérêt à contenir les coûts. Les pays en développement doivent être préparés à attaquer de front cet ensemble compliqué de problèmes étroitement imbriqués.

Organisation des services cliniques

La politique des pays en développement en matière d'organisation des services de santé devrait s'articuler sur deux grands axes. Premièrement, élargir l'accès, des pauvres en particulier, aux services cliniques essentiels. Deuxièmement, accroître l'efficacité de prestation des services. Dans le secteur public, l'inefficacité est générale. Faute de médicaments, de moyens de transport et d'entretien, les dispensaires et les programmes de vulgarisation ne peuvent pas fonctionner convenablement. Les hôpitaux sont mal organisés et mal gérés et ils gardent leurs patients plus longtemps que cela n'est nécessaire. Les pays paient trop cher des médicaments peu efficaces, et il y a des vols ou gaspillages de médicaments et de fournitures dans les entrepôts et les hôpitaux publics. Bien que les problèmes soient multiples et profonds, une politique avisée peut beaucoup pour atténuer, voire éliminer, ces inefficacités.

Tableau 5.5 Avantages et inconvénients de divers modes de rémunération des services de santé

Méthode de paiement	Avantages	Inconvénients
<i>Paie ment à l'acte</i>	Rémunération du prestataire étroitement liée à la quantité de travail fournie et au résultat Permet un profil transparent de la pratique du prestataire	Tend à provoquer l'inflation des coûts Incite à administrer des traitements excessifs et superflus
<i>Par cas (en utilisant, par exemple, des groupes de cas liés à un diagnostic)</i>	Rémunération du prestataire assez bien liée à la production du résultat Incite le prestataire à minimiser l'utilisation des ressources par cas médical traité	Techniquement difficile de faire entrer tous les cas dans liste standard; variabilité peut être cause de discordance entre production et rémunération Peut inciter à frauder sur le diagnostic pour obtenir un paiement plus élevé
<i>Capitation (par patient en soins continus)</i>	Simple administrativement; pas besoin de décomposer le travail du médecin en actes ou cas Facilite la budgétisation ex ante Incite le prestataire à minimiser le coût du traitement Donne un certain pouvoir au consommateur si le malade a le choix du prestataire	Incite le prestataire à choisir les patients en fonction du risque et à écarter les patients qui leur coûteraient cher Peut inciter le prestataire à ne pas donner tous les soins voulus aux patients acceptés Faible transparence du profil de la pratique du prestataire
<i>Salaire (paiement direct par période de travail)</i>	Le plus simple administrativement Facilite la budgétisation ex ante	Si le salaire n'est pas lié à la production et à la satisfaction des patients, ceux-ci perdent toute influence sur le comportement du prestataire Peut facilement inciter le prestataire à ne pas donner tous les soins appropriés aux patients et à réduire le niveau de productivité

Source : Adapté de Reinhardt, 1989.

La plupart des pays pratiquent un système mixte public-privé pour la prestation des services cliniques, avec un financement qui est aussi à la fois public et privé. Le type de financement qu'un pays choisit ne dicte pas le genre de système de soins de santé qu'il devrait avoir, ou inversement. Dans certains pays, comme le Botswana, la Malaisie, la Suède et le Royaume-Uni, financement et prestation sont essentiellement publics; dans d'autres, comme au Brésil et

en Corée, le financement est public et la prestation privée; et dans d'autres encore, comme aux États-Unis, aux Philippines et au Zaïre, c'est le secteur privé qui dispense et finance la plus grande partie des services de santé.

Le secteur privé sert d'ordinaire une clientèle diversifiée, et on estime en général que ses prestations sont de bonne qualité et mieux appropriées à la demande du consommateur que celles du secteur

public. Mais il existe aussi des centres de santé et des hôpitaux de district publics extrêmement efficaces (au Chili, en Chine, à Sri Lanka et au Zimbabwe, par exemple), et il est des circonstances où il est impossible ou trop coûteux de persuader le secteur privé de se faire prestataire de soins, en particulier dans les régions écartées ou très pauvres.

La concurrence, dans le secteur public comme dans le secteur privé, pousse à offrir un meilleur service. Dans les pays en développement où le système public détient le quasi-monopole des soins de santé, on pourra sans doute améliorer l'efficacité et la qualité

des soins avec un système mixte exposant les services publics à la concurrence. En outre, dans les pays où les services de santé publics sont hypertrophiés et où une trop grande place est faite aux soins discrétionnaires au détriment de services de première nécessité accessibles aux pauvres, une contraction du système public s'impose. Cela signifie qu'il faut réduire les investissements publics en équipements de type tertiaire et en formation spécialisée et, dans certains cas, transférer au secteur privé la prestation des soins discrétionnaires. Parallèlement, il faudra, en établissant des tarifs différenciés et progressifs, en décentrali-

Encadré 5.7 Réforme des soins de santé dans les pays de l'OCDE

Les pays de l'OCDE connaissent des difficultés persistantes dans le financement et l'organisation des services de santé. Les problèmes tiennent, notamment, à l'inéquité de l'accès aux services, aux lacunes de la protection par une assurance, à l'augmentation par trop rapide des dépenses de santé, à l'inefficacité et à la mauvaise qualité des soins. Les difficultés sont en partie le résultat de circonstances sur lesquelles les pouvoirs publics n'ont aucune prise — l'évolution démographique et les problèmes technologiques, par exemple. Mais ils sont dus également dans une certaine mesure à des défauts dans la conception du financement, du paiement et de la réglementation des soins de santé. Dans les années 80, la plupart des pays de l'OCDE ont lancé des réformes de plus ou moins grande ampleur pour tenter d'y remédier.

On peut distinguer trois grands types de réformes. Plusieurs pays, dont l'Espagne, l'Irlande et les Pays-Bas, ont pris des mesures pour *élargir les possibilités d'accès* aux soins de santé financés par l'Etat, englobant ainsi les derniers groupes de population dans la couverture du système public de soins médicaux de base. Malgré des appels généralisés en faveur de la privatisation, dans aucun pays, on n'a vu l'Etat réduire la couverture du système public.

Beaucoup de gouvernements ont pris d'importantes initiatives pour contenir les coûts soit par un accroissement du partage des coûts, soit par la mise en place de réformes centrées sur l'offre. L'Allemagne, la Belgique, la France et les Pays-Bas ont décidé d'imposer des budgets fixes pour les dépenses des hôpitaux. A peu près tous les pays de l'OCDE ont fortement ralenti le rythme de croissance de leurs dépenses de santé durant les années 80. L'exception majeure a été les Etats-Unis. Les pays qui pratiquent encore, dans une certaine mesure, le remboursement des factures médicales aux patients, sans qu'assureurs et prestataires de soins de santé aient à entrer en rapport les uns avec les autres, ont moins bien réussi à maîtriser les coûts que ceux où les assureurs ont un contact direct avec le prestataire de soins ou ceux dans lesquels un organisme public était à la fois assureur public et prestataire de soins.

Les réformes les plus importantes des années 80 ont probablement été celles qui visaient à *améliorer les systè-*

mes d'incitations et de réglementations applicables aux prestataires de santé et aux assureurs, dans le but d'accroître la productivité de ressources rationnées. On a noté une certaine convergence des systèmes vers la conclusion d'accords entre assureurs publics et prestataires privés. La Belgique et la France ont introduit plus de rigueur dans leur système de remboursement, et le Royaume-Uni a abandonné son service national de santé intégré en faveur d'un système où médecins et hôpitaux sont plus autonomes et soumis davantage au jeu de la concurrence. D'autres pays ont réformé le modèle contractuel lui-même, en mettant l'accent sur le choix du consommateur, sur l'achat actif de soins par des demandeurs informés au lieu du financement passif de ces soins par des tiers payants, et sur la soumission des prestataires de soins à une concurrence administrée. Cette tendance est particulièrement évidente en Allemagne, mais la Belgique et les Pays-Bas se sont engagés dans cette voie également, avec la mise en place de systèmes de paiement mixtes, qui combinent plafonnement budgétaire et paiement des prestataires sur la base du travail fourni.

Enfin, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont entrepris d'expérimenter des modes différents d'introduction de la concurrence dans leur système public. Les Pays-Bas envisagent de donner aux consommateurs la possibilité de choisir entre des caisses maladie et des assureurs privés, une caisse centrale de soins de santé recueillant des primes calculées en fonction du revenu et versant aux assureurs en concurrence des primes liées aux risques. C'est en quelque sorte une forme affinée du système des tickets de santé. Au Royaume-Uni, une part du budget hospitalier est allouée à de grands cabinets médicaux en concurrence les uns avec les autres, ce qui permettra à des généralistes d'acheter certains services hospitaliers pour leurs patients. Comme les mesures de réforme n'ont été introduites que récemment au Royaume-Uni et qu'elles se mettent progressivement en place aux Pays-Bas, il n'est pas encore possible de juger véritablement leurs résultats. Mais on peut déjà voir à certains signes qu'au Royaume-Uni les généralistes « détenteurs de fonds » utilisent leur nouveau pouvoir d'achat pour négocier l'obtention de services hospitaliers de meilleure qualité pour leurs patients.

sant, en incitant à bien gérer et en améliorant les systèmes d'information, améliorer l'équité et l'efficacité des programmes et équipements de santé qui resteront sous la tutelle de l'Etat. Les principales mesures susceptibles d'améliorer l'organisation des services cliniques dispensés par l'Etat, les ONG et les professionnels de la santé sont énumérées au Tableau 5.6.

L'organisation des services essentiels

Dans un système de santé compétitif, les demandeurs de soins peuvent choisir entre divers prestataires — publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Engagés sur la voie de la compétitivité dans le domaine de la santé, les pays en développement sont

Tableau 5.6 Mesures de nature à améliorer la fourniture des soins de santé

Type de prestataire et type de mesure	Impact potentiel sur		
	L'efficacité de l'allocation des ressources	L'efficacité technique	La protection sociale des pauvres
Secteur public			
Protéger les dépenses de fonctionnement non salariales	■	■	■
Achever l'infrastructure des services de santé au niveau du district	■	□	■
Laisser aux services la disposition des montants perçus par eux	□	■	■
Décentraliser les ressources financières et le pouvoir de décision	■	■	■
Sous-traiter les services auxiliaires au secteur privé	□	■	□
Améliorer le choix, les procédures d'achats et l'utilisation des médicaments	■	■	■
Organisations non gouvernementales			
Légaliser et simplifier la procédure d'agrément	□	■	■
Fournir des subventions publiques (par cas, forfait journalier ou dons globaux) pour les services cliniques essentiels	■	□	■
Subventionner la formation des agents de santé de district	■	■	■
Secteur privé à but lucratif			
Supprimer obstacles juridiques à pratique des soins médicaux	□	■	■
Promouvoir les organisations de soins de santé intégrés	■	■	□
Appliquer le principe de la concurrence contrôlée entre prestataires	■	■	□
Réglementer les hôpitaux et les médecins du secteur privé	□	■	□
Fournir des subventions publiques pour les services cliniques essentiels et certaines interventions de santé publique	■	□	■
■ Important ■ Modéré ■ Léger □ Négligeable			

confrontés à une grande diversité d'options qui peuvent améliorer l'organisation de l'ensemble de services cliniques essentiels.

LE SECTEUR PUBLIC. Dans le cas de beaucoup de pays, un pas important peut être fait vers des possibilités d'accès aux services cliniques essentiels du secteur public en complétant l'infrastructure de santé de base des districts — en contruisant des centres et des postes de santé et en formant davantage d'infirmiers, de sages-femmes et autres prestataires de soins de santé primaires. La fourniture d'un logement confortable aux agents de santé ruraux dans le cadre de l'infrastructure de santé de district peut améliorer l'efficacité en encourageant les agents à accepter un poste en milieu rural. Le Zimbabwe a doublé le nombre de ses centres de santé ruraux, qui est passé de 500 à plus de 1.000 entre 1980 et 1990, afin de mettre les services cliniques essentiels à la disposition de tous dans un rayon de 8 kilomètres du domicile. Lorsque la fourniture de logements aux médecins et infirmiers ruraux a été incluse dans le programme de santé de district au milieu des années 80, l'effet sur le recrutement et la rétention du personnel a été prodigieux : les taux de vacances de poste de médecins et d'infirmiers dans les zones concernées sont tombés à zéro, contre 20 à 30 % dans les autres régions.

Les dépenses de fonctionnement non salariales sont particulièrement menacées en cas de compressions budgétaires. Quand les recettes publiques diminuent ou qu'il y a des dépassements de crédits dans les établissements de soins tertiaires, ce sont souvent les services des centres et des communautés périphériques qui en pâtissent. Dans des pays comme Haïti, le Mozambique, le Népal et le Tchad, il est notoire que les centres de santé ont du personnel mais peu ou pas de médicaments, ou que les équipes mobiles de santé n'ont pratiquement pas d'essence pour leurs véhicules. Dans de telles conditions, l'efficacité technique est quasiment nulle — l'Etat continue à payer les salaires de ses agents, mais les services de santé sont à peu près paralysés.

Il est extrêmement difficile, mais vital, de protéger la partie non salariale du budget de la santé. Au Sénégal, le gouvernement s'est engagé à accroître les crédits alloués aux médicaments et aux fournitures médicales de 10 % par an en valeur réelle pendant la période 1992-96. La Mauritanie s'est fixé des objectifs pour l'enveloppe annuelle qui sera affectée aux médicaments et à d'autres charges d'exploitation non salariales pour ses 13 régions sanitaires, qui sont essentiellement rurales. Les pays peuvent aussi protéger les dépenses non salariales en introduisant plus de flexibilité dans leur mode de recrutement. En Inde, le Ministère de la santé projette d'embaucher 8.000 agents payés à la journée pour un projet de lutte contre la lèpre, plutôt que de les engager comme fonctionnaires avec un emploi pratiquement garanti pour la vie.

On peut aussi, pour s'assurer que les services destinés aux pauvres disposent de crédits suffisants, autoriser les centres de soins de santé primaires à conserver leurs recettes pour les consacrer à l'achat de médicaments ou au paiement de primes aux agents de santé qui le méritent. Au Cameroun, la fréquentation des centres de santé — surtout parmi les familles à faible revenu — a augmenté de façon sensible lorsqu'on a fait payer les soins et que les recettes ont pu être utilisées pour reconstituer les stocks de médicaments. Le pourcentage de malades habitant à proximité de ces centres venus s'y faire soigner a augmenté de plus de 25 % par rapport aux régions qui n'avaient pas opté pour la tarification, ce qui montre bien que le système des soins payants peut effectivement entraîner une augmentation des services offerts aux pauvres.

LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES. Des institutions privées à but non lucratif, tant locales qu'étrangères, occupent une place importante dans la prestation des services de santé dans les pays en développement, assurant les services cliniques essentiels aux ménages à faible revenu dans les pays les plus pauvres. Les ONG assurent un tiers ou davantage des soins cliniques dispensés au Cameroun, au Ghana, au Malawi, en Ouganda et en Zambie. Elles possèdent le quart des équipements de santé des trois plus grandes villes de Bolivie, et elles dispensent plus de 10 % des services cliniques en Inde et en Indonésie. Bien qu'il soit difficile de comparer les performances respectives des ONG et du secteur public, des statistiques récentes sur l'Afrique montrent que les premières sont souvent plus efficaces. En Ouganda, les médecins des hôpitaux de mission ont traité en moyenne cinq fois plus de patients que leurs confrères du secteur public, et le personnel infirmier des ONG a soigné plus de deux fois plus de patients que celui de l'Etat. Les pays qui ont exclu les ONG ou qui ont fortement restreint leurs activités ont vu leurs services essentiels se dégrader. Lorsque le Mozambique a décidé, après son accession à l'indépendance en 1975, d'interdire le secteur de la santé aux ONG pour leur substituer des structures publiques, toute une gamme de services de santé a soudain disparu des régions rurales. Lorsqu'il existe des interdictions ou des obstacles de ce genre à l'activité des ONG, il faudrait prendre des mesures pour les lever.

Au-delà, il existe d'importantes possibilités de partenariat constructif entre le secteur public et les ONG pour la fourniture des services cliniques essentiels. C'est ainsi qu'en Afrique subsaharienne et dans certains Etats de l'Inde, par exemple, on a entrepris d'intégrer les centres de santé d'ONG au réseau public en érigeant certains hôpitaux d'ONG situés dans des localités appropriées en hôpitaux de district (recours de premier niveau). Les ONG sont censées fournir tout un ensemble de services de santé publique et de services cliniques et remplir diverses fonctions à

l'échelle du district telles que la planification de la santé, la supervision des dispensaires et des activités communautaires, et l'entretien des transports d'urgence. En échange, l'Etat prend en charge une partie de leurs frais.

Ce type de coopération Etat-ONG prend diverses formes. Au Lesotho, 9 des 18 « *health service areas* » (districts) du pays sont dirigés par un hôpital de mission, qui s'occupe de la planification et de la gestion de toutes les activités de santé dans l'ensemble de la région. Au Zimbabwe, les crédits budgétaires alloués pour l'amélioration de la santé en milieu rural sont utilisés pour agrandir les hôpitaux de mission (classés « hôpitaux de district ») et acheter des ambulances pour les CNG. Au Zaïre, le Ministère de la santé paie les salaires des infirmiers des hôpitaux de mission et, au Botswana, il prend en charge la plus grande partie des dépenses de fonctionnement des installations des ONG. La fourniture gratuite par l'Etat de vaccins et de contraceptifs aux centres de soins d'ONG est aussi devenue un moyen courant de cibler les subventions publiques sur des programmes d'interventions de santé bien précis.

LE SECTEUR PRIVE. De plus en plus conscients de l'utilité d'un secteur privé moderne dans l'organisation de soins de santé, certains pays en développement ont commencé à encourager les médecins privés à assurer des services de première nécessité. En Inde, plusieurs Etats et organismes à but non lucratif travaillent avec le secteur privé, et notamment avec le million de médecins semi-qualifiés qui exercent en milieu urbain ou rural, à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins de base. Quelques approches nouvelles sont essayées : on alimente des points de distribution privés en préservatifs et en solutions de réhydratation orale pour en élargir la diffusion. L'Association indienne des médecins de campagne s'efforce d'améliorer la formation des médecins privés qui exercent en milieu rural par l'organisation de cours sur des sujets tels que planning familial, vaccination et réhydratation orale. Au Mali, qui est l'un des pays les plus pauvres du monde, l'école de médecine a organisé un programme destiné à apprendre à ses diplômés à monter un cabinet privé dans les petites agglomérations de 15.000 à 50.000 habitants. Un certain nombre ont déjà ouvert, dans ces petites villes,

Encadré 5.8 Médecine traditionnelle et prestations des services de santé essentiels

Beaucoup d'activités de santé simples n'exigent pas de formation professionnelle poussée ou d'installation et de matériel importants. Le personnel de santé des dispensaires ou celui qui exerce au sein de sa propre communauté jouent un rôle important dans la prestation de ces services. Les millions de médecins traditionnels basés dans les communautés présentent — à condition que les pouvoirs publics puissent leur assurer la formation, l'information et les incitations appropriées — d'énormes possibilités pour être agents de santé publique et prestataires de services cliniques essentiels.

Jusqu'à présent, l'expérience de la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne a donné des résultats inégaux. Un certain nombre de projets se sont soldés par un échec parce que la formation était mal conçue et la supervision inadéquate, et beaucoup de gouvernements doivent faire davantage pour restreindre les pratiques inutiles et dangereuses des guérisseurs traditionnels. Mais il y a eu aussi des succès dont on peut tirer des enseignements.

- Une évaluation des agents qui participaient à un programme volontaire de dépistage du paludisme en Thaïlande a permis de constater que les volontaires qui étaient des guérisseurs obtenaient de meilleurs résultats que les autres. Lancé en 1961, le programme comptait en 1988 plus de 40.000 volontaires répartis entre 34.000 villages thaïlandais. Les volontaires formés par le Ministère de la santé ont pour mission d'examiner les habitants des villages, de faire des prises de sang, de préparer des frotis qui seront envoyés au dispensaire de district pour analyse et de traiter la fièvre. Ils initient également les

gens des villages aux questions qui intéressent le paludisme. Par rapport à d'autres méthodes comme l'emploi de vulgarisateurs que l'on paie, les volontaires améliorent le dépistage et permettent de réaliser des économies budgétaires très importantes.

Une étude de l'OMS a permis de constater que ceux des volontaires qui étaient des guérisseurs en Thaïlande étaient plus actifs que les autres dans leur travail de dépistage et qu'ils demeuraient en général plus longtemps au service du programme parce que leur prestige au sein de la communauté s'en trouvait rehaussé. Les villageois ont indiqué qu'ils se sentaient plus en confiance d'avoir quelqu'un qu'ils connaissaient déjà pour leur faire une prise de sang et leur administrer le traitement.

- Dans l'ouest du Kenya, l'*African Medical and Research Foundation* (AMREF) a formé des guérisseurs traditionnels de villages écartés à la distribution de médicaments et de certains types de contraceptifs. Depuis que le projet a commencé, la proportion des femmes en âge de procréer qui utilisent des méthodes de contraception moderne dans six zones pilotes est passée de moins de 10 % à plus de 25 %. Le Gouvernement kényen a demandé à l'AMREF d'élargir le projet.

- Au Bangladesh, un programme qui avait pour but de former et d'aider les sages-femmes à travailler avec des accoucheuses traditionnelles a contribué à faire baisser les taux de mortalité maternelle de 60 % en dix ans. Les résultats du programme indiquent que, lorsqu'ils bénéficient d'un dispositif de soutien adéquat, les services à base communautaire peuvent faire baisser très sensiblement la mortalité maternelle.

des cabinets dont les affaires marchent bien, démontrant ainsi que les familles des petites villes sont disposées à payer pour être bien soignées. La consultation externe coûte en moyenne 2 dollars, et un accouchement normal, 8 dollars.

En Afrique et en Asie, la médecine traditionnelle occupe toujours une place importante dans le système de soins de santé, au point de représenter parfois plus de 10 % du total des dépenses de santé. Les guérisseurs traditionnels, et notamment les accoucheuses, les herboristes, les rebouteux et les marabouts, sont en général bien plus nombreux que les médecins. Le ratio des praticiens traditionnels aux représentants de la médecine moderne est évalué à 9 à Sri Lanka, 17 en Indonésie, 25 au Ghana et 28 au Nigéria. Ces chiffres donnent à penser que l'on pourrait sans doute améliorer la fourniture des services de santé essentiels en faisant appel aux ressources de la médecine traditionnelle. Parmi les opérations réussies, on peut citer le recours aux guérisseurs traditionnels pour dépister le paludisme et distribuer des médicaments aux paludéens en Thaïlande, pour promouvoir les méthodes modernes de contraception au Kenya, et pour distribuer des préservatifs au Zimbabwe et en Ouganda afin de limiter la propagation du VIH et des MST. Les accoucheuses traditionnelles ont également été mises à contribution pour améliorer le suivi des grossesses dans de nombreux pays, et en particulier au Bangladesh (Encadré 5.8).

Accroître l'efficacité de l'organisation des services cliniques

De nombreuses possibilités s'offrent aux pays en développement pour rendre les services cliniques plus performants. L'adoption de mesures tendant à accroître l'efficacité des services de santé assurés par l'Etat par la décentralisation et une meilleure gestion des hôpitaux pourrait avoir un effet particulièrement marquant, tout comme le renforcement du pouvoir réglementaire de l'Etat sur un secteur privé plus compétitif.

DECENTRALISATION. La décentralisation de la planification et de la gestion des services publics de santé peut en améliorer l'efficacité et mieux les adapter aux réalités locales. Dans certains pays d'Afrique, le ministère de la santé a délégué aux administrations des provinces et des districts la gestion au jour le jour des crédits, du personnel, de la formation et de l'entretien, ainsi que d'autres fonctions encore. Beaucoup de problèmes ont surgi : les collectivités locales ou les antennes locales du ministère de la santé n'ont pas eu les moyens de planifier et de gérer les activités de santé; la délégation des responsabilités ne s'est pas toujours accompagnée des crédits nécessaires, et les responsables locaux ne se sont pas toujours montrés conscients de leurs responsabilités envers leurs administrés. Mais des succès ont été enregistrés, dont peuvent s'inspirer d'autres pays.

- Au Ghana, les décisions à prendre en matière de dépenses dans le secteur de la santé étaient, jusqu'à une période récente, fortement centralisées, le Ministère de la santé fixant des enveloppes strictement indépensables pour des programmes « verticaux » bien précis, tels que vaccinations, lutte contre la tuberculose et la lèpre, et planning familial. A la fin des années 80, le ministère a accepté de déléguer ses attributions financières à des équipes de santé dans chacun des 110 districts du pays. Malheureusement, la plupart de ceux qui étaient chargés de la santé au niveau des districts ne savaient pas comment s'y prendre pour obtenir des crédits et rendre compte de leur utilisation. Pour remédier à ce problème, les membres des équipes de district chargées de la gestion des activités de santé ont suivi une formation qui leur a permis de prendre en temps plus opportun les décisions de budgétisation et de financement, et les dépenses ont augmenté, allant, dans certains cas, jusqu'à quintupler. Dans les districts où les crédits alloués par l'administration centrale ont été regroupés puis réaffectés en fonction des priorités locales, l'efficacité technique a été améliorée grâce à la planification conjointe des programmes de travail et à la mise en commun des moyens de transport pour les activités de vulgarisation et de supervision.

- Si les soins de santé secondaires et tertiaires relèvent du Ministère de la santé au Botswana, le gouvernement a délégué la responsabilité des soins de santé primaires aux conseils de districts locaux. L'opération, lancée à titre pilote en 1973, a été progressivement élargie à l'ensemble du pays. Pour soutenir la décentralisation, le Ministère de la santé a financé la création d'équipes de santé de district composées d'un médecin, d'un infirmier de santé publique et d'un inspecteur de santé. L'administration centrale continue de financer, par des dotations annuelles globales, la plupart des dépenses récurrentes de soins primaires des conseils de district, et elle tient compte des propositions formulées par les conseils pour les dépenses d'investissement à inclure dans le budget d'équipement du ministère. Mais la gestion au quotidien des centres de soins primaires, et notamment les achats de fournitures et le recrutement du personnel, sont entre les mains des conseils locaux.

Les pays qui ont été le plus loin dans la voie de la décentralisation ont délégué la responsabilité des services de santé — y compris l'exécution des programmes de santé publics et la gestion des installations publiques de santé — à des administrations opérant au niveau subnational. Cette décentralisation est entrée dans les faits depuis longtemps dans certains grands pays en développement dotés d'un système de gouvernement fédéral (Brésil, Inde, Mexique et Nigéria, par exemple), mais elle devient de plus en plus courante dans d'autres pays latino-américains et dans les anciennes économies socialistes.

La décentralisation progressive du système de santé chilien depuis une dizaine d'années donne à

penser que le succès est possible si l'on choisit de progresser à pas mesurés, en prenant parallèlement les dispositions nécessaires aux plans de la formation et du renforcement des institutions. Le Chili a commencé à décentraliser progressivement ses services publics de santé en 1979, lorsqu'il a créé 26 « zones de services de santé » pour couvrir les 13 régions administratives du pays. Chacune a été chargée (recevant pour cela une part du budget de la santé et du personnel supplémentaire) d'assurer la gestion de toutes les installations publiques de santé situées sur son territoire. La deuxième étape a été franchie en 1987, lorsque la gestion du réseau de soins primaires (soit plus de 2.500 unités — dispensaires urbains et ruraux, postes de santé ruraux, stations médicales rurales — et environ 14.000 agents de santé) a été transférée aux collectivités locales ou municipalités. Les zones de services de santé ont été chargées d'assurer le suivi des actions décidées par les municipalités. Dans la troisième phase de décentralisation, qui devrait s'ouvrir à la fin de 1993, le Ministère de la santé ne s'occupera plus du tout de l'organisation des services de santé. La tâche sera laissée aux zones de services de santé, qui passeront de véritables contrats-plans avec le ministère.

Mais les décentralisations ne sont pas toujours une réussite. Des pays comme la Colombie, qui ont procédé à un transfert accéléré des responsabilités, sans doter les échelons inférieurs de l'administration des ressources financières et des moyens d'action nécessaires, ont constaté que la décentralisation peut aller à l'encontre du but recherché et aggraver encore les inefficacités et les inégalités du système de santé. Au Brésil, la municipalité de Rio de Janeiro a refusé d'endosser la responsabilité de toutes les installations de santé fédérales « décentralisées » situées à l'intérieur de son territoire en arguant de l'insuffisance des transferts budgétaires de l'administration fédérale à la municipalité.

AMELIORER LA GESTION DES HOPITAUX. Le faible niveau d'utilisation des hôpitaux dans les pays en développement dénote l'existence de graves inefficacités dans l'utilisation des bâtiments et du matériel (dans lesquels de précieux capitaux ont pourtant été investis). La plupart des affections courantes peuvent être traitées dans des centres dotés d'équipements relativement simples. Dans un système hospitalier bien géré, c'est dans les hôpitaux de district que les taux de rotation seront le plus élevés et les séjours le plus courts, et c'est dans les hôpitaux tertiaires que les taux de rotation seront le plus faibles et les séjours le plus longs. Certains pays, comme la Chine et Fidji, ont des systèmes efficaces où l'on retrouve ce schéma. Mais dans d'autres, tels que l'Indonésie, la Jamaïque et le Lesotho, il n'y a pas de différence notable entre les diverses catégories d'hôpitaux. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le schéma idéal est inversé : le faible taux de rotation dans les hôpitaux de district

signifie que ces établissements disposent ou bien de trop de lits, ou bien que leurs services sont de si piètre qualité que les patients s'adressent directement à des établissements d'une catégorie supérieure. La durée relativement courte des séjours dans les hôpitaux tertiaires donne à penser qu'on y soigne beaucoup de patients qui n'ont pas besoin de soins tertiaires.

Les disparités de durée moyenne des séjours observées entre les hôpitaux qui traitent à peu près les mêmes types de maladies sont un autre signe d'inefficacités majeures. Les données dont on dispose sur l'Amérique latine pour la période 1980-85 montrent que la durée moyenne des séjours dans les hôpitaux relevant du ministère de la santé variait de 5 jours en Colombie à 13 en Uruguay et, dans les hôpitaux de la sécurité sociale, de 5 jours au Mexique à 12 jours au Pérou. Dans les hôpitaux publics d'Argentine, la durée moyenne du séjour variait entre 8 et 27 jours. Au Malawi, dans six hôpitaux publics traitant le même type de cas, elle oscillait entre 5 et 13 jours.

Pour remédier à ces inefficacités, d'énergiques mesures sont à prendre en vue d'améliorer l'organisation et la gestion des hôpitaux publics. On peut notamment confier l'organisation des services de santé à des institutions publiques déterminées, mais cela implique de modifier les méthodes de comptabilité et de gestion. A l'heure actuelle, les budgets publics de la santé sont souvent fortement agrégés, couvrant toutes les installations et programmes dans un district ou une région donnés, voire dans l'ensemble du pays. On ne peut donc faire une analyse détaillée des dépenses et des services. L'évolution des coûts devrait faire partie du travail des responsables des unités de santé et des équipes de district. Ils n'auraient ainsi aucun mal à déterminer quels postes budgétaires reçoivent trop de crédits et quels autres n'en reçoivent pas assez, et leurs supérieurs hiérarchiques pourraient comparer les profils de coûts et les coûts unitaires.

Certains pays ont converti les hôpitaux publics en fondations semi-autonomes ou en entreprises publiques afin de les rendre plus performants en les dotant d'une plus grande autonomie budgétaire et de gestion. Ces fondations ou entreprises parapubliques sont moins tenues par les procédures du secteur public pour la gestion de leur budget et parfois même aussi pour le recrutement et le licenciement de leur personnel. Elles peuvent recouvrer leurs coûts et recueillir des donations. La Tunisie, par exemple, a converti 11 grands centres hospitaliers en entités semi-autonomes au cours de ces deux dernières années, et en fera de même pour 10 autres dans les années qui viennent. Dans le cadre de ce nouveau statut, chaque hôpital gère son propre budget opérationnel et il peut réallouer comme il l'entend les fonds entre les divers postes budgétaires. Cela dit, l'hôpital est tenu de ne pas dépasser son budget annuel et de fournir au Ministère de la santé des rapports détaillés sur ses activités et les coûts unitaires de ses services.

En ce qui concerne le personnel, la liberté de manoeuvre est plus restreinte. Tous les agents, sauf le directeur général, demeurent régis par les règles de la fonction publique. La direction de l'hôpital ne peut pas licencier ses agents, mais elle peut demander au ministère d'en reprendre certains pour permettre à l'hôpital de recruter des contractuels. L'impact de ces réformes fera l'objet d'une évaluation détaillée dans les années qui viennent, mais les gains d'efficacité sont déjà apparents. L'un des premiers hôpitaux convertis a totalement sous-traité la restauration, le nettoyage et la sécurité, ce qui lui a permis d'obtenir des services de bien meilleure qualité à un coût unitaire égal ou même moindre.

Ailleurs aussi, l'observation des faits montre de plus en plus qu'on peut améliorer l'efficacité des ins-

tallations de santé de l'Etat en sous-traitant les services auxiliaires. Au Venezuela, par exemple, les hôpitaux du Ministère de la santé sous-traitent la maintenance du gros matériel, et les hôpitaux de la sécurité sociale sous-traitent souvent les services de blanchisserie, de jardinage et de restauration, ainsi que la sécurité et l'entretien. Cette solution comporte plusieurs avantages : les services sont moins coûteux, de meilleure qualité et plus fiables (parce qu'il y a moins de risques de grèves et d'autres actions revendicatives).

CONCURRENCE ET REGLEMENTATION. La concurrence entre les professionnels de la santé peut améliorer la qualité des services aux yeux des patients et donc accroître la satisfaction des consommateurs. Cela

Encadré 5.9 « Concurrence contrôlée » et réforme des soins de santé aux Etats-Unis

L'idée de « concurrence contrôlée », qui a suscité un très large intérêt aux Etats-Unis, désigne une stratégie d'achat de services de santé conçue en vue de promouvoir la concurrence et de récompenser les prestataires de services qui obtiennent les meilleurs résultats pour le coût, la qualité des soins et la satisfaction des patients. Il s'agit de tenter de remédier aux problèmes fondamentaux du système de financement et de fourniture des soins de santé aux Etats-Unis. La couverture des soins, essentiellement basée sur l'emploi, y est loin d'être universelle : approximativement 37 millions de personnes de moins de 65 ans n'avaient pas de couverture médicale en 1990. Les coûts augmentent rapidement; si la tendance actuelle se poursuit, les dépenses passeront de 12 à 18 % du PNB d'ici l'an 2000. En système de tiers payant, les méthodes de remboursement des prestataires créent souvent des incitations financières à multiplier inutilement les soins. Les assureurs cherchent à réaliser des bénéfices en refusant d'assurer les individus à haut risque au lieu de s'employer à donner plus d'efficacité à la fourniture des services de santé. Un important coût indirect du système est que cela réduit la mobilité de la main-d'oeuvre en raison du risque que l'on court, en changeant d'emploi, de ne pas pouvoir trouver à s'assurer.

En concurrence contrôlée, une coopérative d'achats d'assurance santé, appelée *health insurance purchasing cooperative* (HIPC), serait constituée en vue d'organiser les acheteurs de soins de santé dans une région. L'HIPC établirait des normes pour le plan de santé de la région telles que la définition de ce que doit être un ensemble complet de services de santé de base, et elle passerait contrat avec les prestataires de services à même de fournir ce « paquet » de base. Durant la période annuelle d'ouverture des inscriptions, l'HIPC fournirait des informations sur le prix du paquet de base proposé par différents prestataires de services et sur la qualité des soins offerts. Le système gagnerait en équité si l'on exigeait des prestataires de soins qu'ils acceptent d'assurer tout le monde sans considération de risque. L'universalité de couverture serait obtenue par l'octroi de subventions publiques

à ceux qui ne sont pas couverts afin qu'ils puissent payer les primes d'assurance. La standardisation permettrait aux consommateurs de choisir, en connaissance de cause et avec une conscience plus grande des prix, entre les diverses formules qui leur sont offertes. Comme exemple de « concurrence contrôlée », on citera le *California Public Employees Retirement System*, qui, comme l'HIPC envisagée, pourvoit à l'assurance maladie et organise la concurrence pour le compte de près de 1 million d'employés et retraités de l'Etat et leur famille.

Les analystes pensent que la concurrence finira par chasser les assureurs en tiers payant du marché ou les obliger à s'intégrer au réseau de soins contrôlés parce que ces réseaux peuvent utiliser des incitations financières et des instruments de gestion pour obtenir les meilleurs soins possibles. Et, de fait, les assureurs s'orientent déjà dans cette direction : près de la moitié d'entre eux offrent désormais un produit plus ou moins administré. La concurrence inciterait les prestataires de soins de santé à devenir plus performants. Le modèle de concurrence administrée soulève cependant la question de savoir s'il donnerait de bons résultats en milieu rural et dans les zones faiblement peuplées et, sinon, quelles autres solutions seraient les meilleures. Une autre préoccupation se rapporte à ce que cela coûterait d'assurer tout le monde.

Mise au point pour répondre aux problèmes particuliers du système américain, cette proposition peut aussi s'appliquer ailleurs. Les Pays-Bas, qui introduisent une possibilité de choix de l'assureur dans le cadre d'un système de sécurité sociale universelle, sont confrontés aux mêmes problèmes de sélection des risques par les assureurs. Le Chili a, depuis 1981, encouragé la croissance des systèmes d'assurance maladie prépayée connus sous l'appellation d'ISAPRE (voir à ce sujet l'Encadré 7.2). Les réformes mises en place au Chili n'ont pas été, toutefois, sans rencontrer de problèmes : l'absence de « paquet » type a nui à la concurrence, tandis que les faiblesses de la réglementation laissaient aux assureurs du secteur privé la possibilité de ne pas accepter d'assurer des individus à haut risque.

vaut pour les pauvres comme pour les riches : la concurrence entre les médecins privés des bidonvilles de Bombay, par exemple, est très vive : ils vont jusqu'à recevoir le soir pour des raisons de commodités, réduire les temps d'attente et fournir eux-mêmes les médicaments pour tenter d'enlever des patients à d'autres médecins privés et à des dispensaires publics.

Il est beaucoup moins certain toutefois que la concurrence entre prestataires de services de santé entraîne des gains d'efficacité. En fait, c'est parfois le contraire qui se produit, surtout lorsqu'à la concurrence entre prestataires privés vient s'ajouter le remboursement par tierce partie des paiements à l'acte. Cela entraîne une multiplication des tests, des actes médicaux et des médicaments, et donc une augmentation des coûts. Ce type d'inefficacité induite par le prestataire se produit parce que la plupart des patients sont incapables de juger de la valeur de certains services ou de comparer les prix — en particulier s'ils sont déjà malades ou s'ils ont un problème de santé urgent — et parce qu'ils ne paient pas la totalité des coûts des services qu'ils consomment lorsqu'ils sont pris en charge en tiers payant.

Les pouvoirs publics peuvent inciter les prestataires de services de santé à une concurrence génératrice d'efficacité en exigeant d'eux qu'ils offrent un ensemble standard de services à un prix fixé à l'avance. Le consommateur peut alors choisir celui qui offre la combinaison prix-service-qualité la plus intéressante, l'aiguillon de la concurrence poussant les prestataires à améliorer la qualité de leurs services et à en réduire le coût. C'est le principe des propositions de « concurrence contrôlée » formulées dans le cadre de la réforme des soins de santé aux Etats-Unis (Encadré 5.9). Bien que cela exige d'importants moyens administratifs de la part de l'Etat, qui doit fixer les règles et surveiller le comportement des prestataires de santé, la formule peut être intéressante pour certains pays en développement à revenu intermédiaire.

A mesure que les pays en développement prendront des dispositions pour favoriser la mise en place d'un système de prestations de soins de santé diversifié, qui comprendra des ONG et des prestataires privés, il leur faudra aussi renforcer leur capacité à réglementer le secteur privé. Ceci s'impose pour qu'il soit satisfait aux normes de qualité, que fraude financière et autres abus ne se produisent pas, que ceux qui ont droit aux soins ne s'en voient pas privés et que le caractère confidentiel de l'information médicale soit respecté. La réglementation peut revêtir diverses formes : par l'inspection des installations de santé privées, par l'agrément des écoles de médecine, par la délivrance des diplômes habilitant médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé à exercer, et en interdisant aux compagnies d'assurances certaines pratiques telles que l'exclusion pour cause d'antécédents médicaux. Lorsqu'il alloue des crédits aux ONG, qu'il rembourse des prestataires privés dans le

cadre d'un système de sécurité sociale ou qu'il soustraie au secteur privé des services auxiliaires tels que les services de restauration et de blanchisserie, l'Etat peut exiger un audit indépendant de ces entreprises privées.

Dans la pratique, rares sont les pays en développement qui ont institué de tels dispositifs réglementaires, mais les choses sont peut-être en train de changer. Au Brésil, où la sécurité sociale finance la majeure partie des soins de santé et où les hôpitaux et médecins privés dispensent 80 % des services hospitaliers et la moitié des soins ambulatoires, un important train de réformes réglementaires est à l'étude. C'est ainsi qu'on envisage de faire agréer les installations de santé par les administrations d'Etat, d'organiser des examens d'habilitation standard pour les diplômés des écoles de médecine et de faire participer des représentants des groupements associatifs et des organisations de protection des consommateurs aux conseils de déontologie médicale, actuellement composés uniquement de médecins. L'Association brésilienne des hôpitaux, qui est un organisme privé, étudie la mise en place éventuelle d'un système d'habilitation qui lui serait propre, et l'association médicale de São Paulo a lancé une opération pilote d'habilitation des hôpitaux de l'Etat sur la base du respect de certaines normes, de l'évaluation des données sur les patients et du degré de satisfaction de ceux-ci. Des examens d'habilitation à l'exercice de la médecine sont à l'essai dans un autre Etat du Brésil où, à l'heure actuelle, tous les diplômés des écoles de médecine ont automatiquement le droit d'exercer à vie sans être obligés de suivre une formation permanente ou de se recycler. Et le Conseil fédéral de la médecine a proposé d'introduire un texte de loi tendant à élargir son pouvoir de surveiller la qualité des soins de santé et de rappeler à l'ordre les médecins et les hôpitaux qui ne s'acquittent pas convenablement de leur mission.

Réorientation des services cliniques et au-delà

Une des responsabilités fondamentales des gouvernements, dans le monde entier, est de mettre en place un ensemble de services de soins cliniques essentiels accessibles à tous, en portant une attention spéciale à la situation des pauvres. L'utilisation de cet ensemble minimum de services cliniques, défini par son excellent rapport coût-efficacité, réduirait de 25 % en moyenne la charge totale de morbidité dans les pays en développement. La mise en place d'un tel dispositif est à la portée des pays à faible revenu à condition que leur gouvernement redistribue les actuelles dépenses de santé et augmente celles qui sont à la charge de l'Etat et s'il poursuit une politique de nature à encourager la pratique de modes de paiement sélectifs, directement par les patients de condition relativement aisée, et indirectement par les systèmes d'assurances. Les pays à revenu intermédiaire

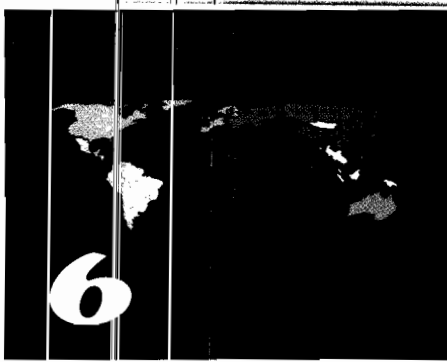
n'auraient aucun mal à financer cet ensemble minimum à l'aide des ressources actuellement consacrées à la santé et ils pourraient même souhaiter l'enrichir par l'adjonction d'autres services.

L'effort des gouvernements pour améliorer l'assurance maladie devrait viser à en étendre la couverture à une plus grande partie de la population, à moins subventionner des types d'assurances dont les principaux bénéficiaires sont les riches et les classes moyennes et à contenir les dépenses de soins de santé financés par l'assurance. Il faudra, pour cela, réglementer plus fortement l'assurance privée et mettre en place une politique d'expansion de l'assurance sociale obligatoire financée par prélèvement sur les salaires. Cela veut dire aussi qu'il faudra, pour le paiement des soins de santé, passer d'un mode de paiement à l'acte sans plafonnement à un système de prépaiement par capitation et, pour les hôpitaux, par dotation budgétaire prédéterminée.

Diversité et concurrence dans l'offre de services de santé peuvent faire beaucoup pour améliorer l'efficacité d'un ensemble de services cliniques essentiels et rendre techniquement plus performants les méde-

cins, hôpitaux et autres prestataires de soins. L'action des pouvoirs publics, à cet égard, consistera essentiellement, par exemple, à apporter une aide juridique et financière accrue aux ONG qui dispensent des services de santé et à créer, pour le secteur privé, un environnement porteur, assorti d'un important appareil réglementaire afin de prévenir les abus. Il est possible de réaliser des gains d'efficacité technique par l'effet combiné d'une prudente décentralisation des services de santé qui relèvent de l'Etat et d'une meilleure gestion des hôpitaux publics.

Ces efforts pour réorienter les dépenses inscrites au budget ordinaire des Etats vers le financement de soins cliniques essentiels ainsi que pour promouvoir la diversité et la concurrence dans l'offre de services de santé doivent s'accompagner de changements dans les investissements à plus long terme en facteurs de santé — installations et équipements, personnel de santé, systèmes de gestion de l'industrie pharmaceutique, information de santé et infrastructure de recherche sur la santé. Les politiques à mettre en place pour provoquer cette réorientation font l'objet du Chapitre 6.



Facteurs de santé

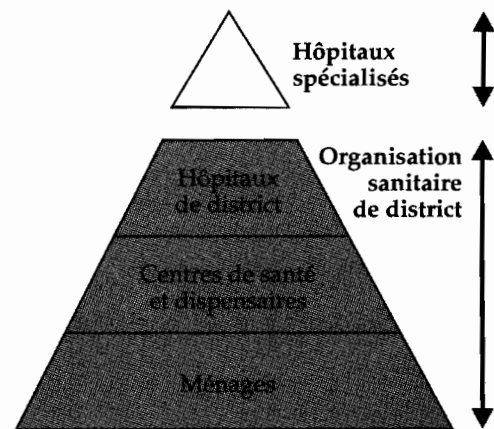
Les pays en développement ont beaucoup investi dans la santé depuis quelques dizaines d'années. Souvent aidés par des bailleurs de fonds, ils ont construit des hôpitaux et autres bâtiments et acheté du matériel pour les équiper. Ils ont formé des médecins, du personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Ils ont aussi établi de nouveaux systèmes pour la fourniture de médicaments, ainsi que pour la recherche et l'information. Sur le plan mondial, le nombre de lits d'hôpitaux est passé de 5 millions en 1960 à près de 17 millions en 1980, ce qui a accru de plus du double la capacité par habitant. Entre 1955 et 1990, le nombre de médecins a plus que quintuplé, passant de 1,2 million à 6,2 millions. Tous ces investissements ont ouvert de nouvelles possibilités, mais ils ont aussi suscité des problèmes.

Une fois que l'on a construit un hôpital, il est très difficile de le fermer; et une fois que l'on a formé des médecins, il faut bien les employer. Dans presque tous les pays en développement, installations, matériel, ressources humaines et médicaments sont au sommet de la pyramide du système de santé (Figure 6.1), alors que, pour les interventions cliniques et les actions de santé publique d'un bon rapport coût-efficacité dont il a été question dans les chapitres précédents de ce Rapport, le meilleur niveau de prestation est celui des hôpitaux de district ou en dessous. Dispenser ces services au niveau des hôpitaux tertiaires ne fait qu'accroître les coûts sans améliorer la qualité. Ce problème se pose dans les pays pauvres, où le principal centre hospitalo-universitaire de niveau tertiaire de la capitale mobilise une forte proportion de l'ensemble des ressources disponibles pour la santé. Il se pose aussi dans des villes comme Londres, où beaucoup de centres hospitalo-universitaires spécialisés absorbent une bonne partie des ressources sans pour autant répondre aux problèmes de santé les plus courants et les plus pressants des habitants.

Dans beaucoup de pays, trop d'investissements publics vont aux services tertiaires, et les dépenses publiques subventionnent des installations, du matériel et de la main-d'oeuvre haut de gamme à l'intention du secteur privé. Aux pouvoirs publics, dans ces

La majeure partie des soins de santé devraient se situer vers le bas de cette pyramide.

Figure 6.1 La pyramide sanitaire : où les soins sont dispensés



conditions, de prendre les mesures voulues pour rétablir l'équilibre et faire ainsi que les interventions de santé publique et les services cliniques essentiels soient assurés de façon efficace. Si la maîtrise des coûts des dépenses de santé devient préoccupante, les pouvoirs publics peuvent alors jouer un rôle utile à cet égard en limitant la croissance des investissements, tant publics que privés, en formation de spécialistes, en matériel et structures tertiaires. Pour certains facteurs, comme les bâtiments et les ressources humaines, les changements seront nécessairement lents. Pour d'autres, tels que les produits pharmaceutiques, une nouvelle politique pourra entraîner rapidement des modifications. Ce chapitre montre comment il convient de procéder. Il examine en outre la manière dont un soutien public en matière d'information et de recherche peut contribuer à améliorer les

performances du secteur de la santé aujourd'hui même, et à créer des systèmes et techniques de santé nouveaux pour demain.

Réorienter les investissements d'équipement et de matériel

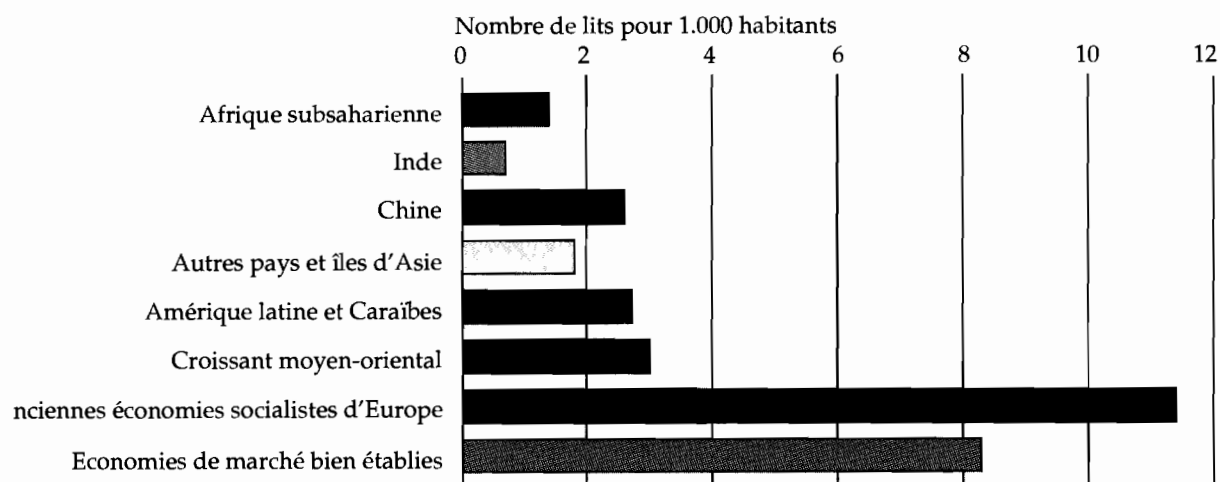
Les investissements destinés à permettre la fourniture des services cliniques essentiels doivent, de préférence, viser les centres de santé et hôpitaux de district, et chercher à améliorer l'accès aux services dans les zones insuffisamment desservies. Il faut quelques investissements publics en installations tertiaires pour la recherche et la formation, mais à des niveaux bien inférieurs à ce que le secteur public y consacre actuellement dans la plupart des pays. Quant aux investissements en services spécialisés, ils peuvent être laissés pour l'essentiel au secteur privé, et les subventions publiques, lorsqu'il y en a, peuvent souvent être considérablement réduites. La réorientation des dépenses publiques vers les installations d'un niveau plus bas est politiquement difficile, mais certains pays se sont déjà engagés dans cette direction. C'est ainsi qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée le niveau des crédits consacrés par l'Etat aux hôpitaux est limité depuis dix ans à 40 % du budget ordinaire du Ministère de la santé, ce qui est bien inférieur au niveau moyen en vigueur dans la plupart des pays en développement.

Les installations

Ce sont les hôpitaux tertiaires qui dispensent les services les plus spécialisés et les plus avancés, et qui assurent l'essentiel des activités de recherche clinique, d'éducation et de formation. Ils sont le plus souvent situés dans les grands centres urbains. Viennent ensuite, dans la hiérarchie des services de santé, les hôpitaux de district : généralement situés dans des villes moyennes ou petites, ils desservent les zones rurales, mais ils sont également utiles dans les grandes agglomérations. En principe, ces hôpitaux comptent entre 100 et 400 lits, desservent 50.000 à 200.000 habitants, et comprennent des services de médecine générale, de chirurgie, de pédiatrie, d'obstétrique et gynécologie, et de médecine dentaire. Ils fournissent également des services de base en anesthésie, radiologie et examens de laboratoire. L'hôpital de district constitue le premier niveau d'orientation pour les centres de santé, et fournit des services complémentaires comme la chirurgie de base. Il dispense essentiellement des soins cliniques, mais assure aussi, dans la plupart des cas, certains soins ambulatoires, la chirurgie de jour (où le patient est opéré et renvoyé chez lui le même jour), et les services d'urgence que l'on ne peut obtenir dans les centres de santé. Dans beaucoup de villes qui ont connu une expansion rapide au cours des 20 dernières années, les zones périurbaines n'ont pas assez de centres de santé ou d'hôpitaux de dis-

La capacité installée d'accueil hospitalier est la plus faible en Inde, en Afrique subsaharienne et en Asie, et la plus forte dans les anciennes économies socialistes d'Europe.

Figure 6.2 Capacité d'accueil hospitalier par région démographique, vers 1990



Source : Données de l'Organisation de coopération et de développement économiques; données de l'OMS.

trict. Dans certaines capitales africaines, l'ensemble de l'agglomération est desservi par un très grand hôpital public de niveau tertiaire : c'est, par exemple le cas du Centre hospitalo-universitaire de Lusaka, en Zambie, qui compte 1.835 lits.

Dans les pays en développement, les hôpitaux absorbent la majeure partie — entre 40 et 80 % — des dépenses publiques de santé. Les pays industrialisés, tout en ayant des dépenses de santé bien plus élevées et davantage de problèmes d'affections chroniques, affectent aux hôpitaux une part légèrement plus petite : entre 35 et 70 %. La Figure 6.2 montre les profondes différences en matière d'équipements hospitaliers que présentent les huit régions démographiques utilisées dans ce Rapport, avec des chiffres qui vont d'environ 11 lits pour 1.000 habitants en Europe centrale et de l'Est à moins d'un lit pour 1.000 habitants en Inde. Dans la plupart des pays en développement, plus de 60 % de tous les lits d'hôpitaux sont dans le secteur public. Malheureusement, les données de la Figure 6.2 n'établissent pas de distinction entre hôpitaux tertiaires et hôpitaux de district. L'ensemble minimum de services cliniques essentiels dont il a été question au Chapitre 5 nécessite à peu près un lit d'hôpital de district pour 1.000 habitants. Sachant qu'en Inde et en Afrique subsaharienne certains lits d'hôpitaux servent à des soins autres que ces services essentiels, certaines parties de ces régions risquent de manquer de lits à l'échelon des hôpitaux de district.

Dans certains pays, à l'insuffisance des crédits affectés aux installations des échelons inférieurs est venu s'ajouter le fait que l'on a créé de multiples niveaux de services ambulatoires (postes de santé, dispensaires et centres de santé ruraux), dont aucun ne fonctionne de façon satisfaisante. Dans le même temps, les hôpitaux tertiaires connaissent un afflux de patients qui pourraient être traités dans des hôpitaux de district ou des centres de santé moins coûteux et plus facile d'accès. Une étude effectuée au Tchad a ainsi révélé que 71 % des consultations assurées à l'hôpital central concernaient des problèmes qui auraient pu être traités dans des établissements de niveau inférieur. Un moyen évident de réduire les dépenses sans sacrifier les progrès susceptibles d'être réalisés sur le plan sanitaire consiste à utiliser au maximum les installations des échelons inférieurs. On peut à cette fin, par exemple, faire payer plus cher aux patients qui se rendent directement, de leur propre initiative, dans un établissement de type tertiaire, sauf en cas d'urgence, ou exiger qu'un patient y soit envoyé par le dispensateur de soins primaires. Il conviendra également, en même temps, de faire en sorte que les services dispensés dans les établissements des échelons inférieurs soient de meilleure qualité et mieux appropriés aux besoins.

INCITATIONS ET DECISIONS D'INVESTISSEMENT. Dans le secteur public, le processus budgétaire masque souvent le coût réel des investissements d'installations de

santé et privilégie les investissements de prestige dans de grands hôpitaux. D'importants investissements, notamment des projets financés par les bailleurs de fonds, peuvent être approuvés par un organe gouvernemental qui n'aura pas à faire face aux coûts de fonctionnement de l'opération. Des régions peuvent demander la création de nouveaux établissements sans avoir à en peser les conséquences budgétaires si, au lieu de se faire selon des formules de financement prévisibles et transparentes (en fonction du nombre d'habitants, par exemple), les transferts de ressources du pouvoir central sont très politisés.

L'aide internationale est souvent venue aggraver le problème que posent des investissements de santé qui ne sont pas viables. Il arrive que des bailleurs de fonds aient fourni une aide, en particulier pour des établissements tertiaires ou des centres hospitalo-universitaires, même si les coûts de fonctionnement additionnels qu'entraînent ces investissements sont excessifs. Trop souvent, on a vu des hôpitaux financés par des donateurs n'ouvrir que partiellement, pas du tout, ou au détriment d'établissements qui existaient déjà. Au Rwanda, par exemple, un hôpital de 200 lits a été achevé en 1991, mais il n'a pas encore ouvert ses portes, en raison du problème posé par le financement de ses coûts de fonctionnement : ceux-ci représenteraient en effet, d'après les estimations, 15 % environ du budget du Ministère de la santé, déjà fortement comprimé. Au Tchad, où une aide extérieure représente 30 % environ du revenu national, un plan de développement national a permis de faire un tri et de rejeter les projets de financement inappropriés soumis par des donateurs. Les autorités ont ainsi décidé de reconsidérer deux projets de construction d'hôpitaux dont on a établi qu'ils étaient en contradiction avec ce plan.

Dans le secteur privé, les décisions d'investissement sont affaire d'incitations financières. Aux Etats-Unis, les organisations de soins de santé intégrés (« *health maintenance organizations* », ou HMO) ont intérêt à rechercher l'efficacité dans la fourniture des soins. De ce fait, leur infrastructure hospitalière est bien moins poussée que dans l'ensemble du système de santé. Les plus grandes (celles qui ont des hôpitaux) comptent environ 1,5 lit d'hôpital pour 1.000 membres, ce qui est très inférieur aux chiffres moyens de 8 lits par habitant observés dans les économies de marché bien établies ou de 5 lits pour l'ensemble des Etats-Unis, et légèrement inférieur aux moyennes régionales pour la Chine et l'Amérique latine. Il semble que les HMO arrivent à maintenir la qualité des soins qu'elles dispensent même avec des niveaux d'hospitalisation et d'infrastructure hospitalière nettement moins élevés. Par contre, les systèmes d'assurance maladie privés, dans lesquels la rémunération à l'acte n'est pas limitée, n'incitent à aucune rationalisation des dépenses.

MULTIPLICATION EXCESSIVE DES EQUIPEMENTS DE SANTE DANS LE SECTEUR PUBLIC. La multiplication des établissements de santé publics en milieu urbain constitue

un problème dans beaucoup de pays. La prolifération des hôpitaux, spécialement dans les capitales, s'est traduite par une multiplication de services tertiaires spécialisés, souvent associés à l'enseignement de la médecine et à la recherche médicale. L'excès d'équipements s'explique aussi par le fait que le secteur public dispense des services de santé à diverses catégories de population, dont chacune a ses hôpitaux et ses centres de santé à elle. En Pologne, par exemple, on trouve des systèmes de santé parallèles pour les cheminots, les mineurs, les policiers, les militaires et leurs familles, ainsi que pour les détenus; il existe une autre série d'établissements pour le reste de la population. Il risque d'en résulter un excédent de capacité, sans qu'aucun établissement réalise des économies d'échelle.

Deux solutions sont possibles : créer des marchés internes et instituer une planification centrale ou régionale en rapport avec les budgets de santé. Si l'on crée de véritables marchés internes au sein du secteur public, l'argent suivra les patients, et ceux-ci, de même que leurs médecins généralistes, seront libres de choisir leur hôpital. L'existence d'une bonne information sur la qualité et les prix des services fera prospérer les prestataires de services spécialisés soucieux d'efficacité et péricliter les autres. L'autre solution consiste à rationaliser les services au moyen d'une planification centrale ou régionale. Dans les pays nordiques, où l'Etat finance en grande partie les systèmes de santé, les crédits sont alloués par région. Chaque région d'environ 350.000 habitants élit des représentants, qui prennent les décisions relatives aux dépenses de soins de santé. Ces représentants ont intérêt à faire en sorte qu'il n'y ait pas d'excédents de services et à réaliser des économies d'échelle dans la prestation de ces services. Si les décisions à prendre concernant de gros investissements sont laissées à la discrétion de chaque hôpital, celui-ci aura tendance à faire ses choix en fonction de ses intérêts à lui, et non de ceux de la région. De multiples hôpitaux voudront, pour le « prestige », proposer des services spécialisés, avec les risques de surinvestissement que cela comporte.

CONSIDERATIONS D'EQUITE. Pour les pauvres des zones rurales, le manque d'infrastructure matérielle est le principal obstacle à l'utilisation des services de santé. L'éloignement des établissements sanitaires fait qu'ils n'ont pas forcément l'envie ou les moyens de se faire soigner, surtout si les moyens de transport sont limités. La répartition des installations de santé favorise très nettement les villes, et les grandes agglomérations sont bien mieux fournies en infrastructures de santé, publiques et privées, que ne le laisserait supposer leur rôle, qui est de desservir les populations urbaines et de fournir des services d'orientation à la population des régions environnantes. (On a besoin d'hôpitaux de soins spécialisés pour une petite proportion seulement — pas plus de 10 % — de toutes les

hospitalisations.) Les régions riches ont aussi un meilleur accès aux infrastructures. En Inde, les Etats relativement riches du Maharashtra et du Gujarat comptent, respectivement, 1,5 et 1,1 lit pour 1.000 habitants, alors que ceux, plus pauvres, du Bihar et du Madhya Pradesh n'en ont, respectivement, que 0,3 et 0,4. Les investissements publics doivent viser à remédier aux inégalités de l'actuelle répartition des infrastructures de santé. Les bailleurs de fonds ont un rôle important à jouer à cet égard, surtout dans les cas où une part appréciable des investissements est financée par eux.

PRODUCTIVITE. La productivité de la capacité installée des hôpitaux pourrait être grandement améliorée. En plus des réformes du financement et de la gestion dont il a été question au Chapitre 5, les mesures suivantes peuvent être prises pour obtenir des gains d'efficacité, et elles devront s'accompagner d'investissements en formation et en infrastructure :

- Convertir une partie de la capacité hospitalière en soins aigus en services moins coûteux de soins de longue durée ou permanents pour les patients qui nécessitent des soins moins intensifs pour se rétablir et se remettre d'une affection chronique. Les coûts de fonctionnement, par journée d'hospitalisation, d'un service de soins de longue durée sont inférieurs à ceux d'un hôpital de soins aigus. En l'absence d'établissements de niveau inférieur de ce type, les malades occupent des lits pour soins aigus, dont le prix de revient est élevé.

- Soumettre les patients à des tests de diagnostic en service ambulatoire avant de les admettre à l'hôpital.

- Pour certaines affections, encourager les soins à domicile comme solution de rechange aux hospitalisations de longue durée.

- Modifier les protocoles de traitement — par exemple, réduire le nombre des opérations qui ne sont pas indispensables, effectuer les accouchements à faible risque dans les maternités, et confier aux services ambulatoires les soins aux tuberculeux et un grand nombre de cas chirurgicaux. A Cali, en Colombie, le coût d'une intervention chirurgicale faite en service ambulatoire ne représente pas 30 % de ce que coûte un traitement classique en hôpital. La chirurgie ambulatoire progresse rapidement dans beaucoup de pays industrialisés, mais elle est beaucoup moins utilisée dans les pays en développement.

ASSURER LA TRANSITION. A la suite du séisme survenu en 1985 à Mexico, détruisant 20 % environ de la capacité hospitalière du secteur public, le Ministère de la santé décida d'axer l'effort de reconstruction et de constructions nouvelles sur les quartiers périurbains à faible revenu, qui étaient jusqu'alors insuffisamment desservis, et six nouveaux hôpitaux de district de 144 lits y furent ainsi construits. Mais ce genre d'occasion de réorienter rapidement les capacités vers

les services de niveau inférieur et les zones mal desservies se présente rarement. Il n'est pas d'autre option, dans ces conditions, que de réduire, voir de cesser, les investissements publics en hôpitaux tertiaires, tout en augmentant les crédits d'équipement et de fonctionnement des centres de santé et des hôpitaux de district. Les hôpitaux tertiaires pourront, avec le temps, devenir financièrement autonomes, ou fermer, ou se transformer, au besoin, en établissements pour malades chroniques ou en hôpitaux de district, ou même être cédés au secteur privé. Mais, dans la plupart des pays, ce processus sera nécessairement lent.

Le matériel

Sur les 71 milliards de dollars que les pays du monde entier dépensent chaque année en matériel médical, la part des pays en développement représente environ 5 milliards, soit 7 %. Sont inclus dans cette estimation les fournitures médicales et dentaires, les instruments chirurgicaux et de diagnostic, les appareils électromédicaux et radiologiques, et les implants.

Les fabricants de matériel médical mettent au point de nouvelles techniques de soins de santé beaucoup plus rapidement que les acheteurs ne peuvent en évaluer l'intérêt clinique et financier. On trouve aujourd'hui sur le marché environ 6.000 types différents d'équipements médicaux (matériel, fournitures et réactifs) et plus de 750.000 marques et modèles de tailles diverses, et l'on compte peut-être 12.000 fabricants dans le monde entier.

Les pertes d'efficacité pour cause de mauvais choix et d'entretien insuffisant des équipements médicaux peuvent être très grandes. Selon les estimations de l'OMS, moins de la moitié du matériel médical en place dans les pays en développement est utilisable. Au Brésil, on estime qu'entre 20 et 40 % des équipements du secteur public (d'une valeur totale de 2 à 3 milliards de dollars) sont hors d'usage. Au Kenya, une étude effectuée en 1984 dans 12 hôpitaux a révélé que les stérilisateurs fonctionnaient en moyenne deux ans au lieu des six années prévues, et que les couveuses ne duraient que deux ans au lieu de huit. Le matériel cessait de fonctionner de façon prématurée parce que les budgets d'entretien ne représentaient qu'environ 1 % de la valeur des équipements (alors qu'un pourcentage de 10 % pourrait être considéré comme optimal). Au Viet Nam, une enquête de 1991 a révélé que 39 % des centres de santé et 29 % des polycliniques situés en milieu urbain n'avaient pas de stérilisateurs en état de marche, alors que ce type d'appareil est indispensable dans les pays en développement, où l'on est obligé d'utiliser plus d'une fois des fournitures comme les seringues.

On peut rationaliser les investissements en équipements médicaux en limitant les achats de matériel très perfectionné et coûteux et en rejetant la plus grande partie du matériel offert à titre gracieux, qu'il soit neuf ou usagé. Pour contenir les coûts, la Belgique, la

France et le Portugal exercent un contrôle direct sur les achats de techniques médicales de pointe, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Au Canada, les achats de gros matériel doivent recevoir l'autorisation préalable du ministère de la santé de la province ou du territoire, qui se base pour cela sur l'évaluation des besoins et d'autres facteurs. On peut encore encourager les hôpitaux publics à faire des choix difficiles en limitant leur budget. Pour ce qui est des équipements donnés à titre gracieux, même à supposer qu'ils répondent aux besoins locaux, on ne peut jamais en utiliser plus qu'une petite partie, et cela pour diverses raisons — pièces manquantes ou endommagées, pas d'intrants disponibles ou de manuels d'utilisation et d'entretien, et problèmes d'approvisionnement en électricité. La standardisation du matériel pourrait simplifier la gestion et l'entretien, et réduire les coûts de gestion des stocks. Les décisions d'achat pourraient être précédées d'une analyse des coûts calculés sur toute la durée de vie du matériel. Il vaut souvent mieux améliorer l'entretien pour accroître la durée de vie du matériel et le rendre moins sujet aux pannes que d'acheter du neuf.

Du fait de la multiplicité des produits offerts sur le marché et de la rapidité avec laquelle les techniques évoluent, il peut être très coûteux d'en faire une évaluation. La communauté internationale pourrait jouer un rôle utile à cet égard en générant et en diffusant des informations sur les équipements disponibles, leur efficacité, leur prix et leur mode d'emploi. Des listes de matériel essentiel pourraient être établies sur le modèle des listes de médicaments essentiels déjà utilisées dans beaucoup de pays.

On aurait également intérêt, pour les achats de matériel, à procéder davantage par appel d'offres. Le plus souvent, en effet, ces achats se font uniquement auprès de distributeurs locaux, et certains pays protègent aussi beaucoup les industries locales, ce qui réduit la concurrence et peut facilement multiplier par deux les prix d'achat. Les pays en développement peuvent réduire leurs coûts en adoptant des méthodes d'achat par adjudication ou en se procurant le matériel auprès d'organismes internationaux — tels que l'UNICEF, Equipment for Charity Hospitals Overseas (ECHO) et l'International Dispensary Association — qui offrent des services d'achat de certains matériels médicaux à des prix compétitifs.

Plusieurs raisons justifient la participation de l'Etat à la mise en place de l'infrastructure sanitaire. En tant que prestataire de services de santé, l'Etat lui-même peut financer et utiliser l'infrastructure. Il peut aussi intervenir pour pallier les défaillances du marché et se laisser ainsi aller à investir davantage — particulièrement en biens et services de santé spécialisés — que ce qui est socialement optimal. Enfin, l'Etat a un rôle à jouer dans les évaluations techniques des équipements médicaux, qui constituent un bien collectif coûteux.

Pour réduire les coûts d'investissement et de fonctionnement sans sacrifier la qualité des soins, l'Etat peut :

- Réorienter les dépenses publiques vers les installations et équipements nécessaires à la mise en oeuvre des programmes de santé publique et à la fourniture des services cliniques essentiels.

- Améliorer le rendement de la capacité installée en envisageant d'autres façons d'utiliser les installations, de même que de nouveaux protocoles de diagnostic et de traitement. (Par exemple, en transformant une partie des services de soins aigus, qui coûtent cher, en unités moins coûteuses de soins post-hospitaliers, et en traitant une partie des cas chirurgicaux en service ambulatoire.) De telles modifications pourront nécessiter quelques investissements nouveaux.

- Lorsqu'il y a lieu de maîtriser les coûts, envisager de limiter les achats, par les prestataires de services aussi bien publics que privés, de technologies coûteuses et spécialisées.

- Aider à la réalisation des évaluations des techniques, et en communiquer les résultats aux acheteurs.

- Réduire ou supprimer les subventions d'installations et d'équipements aux investisseurs privés.

Mieux équilibrer les ressources humaines

A quelques exceptions près, tous les pays se heurtent aux mêmes problèmes fondamentaux pour ce qui est des ressources humaines dans le secteur de la santé : il n'y a pas assez de dispensateurs de soins primaires et il y a trop de spécialistes; le personnel de santé est concentré dans les zones urbaines; la formation en santé publique, politique de santé et gestion sanitaire a été relativement négligée; la formation médicale est subventionnée, alors que les médecins peuvent avoir des revenus élevés et que beaucoup travaillent dans le secteur privé.

Les gouvernements peuvent intervenir de diverses façons pour remédier à ces problèmes. La politique des salaires et de l'emploi dans le secteur public peut être améliorée afin de rendre celui-ci plus compétitif par rapport au secteur privé et de lier salaire et performance. Des profils de carrière et une formation en cours d'emploi doivent être prévus pour conserver le personnel, surtout dans les postes de direction. On peut se servir des politiques d'homologation et d'octroi de licences pour limiter les inscriptions aux programmes de formation, mettre sur pied les programmes d'enseignement (tous les médecins pourraient exercer en milieu rural durant une partie de leur formation médicale, ou être soumis à des examens dans le domaine de la santé publique) et fixer des normes minimales pour les prestataires de services. On peut, par une politique de financement de l'éducation appropriée, limiter les possibilités d'éducation offertes aux médecins et spécialistes pour en offrir davantage, au contraire, à ceux qui s'occupent

de soins primaires et de santé publique, ainsi que de politique de santé et de gestion. Mais, là où les sureffectifs sont les plus prononcés, comme pour les médecins spécialistes, la seule solution efficace sera peut-être de fixer des quotas d'accès à la formation ou, tout au moins, à celle qui est subventionnée par l'Etat.

Réaliser un meilleur équilibre entre dispensateurs de soins primaires et spécialistes

Dans la plupart des interventions de santé d'un bon rapport coût-efficacité, un rôle essentiel est dévolu aux dispensateurs de soins primaires — catégorie qui peut inclure les médecins, le personnel infirmier, les infirmières praticiennes ou les sages-femmes, en fonction de la façon dont sont définis les emplois. Pour les soins primaires, le personnel paramédical offre beaucoup d'avantages. Il coûte moins cher à former (des données rassemblées au Myanmar, au Pakistan et à Sri Lanka indiquent qu'il est possible de former entre 2,5 et 3 infirmiers ou infirmières pour le prix d'un médecin), et il perçoit des salaires moins élevés. Ce personnel peut plus facilement accepter de s'établir en milieu rural, et il communique mieux en général avec les patients. En Afrique subsaharienne, où les quelques médecins locaux sont surtout rattachés aux hôpitaux urbains, les infirmiers et infirmières remplissent souvent les fonctions de dispensateurs de soins primaires. En Chine, également, on fait depuis longtemps appel à des personnes ayant fait trois années d'études de médecine (au lieu de cinq) pour répondre aux besoins en milieu rural.

Dans certains pays, on a, pour améliorer l'efficacité des services de santé, délégué des tâches qui étaient de tout temps assurées par des médecins à des dispensateurs de soins primaires de rang inférieur. En se spécialisant dans l'accomplissement de certains actes courants (comme une sage-femme est spécialisée dans les accouchements, par exemple), ces agents peuvent devenir plus compétents, dans leur domaine, qu'un médecin généraliste. Au Mozambique, des assistants techniques de salles d'opération pratiquent des hystérectomies, des césariennes et des interruptions de grossesses ectopiques. Au Bangladesh, des organisations non gouvernementales (ONG) emploient des infirmières diplômées pour effectuer des stérilisations; dans le secteur public thaïlandais, ce sont les infirmières-sages-femmes qui en sont chargées. Dans tous ces cas, les évaluations font état de résultats qui ne diffèrent en rien de ceux qu'obtiendraient des actes accomplis par des médecins. Au Kenya, des ophtalmologistes cliniciens, qui ne sont pas médecins, ont effectué des opérations de la cataracte dans le cadre d'un programme pilote, et les évaluations font apparaître des résultats acceptables. L'Afrique ne compte qu'un ophtalmologiste pour 1 million d'habitants; si l'on ne faisait pas appel à du personnel paramédical, beaucoup de malades ne pourraient pas être opérés de la cataracte.

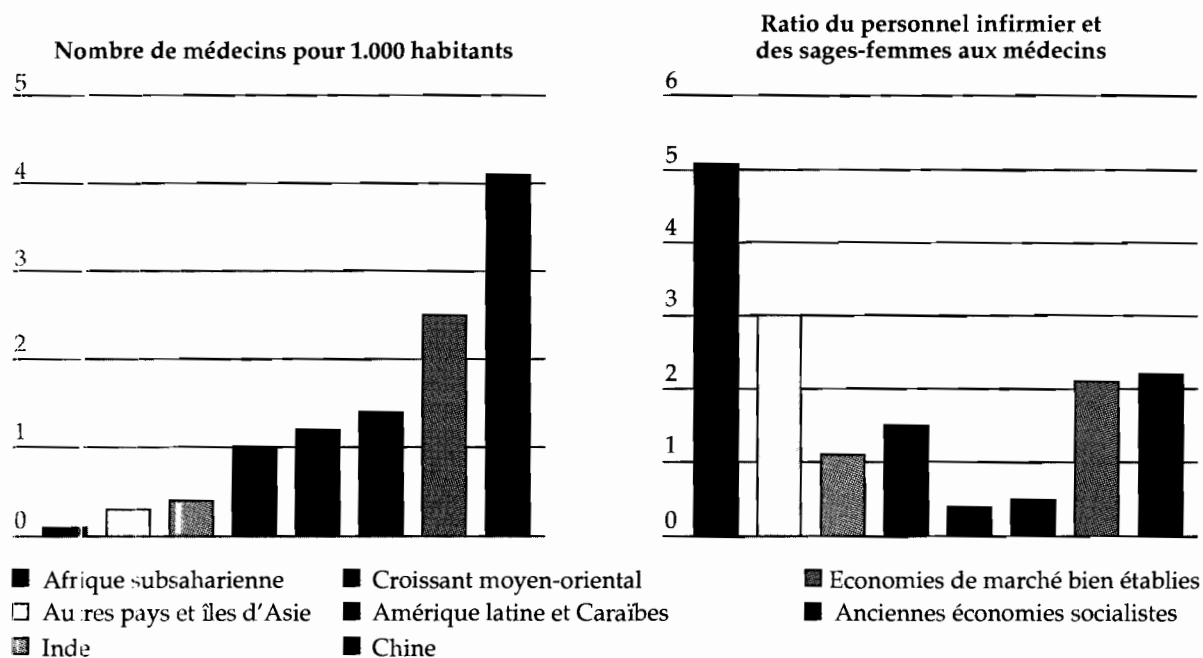
La Figure 6.3 montre la répartition du personnel infirmier et des médecins selon les régions. Le rapport approprié entre personnel de santé et population dépend beaucoup de l'organisation et du financement des soins ainsi que des tâches précises effectuées par lui. Aux Etats-Unis, par exemple, les organisations de soins de santé intégrés emploient environ 1,2 médecin pour 1.000 membres, alors que le chiffre est d'environ 4,5 médecins dans le secteur des soins rémunérés à l'acte. En termes de résultats sur le plan de la santé et de satisfaction des usagers, les évaluations effectuées indiquent que ces économies de ressources ne se font pas au détriment de la qualité. De toutes les régions, l'Afrique subsaharienne est celle qui compte le moins de médecins et d'infirmiers ou infirmières, ce qui constitue un obstacle pour la fourniture des services de santé publique et des services cliniques essentiels évoqués aux Chapitres 4 et 5, dans la mesure où une partie du personnel en place dispense d'autres services. Les interventions de santé publique et les services cliniques minimums essentiels nécessitent environ 0,1 médecin pour 1.000 habitants, et entre 2 et 4 infirmières diplômées par méde-

cin. Cependant, compte tenu des contraintes de ressources, ce rapport assez élevé entre le personnel infirmier et les médecins en Afrique subsaharienne est bon signe. Il n'existe pas de nombre optimal de médecins par habitant ou d'infirmiers et infirmières par médecin, mais une règle généralement admise est qu'il devrait y avoir au moins deux infirmiers ou infirmières pour chaque médecin. (Le rapport est de cinq pour un en Afrique, mais bien inférieur à deux pour un en Amérique latine, en Chine, dans le Croissant moyen-oriental et en Inde.)

PLETHORE DE MEDECINS. Au cours des années 60 et 70, beaucoup de gouvernements ont encouragé, principalement au moyen de subventions à l'enseignement, un essor rapide de la formation des médecins pour faire face à la demande de dispensateurs de soins primaires. Dans de nombreux pays, la surabondance de médecins par rapport au personnel infirmier et de spécialistes par rapport aux autres médecins a posé des problèmes. Au début des années 80, les économies de marché bien établies, l'Amérique latine et certains pays d'Asie avaient du mal à absorber le

Les effectifs et la composition du personnel de santé varient considérablement selon les régions.

Figure 6.3 Effectifs de personnel de santé par région démographique, 1990 ou année la plus récente connue



Source : Voir Tableau A.8 de l'Annexe.

nombre croissant de médecins. Ces politiques ont été coûteuses, et il faudra beaucoup d'années pour rectifier ces déséquilibres.

Le cas du Mexique est révélateur à cet égard. En 1970, on y comptait quelque 29.000 étudiants en médecine, répartis entre 27 écoles. Dix ans plus tard, il y en avait 93.000 pour 56 écoles. Dans beaucoup de ces écoles, les frais de scolarité étaient fortement subventionnés, voire gratuits, et certaines des plus grandes n'imposaient pas de restrictions à l'inscription. Dans le même temps, les services de santé ne connaissaient qu'un développement modéré. De 20.600 en 1960, le nombre des médecins était passé à 166.000 en 1990. Selon une enquête effectuée en 1986 auprès des médecins des grandes villes, 7 % étaient sans emploi, 11 % occupaient des emplois non médicaux et 11 % encore occupaient des emplois médicaux faiblement rémunérés ou avaient une clientèle très réduite — point préoccupant dans la mesure où ces médecins risquent de ne pas voir assez de patients pour demeurer compétents. Par ailleurs, l'explosion du nombre d'écoles de médecine s'est accompagnée d'une baisse de la qualité de l'enseignement dispensé. Qui plus est, cet essor de la formation médicale n'a rien fait pour le problème de l'insuffisante implantation de médecins en milieu rural. En 1983 a été créé un organisme interinstitutionnel, composé de représentants des ministères de la santé et de l'éducation nationale, des établissements de soins et des universités. Cet organisme a, d'un commun accord, réduit le nombre des inscriptions et donné un coup d'arrêt à la prolifération des écoles de médecine. Dernièrement, les pouvoirs publics ont commencé à publier les notes moyennes obtenues aux examens par les diplômés de ces écoles, pour donner aux étudiants et employeurs potentiels une idée de la qualité de leur enseignement.

D'autres pays ont répondu à la surabondance de médecins en limitant l'immigration de personnel médical (Canada et Royaume-Uni), en réduisant le temps de travail (Danemark) ou en favorisant l'émigration de personnel médical. Ces deux dernières solutions, toutefois, représentent un gaspillage de précieuses ressources (Encadré 6.1). Dans certains pays, l'Etat peut limiter directement les inscriptions dans les écoles de médecine. C'est ainsi que l'Égypte les a réduites de moitié depuis 1982, tandis qu'en France le Ministère de la santé a utilisé le système des quotas pour ramener les nouvelles inscriptions d'environ 11.000 en 1975 à moins de 5.000 en 1989. Dans d'autres pays, comme l'Allemagne et le Mexique, les universités peuvent déterminer leurs effectifs de façon autonome, et les réductions doivent se faire sur la base d'un consensus ou au moyen des politiques de financement des études.

LIMITER LA FORMATION DE SPECIALISTES. Le plus souvent, il va falloir limiter, non seulement le total des effectifs, mais aussi la formation de spécialistes. En effet, plus ceux-ci sont nombreux, plus le nombre

d'interventions inutiles et souvent risquées a tendance à augmenter, ce qui a pour effet d'accroître les coûts des soins de santé et d'en réduire la qualité. Les Etats-Unis sont le pays du monde qui compte le plus grand nombre de cardiologues et de blocs opératoires de chirurgie cardiaque par habitant et, de ce fait, des taux d'interventions plus élevés — interventions qui ne sont pas toujours justifiées.

L'établissement de principes directeurs et l'offre d'incitations peuvent, certes, être d'importants moyens d'action pour limiter l'abus d'actes médicaux, mais on y contribuerait également en formant moins de cardiologues. Comme l'a montré une étude américaine souvent citée, un accroissement de 10 % du nombre de chirurgiens provoquerait une augmentation de 3 à 4 % du nombre des interventions chirurgicales — c'est le phénomène de « demande induite par l'offre ».

Même quand ils remplissent des fonctions de généralistes, les spécialistes pratiquent un style de médecine plus coûteux en prescrivant davantage de tests et d'actes médicaux. L'analyse des variations géographiques des dépenses de santé aux Etats-Unis montre que les dépenses en services de médecins sont fonction, non pas du nombre total de médecins par habitant, mais de la proportion des médecins qui assurent des soins primaires par rapport aux spécialistes. Beaucoup de pays de l'OCDE limitent les possibilités de formation spécialisée. C'est là une politique qui s'impose de plus en plus pour les pays à revenu intermédiaire désireux de contenir les coûts. L'enseignement subventionné de la médecine a déjà abouti à une surproduction dans certains pays en développement à revenu intermédiaire comme le Chili, où 75 % des médecins sont des spécialistes, et le Venezuela, où environ 55 % des médecins employés dans le secteur public le sont. A l'inverse, les spécialistes ne sont que 25 à 50 % en Allemagne, en Belgique, en France et dans les pays scandinaves, où des organes et commissions de contrôle fixent les effectifs qu'il s'agit de former.

Il n'est guère, ou pas, besoin de spécialistes pour assurer les interventions cliniques d'un bon rapport coût-efficacité dont il est question au Chapitre 5, même si l'on fait un peu mieux que le minimum. Il en faut quelques-uns pour les services qui ne font pas partie de ce minimum. Le rapport global des généralistes aux spécialistes est un indicateur que les autorités ont intérêt à surveiller, mais cette information n'est pas facile à obtenir actuellement dans beaucoup de pays. Pour connaître la proportion maximum de spécialistes par rapport aux médecins, on pourrait prendre pour référence le chiffre, qui paraît raisonnable, de 25 %, ce qui est à peu près le minimum observé dans les économies de marché bien établies. Dans beaucoup de pays en développement, le chiffre pourrait être bien inférieur encore, compte tenu des caractéristiques épidémiologiques de la population et du fait que celle-ci utilise moins des services cliniques

Encadré 6.1 Les migrations internationales et le marché mondial des professionnels de la santé

Depuis plusieurs dizaines d'années, on assiste à une migration massive de médecins et de personnel infirmier à travers le monde. Selon les estimations de l'OMS, 14.000 infirmiers ou infirmières se sont expatriés au début des années 70, et plus de 140.000 médecins (soit 6 % des effectifs de la profession) résidaient en 1972 dans un pays autre que celui dans lequel ils étaient nés ou avaient été formés. Au cours des 50 dernières années, cette migration s'est surtout faite des pays en développement vers les pays industriels. Jusqu'à 56 % des médecins qui émigrent viennent de pays en développement, alors que ceux-ci n'en reçoivent pas 11 %. L'Inde et les Philippines sont les deux plus gros fournisseurs de médecins. En ce qui concerne le personnel infirmier, plus de 90 % des migrations se font en direction de l'Amérique du Nord, de l'Europe et des pays à revenu élevé de l'ouest du Pacifique, mais environ 7 % seulement vers des pays en développement. Ce personnel provient en grande majorité des Philippines, qui voient partir chaque année entre 2.000 et 3.000 infirmiers ou infirmières, principalement en direction de l'Amérique du Nord. En 1970, le Canada et les Etats-Unis comptaient davantage d'infirmiers ou infirmières originaires des Philippines que les Philippines elles-mêmes, et cette tendance s'est maintenue jusqu'à présent. Les autres gros fournisseurs de personnel infirmier sont l'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et certains pays des Antilles.

Conséquences

La migration des professionnels de la santé a des effets à la fois positifs et négatifs. Du point de vue positif, elle peut contribuer à pallier des pénuries de main-d'œuvre dans les pays d'accueil, et les importants transferts de salaires ou recettes fiscales provenant des travailleurs à l'étranger peuvent améliorer le niveau de vie dans les pays d'origine. (Selon les estimations, les Philippines ont reçu, en 1986, 680 millions de dollars de leurs travailleurs expatriés, toutes activités confondues, et l'ensemble des pays en développement a reçu, en 1975, 8 milliards de dollars d'envois de fonds.) Sur le plan négatif, l'émigration nette de ressources humaines qualifiées peut entraî-

ner des pénuries de personnel de santé. En Jamaïque, une proportion de postes vacants de plus de 50 % parmi le personnel infirmier, principalement du fait d'une émigration massive au sein de ce personnel, a contraint le Ministère de la santé de fermer des départements entiers et de réduire les services dispensés dans beaucoup d'établissements. Les professionnels de la santé qui émigrent privent en outre leur propre pays du bénéfice des investissements consacrés à leur éducation (souvent financés par l'Etat). En Jamaïque, par exemple, les 111 infirmiers ou infirmières diplômés qui ont quitté le secteur public en 1990 avaient coûté à l'Etat près de 1,7 million de dollars en frais d'éducation et de formation.

Intervention des pouvoirs publics

Pour tenter d'infléchir les tendances migratoires, de nombreux pays ont modifié leur législation en matière d'immigration et d'octroi des autorisations d'exercer. Durant les années 80, par exemple, pour tenter de remédier à leur propre pénurie de personnel infirmier, les Etats-Unis ont modifié leur politique d'immigration en la matière : il devenait ainsi relativement facile aux infirmiers ou infirmières qui voulaient s'installer aux Etats-Unis d'obtenir un visa. Cela a eu des répercussions considérables sur un certain nombre de pays voisins. Aux Philippines, durant la même période, il devenait de plus en plus difficile aux infirmiers ou infirmières diplômés d'obtenir les papiers nécessaires pour pouvoir quitter le pays, du fait de l'énorme hémorragie de personnel infirmier que celui-ci connaissait alors.

Des mesures de restriction à court terme de l'immigration risquent toutefois de n'avoir qu'un effet limité. Il existe d'autres moyens d'encourager les professionnels de la santé à rester dans leur pays : on pourrait, par exemple, réformer le financement des études de manière à obliger les étudiants à rembourser tout ou partie des coûts de formation financés par l'Etat, instituer un système de prêts aux étudiants ou faire prendre des engagements de service. Les possibilités de formation à l'étranger financées par l'Etat pourraient en outre être limitées, car elles ont tendance à favoriser l'émigration.

autres que ceux du programme essentiel. Pour cela, il faudra peut-être, outre supprimer les subventions à la formation, réglementer et rationner la formation de spécialistes.

CONTINU DE LA FORMATION. La formation en soins de santé primaires devrait, au minimum, viser à faire acquérir les compétences nécessaires pour assurer les services cliniques essentiels mentionnés au Chapitre 5. En réalité, toutefois, les programmes de base des écoles de médecine ne couvrent souvent pas comme il faudrait certains de ces services, comme le planning familial ou les méthodes appropriées de diagnostic et de traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST). Depuis plus de 20 ans, on

ne cesse de dire qu'il faut arrêter de former des professionnels de la santé dans des établissements tertiaires à haute technicité et les familiariser au maximum avec les problèmes de santé et la pratique de la médecine au niveau des populations, mais les progrès ont été extrêmement lents. Les 55 établissements qui sont membres du Réseau international d'établissements d'enseignement des sciences de la santé à orientation communautaire ont décidé de réformer leurs programmes de façon à y faire une grande place à un type d'apprentissage axé sur la solution des problèmes de santé de la communauté. Il s'agit de produire des diplômés dont les compétences et l'expérience correspondent étroitement aux besoins de santé de la communauté. On trouve maintenant un pourcentage

sensiblement plus élevé de diplômés de ces écoles dans les soins de santé primaires. Des efforts de réforme similaires ont été entrepris dans l'enseignement des soins infirmiers. Au Nigéria, en Ouganda, au Sénégal (pour la formation de base) et en Thaïlande (pour les infirmiers/infirmières pratiquant des interventions de santé publique), ce type d'enseignement a été davantage axé sur les besoins des communautés et sur la prévention.

Attirer des dispensateurs de soins primaires dans les zones insuffisamment desservies

Le personnel de santé est surtout basé en milieu urbain. L'isolement professionnel, le manque de possibilités de travail supplémentaire, la qualité insuffisante des logements et autres inconvénients font que les établissements de santé ruraux ont souvent du mal à recruter du personnel. Si l'on ne peut pas relever les traitements du secteur public, il faut trouver d'autres solutions pour rendre plus attrayants les postes en milieu rural. Beaucoup de pays exigent de ceux qui ont reçu une formation médicale financée par l'Etat qu'ils exercent pendant un certain temps en milieu rural. Les provinces du Canada ont eu recours à un grand nombre de mesures d'incitations : échelles de traitement différenciées, primes d'installation, prise en charge des frais d'éducation permanente et attribution de bourses pour études ultérieures en échange d'un nombre donné d'années de service.

Dans certains contextes, le manque de professionnels de la santé femmes est un obstacle à l'utilisation des services de santé. En Egypte, par exemple, la plupart des médecins sont des hommes, mais des interdits culturels empêchent une femme, passé l'âge de la puberté, d'être vue par des hommes qui ne sont pas membres de sa famille. Même lorsqu'elles ont reçu une formation, les femmes habilitées à donner des soins primaires hésitent à s'installer dans les zones insuffisamment desservies pour des raisons de sécurité et de famille. C'est pourquoi l'*Aga Khan Development Network*, au Pakistan, a entrepris de former des femmes au travail de visiteuses médicales au sein de leur propre communauté.

Les agents de santé communautaires peuvent compléter le travail des dispensateurs de soins primaires dans les zones rurales. Divers pays, dont le Burkina Faso, la Gambie et le Ghana, ont formé un grand nombre d'agents de ce type dans le cadre de leur stratégie nationale de soins de santé primaires; dans beaucoup d'autres endroits, des programmes beaucoup plus petits ont été mis sur pied par des groupes d'ONG. Les évaluations font parfois apparaître des résultats décevants : les agents de santé communautaires n'ont souvent eu qu'un impact limité sur l'utilisation des services de santé et les indicateurs de santé (Encadré 6.2). Ces mêmes évaluations font état de quatre conditions nécessaires (mais difficiles) du succès : il faut que les agents de santé communautaires

aient reçu une bonne formation, qu'ils soient bien encadrés, qu'ils disposent d'appuis logistiques appropriés et qu'ils soient en liaison avec de bons systèmes de santé au niveau du district pour leur envoyer, au besoin, des patients.

Accroître l'effort de formation en santé publique, gestion, élaboration des politiques et planification

On peut faciliter les améliorations de performance des systèmes de santé en formant un nombre suffisant de décideurs et de gestionnaires, y compris des spécialistes de santé publique, des analystes de politiques, des administrateurs d'hôpitaux et des spécialistes de la gestion des produits pharmaceutiques, compétences dont il y a pénurie dans la plupart des pays en développement. Souvent, l'enseignement de base de la médecine n'accorde guère d'attention à la santé publique, les formations spécialisées laissent souvent à désirer et l'enseignement dispensé dans les écoles de santé publique est peut-être trop théorique et inadapté aux problèmes et aux besoins locaux. En Afrique subsaharienne, où la capacité de santé publique est la plus faible, moins de 100 personnes reçoivent chaque année une formation spécialisée dans ce domaine. Certains pays envisagent ou exécutent des programmes de formation pluridisciplinaires comprenant, outre les traditionnelles sciences de la santé publique, des cours de techniques de gestion et de communication. Un exemple de programme d'un nouveau type destiné à former les élites futures dans ce domaine est donné par l'Ecole de santé publique de Beijing, qui a été créée en 1989 dans le but de stimuler ce type de formation dans l'ensemble de la Chine. Le programme de maîtrise de santé publique proposé par cette école attire des étudiants et des enseignants représentant aussi bien les disciplines de santé que les sciences économiques, la gestion, les sciences sociales ou les sciences de l'environnement. La formation qui y est dispensée repose sur l'étude de problèmes concrets, et plus de la moitié de l'éducation qu'on y reçoit se fait sous forme de service communautaire. Au Zimbabwe, un nouveau programme de formation à la santé publique prévoit que les étudiants passent les trois quarts de leur temps sur le terrain.

Politiques et planification de la santé, et bonne gestion, sont des conditions essentielles (mais pas suffisantes) à l'amélioration des performances des services de santé. Le rôle joué dans ces services par les gestionnaires, les économistes et les planificateurs s'est renforcé dans les pays industrialisés au cours des 30 dernières années. Dans beaucoup de ces pays, par exemple, il n'est pas rare que les hôpitaux soient dirigés par des administrateurs professionnels (sans formation médicale), alors qu'ils ont plutôt tendance à être administrés par des médecins dans les pays en développement. A mesure que ceux-ci s'efforceront d'accroître l'efficacité des services et évolueront vers une gestion décentralisée des installations de santé, la

Encadré 6.2 Les agents de santé communautaire

Au cours des 20 dernières années, beaucoup de pays ont fait l'expérience de la formule des agents de santé communautaire (ASC) pour les soins de santé primaires. Plusieurs pays africains ont ainsi, durant les années 70, fait appel à cette formule afin d'universaliser à peu de frais, sur l'ensemble de leur territoire, l'accès aux services de santé primaires. La tâche des ASC est généralement d'enseigner les principes d'hygiène, de nutrition, de planning familial, de santé infantile et d'immunisation, tout en effectuant quelques interventions de santé de base. Ils peuvent aussi jouer un rôle utile de trait d'union entre les centres de santé et la communauté. Malheureusement, ce type de programmes a donné des résultats mitigés. Certaines études ont révélé qu'en Gambie et en Indonésie les accoucheuses traditionnelles qui ne disposaient pas de l'appui de services qualifiés n'étaient pas parvenues à réduire le risque de mortalité maternelle.

Un programme lancé en Jamaïque en 1977, qui utilisait des ASC pour les soins de santé primaires, est un exemple d'initiative aux objectifs louables mais qui n'a pas abouti. Les problèmes ont surgi dès le début, dans le choix du personnel. En général, les ASC se montrent plus motivés s'ils servent les communautés dans lesquelles ils vivent. Ici, malheureusement, trop peu d'agents avaient été recrutés au sein des communautés cibles, et l'on a dû faire appel à des agents de l'extérieur. Par ailleurs, l'impossibilité de recruter des hommes parmi les volontaires a nui au succès des programmes de planning familial et de prévention des MST. Les ASC, qui constituaient un groupe important, ont demandé et obtenu les avantages accordés aux fonctionnaires, notamment une grille des salaires et des possibilités d'avancement. En 1985, le traitement d'un agent qui avait reçu une formation accélérée devait ainsi représenter les deux tiers de celui d'une infirmière diplômée qui avait reçu trois années de formation. Les bâtiments des centres de santé ont été modifiés pour servir de bases aux activités des ASC, et les pénuries de personnel de niveau supérieur ont amené beaucoup de ces centres à remplacer le personnel infirmier par des ASC, alors que ceux-ci n'avaient pas reçu la formation nécessaire. Ces ASC se sont trouvés de

plus en plus rattachés au système de santé et de moins en moins disponibles pour la communauté. Ce programme a depuis été considérablement réduit.

D'autres initiatives ont mieux réussi. Peut-être le plus vaste programme d'agents de santé communautaire entrepris par une ONG est-il celui que l'église catholique a lancé au Brésil sous le nom de Pastoral da Criança. Mis sur pied en 1983, ce programme est solidement appuyé par le Ministère de la santé et bénéficie d'un certain soutien technique et financier de l'UNICEF, ainsi que de la Fondation Bernard Van Leer et d'autres ONG. Il compte à l'heure actuelle 47.000 ASC dispersés sur l'ensemble du territoire brésilien, et a touché, selon les estimations, 1,5 million d'enfants en 1992. Les agents apprennent aux mères de familles à faible revenu l'importance des soins prénatals, d'une bonne alimentation durant la grossesse, de l'allaitement, du sevrage, des vaccinations et des traitements contre la diarrhée, et ils suivent la croissance des nourrissons et des jeunes enfants. Leur formation obéit à un principe central commun tout en étant adaptée aux caractéristiques des différentes régions. Les programmes de formation des volontaires illettrés font l'objet d'une attention particulière, et le travail d'encadrement des ASC est étroitement intégré à leur éducation permanente et aux incitations mises en place pour eux. D'après une évaluation effectuée en 1990, les indicateurs de santé et de nutrition relatifs aux jeunes enfants participant au programme étaient nettement meilleurs que ceux obtenus dans des communautés analogues qui n'y étaient pas associées.

Les agents de santé communautaire sont aussi un élément essentiel à la réussite des programmes de soins primaires de l'Aga Khan Health Service dans certaines zones montagneuses isolées du Pakistan. Ces agents, qui sont des volontaires choisis par les villageois eux-mêmes, recueillent des données épidémiologiques, assurent l'éducation sanitaire, identifient les problèmes qui se posent et fournissent des traitements simples et des services d'orientation, avec l'appui d'équipes itinérantes de médecins et d'infirmiers ou infirmières.

demande d'administrateurs qualifiés ira croissant. Mais la plupart de ces pays n'ont guère mis au point de programmes de formation dans ces domaines.

L'enseignement à distance peut faciliter la formation en santé publique, en économie de la santé et en gestion en rendant possible la mise en place rapide de programmes souvent nouveaux sans qu'il faille former, ce qui prendrait du temps, une nouvelle génération d'enseignants. Ce type d'enseignement a, par exemple, permis à la Chine de renforcer ses capacités de recherche sanitaire. En collaboration avec des universités chinoises, l'Université de Newcastle (Australie) a institué un programme d'études supérieures par correspondance en épidémiologie clinique. Les ouvrages utilisés et la qualité de l'enseigne-

ment sont identiques à ceux du programme australien. Des professeurs chinois aident les étudiants à effectuer les travaux de laboratoire et de recherche appliqués.

Réformer le financement de la formation sanitaire

Beaucoup des problèmes de ressources humaines qui se posent dans le secteur de la santé découlent de cette erreur fondamentale qui est de faire subventionner par l'Etat les études de médecine. Si les médecins payaient la totalité des frais de leurs études, peu importerait qu'ils puissent ultérieurement exercer des activités non médicales. Les subventions publiques pourraient servir spécifiquement à encourager les

choix de formation et de carrière allant dans le sens de l'intérêt public.

On pourrait remplacer par des prêts aux étudiants la plupart des subventions publiques actuellement accordées pour la formation. Ces prêts pourraient ne pas devoir être remboursés par la suite si leurs bénéficiaires acceptaient de travailler dans un domaine prioritaire (comme les soins primaires ou la santé publique) ou dans une zone insuffisamment desservie. Cela permettrait non seulement d'améliorer la répartition et l'utilisation des professionnels de la santé, mais aussi de réaliser de substantielles économies de ressources publiques.

A l'heure actuelle, presque tous les pays connaissent des problèmes de dosage et de qualité de leurs professionnels de santé. Les gouvernements peuvent, par leur politique financière, contribuer de manière constructive et essentielle à remédier à des défaillances du marché qui ont pour effet de fausser l'accès à la formation et l'offre de personnel qualifié dans différents domaines. (Par exemple, si l'accès au crédit n'est pas généralisé, le risque est que seuls les gens de condition aisée pourront éventuellement faire des études de médecine et, si le taux de rentabilité privée d'une certaine spécialité est largement supérieur au taux de rentabilité sociale, le risque est de voir cette spécialité choisie par un nombre de professionnels supérieur à ce qui serait socialement optimal.) Par leur action, les gouvernements peuvent :

- Aider à répondre au besoin de formation de dispensateurs de soins de santé primaires et autres professionnels de la santé par une amélioration des marchés financiers — en utilisant des programmes de prêts aux étudiants quand cela est possible — et par des mécanismes de type service national.
- Dépenser davantage pour la formation et améliorer les salaires et indemnités du personnel de la santé publique exerçant dans des domaines où le taux de rentabilité sociale l'emporte actuellement sur le taux de rentabilité privée. Cela concerne en particulier le personnel paramédical chargé des soins primaires, les administrateurs de la santé et le personnel exerçant en milieu rural.
- Limiter ou supprimer les subventions et incitations financières à la formation de spécialistes.

Améliorer le choix, l'achat et l'utilisation des médicaments

Une bonne partie des pouvoirs de la médecine moderne s'exercent par les médicaments et les vaccins. Les gouvernements peuvent améliorer l'utilisation qu'ils font eux-mêmes des médicaments et aider le secteur privé à accroître son efficacité en prenant des mesures de nature à permettre un meilleur choix, à rationaliser l'achat et la production, et à favoriser une meilleure utilisation. Par la réglementation et l'établissement d'une liste nationale des médicaments essentiels d'un rapport coût-efficacité bien établi, les

pouvoirs publics peuvent aider les fournisseurs et les consommateurs à mieux choisir entre les quelque 100.000 médicaments différents composés de plus de 5.000 substances actives — aujourd'hui disponibles de par le monde. L'Etat peut encourager les systèmes de santé à se procurer des médicaments d'un niveau de qualité garanti auprès des fournisseurs les moins chers, sur le plan local aussi bien qu'international. Il peut supprimer ce qui, dans beaucoup de pays, incite les médecins à prescrire plus de médicaments qu'il n'est nécessaire du fait des bénéfices que ceux-ci leur procurent lorsqu'ils les dispensent eux-mêmes. En Chine, en Corée et au Japon, c'est ce genre d'incitations qui a contribué à faire que les dépenses de médicaments représentent 35 à 50 % du total des dépenses de santé.

Choix des médicaments essentiels

La Liste modèle des médicaments essentiels établie par l'OMS propose un ensemble minimum de médicaments qui, selon cette organisation, doivent permettre de traiter efficacement les problèmes de santé dans les pays en développement. Elaborée pour la première fois en 1977 par un groupe d'experts, elle a été revue et mise à jour à sept reprises et comprend aujourd'hui quelque 270 produits. Elle est conçue pour servir de modèle à partir duquel les pays pourront dresser eux-mêmes des listes encore plus précises de médicaments essentiels.

Les produits figurant sur ces listes sont censés être disponibles à tout moment et selon les dosages appropriés dans des services de santé du secteur public. A l'échelon des centres de santé, entre 30 et 40 médicaments permettent de traiter la quasi-totalité des cas. Les hôpitaux de district n'ont pas besoin d'en avoir plus de 120. Achetés dans de bonnes conditions, ces médicaments sont généralement assez bon marché; ils sont presque tous disponibles auprès de plusieurs fournisseurs internationaux. Les listes donnent la dénomination commune (générique) des produits. Beaucoup de pays ont établi ce genre de liste, mais quelques-uns seulement s'en sont servi pour leurs achats et la gestion de leurs stocks de médicaments dans le secteur public (ou financés par lui). Et il est arrivé que des produits importants — les contraceptifs en particulier — aient été omis.

Le Bangladesh et le Soudan se servent de listes réduites non seulement pour choisir les médicaments dont l'achat sera pris en charge par l'Etat, mais aussi pour orienter le processus d'enregistrement des médicaments, déterminant ainsi la gamme de médicaments dont le secteur privé pourra disposer également. La Norvège a limité le nombre de médicaments enregistrés en faisant du rapport coût-efficacité, entre autres choses, un des nouveaux facteurs de sélection. Le Zimbabwe utilise sa liste nationale depuis 1991 pour déterminer les médicaments que le secteur privé peut importer sans permis.

La notion de médicaments essentiels n'est pas seulement applicable aux pays en développement : dans les pays industrialisés, les prestataires de soins de santé institutionnels (publics et privés) et les compagnies d'assurances utilisent beaucoup les codex, qui sont des listes détaillées de médicaments essentiels. Ceux-ci contiennent le nom des médicaments approuvés ou recommandés à l'intention des prestataires de santé et des réseaux d'approvisionnement, ainsi que des renseignements utiles pour ceux qui sont appelés à prescrire ces médicaments. Pour l'établissement du codex, on évalue les produits en fonction de leur sécurité, de leur efficacité et de leur prix par rapport à d'autres produits thérapeutiques. D'après ce que l'on a constaté au Royaume-Uni et ailleurs, l'adoption de cette formule peut permettre de réaliser des économies considérables sur le coût des médicaments si les médecins sont associés à l'établissement des listes et instruits des résultats qu'on peut en attendre.

L'Etat doit aussi exercer des fonctions de réglementation pour faire en sorte que tous les médicaments offerts sur le marché soient d'un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité acceptable. Il lui faut, pour cela, mettre en place une petite équipe de personnel qualifié, faire adopter les textes législatifs qui régiront les procédures administratives d'examen des médicaments et créer des laboratoires de contrôle de la qualité. Ce sont là d'importants domaines pour lesquels l'appui des bailleurs de fonds et peut-être des initiatives internationales pourraient être envisagés.

Achat et production de médicaments

En 1990, les secteurs public et privé des pays en développement ont dépensé, selon les estimations, 44 milliards de dollars en produits pharmaceutiques, soit 10 dollars par habitant. Dans le monde entier, ces dépenses se sont chiffrées à 220 milliards de dollars environ, soit 40 dollars par habitant. En 1992, les dépenses totales en vaccins utilisés sur l'homme, à l'exclusion de ceux fabriqués dans les pays en développement, ont été de l'ordre de 1,6 à 2,0 milliards de dollars. Les dépenses de médicaments varient énormément : de 2 dollars seulement par habitant dans certaines zones d'Afrique subsaharienne et au Bangladesh, elles atteignent 412 dollars au Japon (Tableau 6.1).

Dans la plupart des économies de marché bien établies, les produits pharmaceutiques et les vaccins représentent entre 5 et 20 % des dépenses de santé et, exception faite du Canada et des Etats-Unis, plus de la moitié des dépenses de médicaments sont financées par l'Etat. Dans les pays en développement, les ménages prennent en charge une part bien plus grande de ces dépenses. En Côte d'Ivoire et au Pakistan, plus de 90 % des dépenses de santé des ménages sont consacrées aux médicaments. Dans le secteur public, ceux-ci représentent généralement

Tableau 6.1 Dépenses de médicaments par an et par habitant dans quelques pays, 1990

<i>Pays</i>	<i>Dépenses (dollars)</i>
Japon	412
Allemagne	222
Etats-Unis	191
Canada	124
Royaume-Uni	97
Norvège	89
Costa Rica	37
Chili	30
Mexique	28
Turquie	21
Maroc	17
Brésil	16
Philippines	11
Ghana	10
Chine	7
Pakistan	7
Indonésie	5
Kenya	4
Inde	3
Bangladesh	2
Mozambique	2

Source : Ballance, Pogany et Forstner, 1992.

entre 10 et 30 % des coûts de fonctionnement et figurent ainsi au deuxième rang des catégories de dépenses, après les traitements. L'ampleur même de ces dépenses rend d'autant plus prioritaires les substantielles améliorations d'efficacité réalisables sur le plan des achats.

BIEN ACHETER LES MEDICAMENTS ET LES VACCINS. Certains pays ont réalisé des économies de 40 à 60 % sur leurs dépenses de produits pharmaceutiques en choisissant mieux ceux-ci et en procédant par voie d'appels d'offres. Au Costa Rica, par exemple, la caisse nationale de sécurité sociale est depuis plusieurs années en mesure d'acheter ses médicaments à des prix environ deux fois moins élevés que ce que paient ses homologues dans d'autres pays d'Amérique centrale. Cela tient en partie au fait qu'elle emploie des procédures d'achat centralisées, plus ouvertes et plus transparentes, et à ce qu'elle choisit des produits génériques en s'aidant de sa liste nationale de médicaments essentiels. Bien entendu, la situation politique stable dont jouit le Costa Rica facilite les choses. En 1986, plusieurs pays insulaires des Caraïbes se sont groupés pour lancer des appels d'offres internationaux par l'intermédiaire de la Banque de développement des Caraïbes, ce qui leur a permis, cette année-là, de réaliser une économie de 44 % par rapport aux prix payés auparavant.

Pour acheter médicaments et vaccins dans de bonnes conditions, il convient tout d'abord de bien quantifier ce dont on aura besoin pour une période donnée, en utilisant si possible les listes de médicaments

essentiels ou les codex. La constitution d'importants stocks de médicaments non essentiels se paie de coûts d'opportunité élevés, car ils mobilisent des ressources et risquent d'être périmés avant même d'avoir pu être utilisés. Manquer de médicaments essentiels est également coûteux, car les achats d'urgence auprès de fournisseurs locaux coûtent toujours cher. Bien prévoir permet de faire des achats économiques.

Certains gouvernements et beaucoup de bailleurs de fonds achètent les médicaments par l'intermédiaire d'organismes internationaux (Encadré 6.3). Ceux-ci font leurs achats par voie d'appels d'offres internationaux et pratiquent des prix très bas, du fait qu'ils achètent de grandes quantités et que leurs marges d'exploitation sont faibles. (Cela dit, le volume global de médicaments achetés ainsi est faible au regard de tout ce qui se dépense en médicaments dans les pays en développement.) En 1992, l'UNICEF a acheté pour 160 millions de dollars environ de produits pharmaceutiques, de vaccins et de fournitures correspondantes à l'intention de pays en développement. L'Éthiopie, le Soudan, la Tanzanie et la Zambie ont tous fait largement appel à des fournisseurs internationaux à but non lucratif pour leurs approvisionnements.

Beaucoup d'autres pays en développement ne tirent cependant pas parti de la concurrence interna-

tionale ou de l'existence de ces organismes internationaux. Les méthodes d'achat utilisées, de même que les restrictions à l'importation, ont tendance à limiter la concurrence et, de ce fait, à faire monter les prix. De plus, la concurrence par les prix est limitée à cause de la pratique très répandue dans ce secteur de faire la promotion des médicaments et, dans le cas des produits brevetés, par le pouvoir des monopoles. Certains pays, comme le Venezuela et le Zimbabwe, protègent leur industrie pharmaceutique de la concurrence étrangère (en interdisant l'importation et la vente des médicaments pour lesquels il existe un producteur local), et d'autres, dont le Belize, frappent de tarifs douaniers ces importations même s'il n'y a pas de producteurs locaux. Dans ces conditions, les prix des produits et fournitures pharmaceutiques varient énormément dans les pays en développement. Une comparaison des prix de détail des préservatifs dans divers pays fait apparaître des écarts étonnants : alors que 100 préservatifs se vendent entre 2 et 3 dollars en Chine, en Égypte et en Tunisie, leur prix est de 15 à 30 dollars au Costa Rica, en Équateur et au Mexique, et il dépasse 70 dollars au Brésil, au Burundi, au Myanmar et au Venezuela. Ces écarts s'expliquent par une conjonction de divers facteurs, dont les tarifs douaniers, les restrictions à l'importation et les structures du commerce de gros et de détail.

Encadré 6.3 Bien acheter : comment les organismes internationaux économisent sur les achats de produits pharmaceutiques

L'UNICEF et plusieurs organisations à but non lucratif proposent des services d'achat qui permettent aux pays d'obtenir des prix préférentiels pour les médicaments, les vaccins et certains équipements médicaux. L'UNICEF, qui est le plus gros organisme actif dans ce domaine, assure la fourniture de médicaments et de vaccins essentiels depuis les années 60. En 1983, il a lancé le premier appel d'offres international pour l'achat en gros de produits pharmaceutiques pour la Tanzanie, et les prix des soumissions ont été, dans certains cas, inférieurs de moitié aux prix offerts auparavant. Fort de cette expérience, l'UNICEF a continué de recourir aux appels d'offres internationaux pour les achats de grandes quantités de produits pharmaceutiques, et de répercuter ces prix préférentiels sur les pays en développement. L'UNICEF passe contrat avec le Conseil national de la santé du Danemark pour le conseiller sur le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques. En 1992, ce qu'il a acheté en médicaments (pour 61,2 millions de dollars), en vaccins (pour 63,6 millions de dollars) et en fournitures diverses (matériel de réfrigération, seringues, aiguilles et stérilisateurs, pour 33,4 millions de dollars) a été livré à plus de 120 pays.

L'*International Dispensary Association* (IDA), organisme à but non lucratif créé en 1972 pour fournir des médicaments aux pays en développement, achète des médica-

ments et des fournitures médicales pour le compte de gouvernements et d'organisations à but non lucratif de plus de 80 pays en développement. Son chiffre d'affaires annuel s'élève aujourd'hui à 80 millions de dollars. Il assure également le contrôle de la qualité, veillant à ce que les fabricants fournissent des produits conformes aux normes établies sur le plan international. Lorsque les médicaments sont livrés, il teste des échantillons pour s'assurer de leur qualité et vérifie les étiquettes et les certificats d'analyse.

Les listes de prix pratiqués par l'UNICEF et l'IDA donnent aux pays, sur les prix du marché, des indications qui peuvent leur servir pour leurs propres achats. Au Mali, les achats par appel d'offres ont fait baisser les prix de 40 %. Au Kenya, on a estimé en 1985 que les achats en gros de médicaments essentiels soigneusement sélectionnés avaient permis aux églises d'économiser près de 40 % (soit 700.000 dollars) sur la facture annuelle de médicaments de leurs centres de santé. En 1992, le Gouvernement chinois a lancé un appel d'offres international pour la fourniture de médicaments destinés au traitement de la tuberculose, et — peut-être parce qu'il s'agissait d'un marché de très grande ampleur, que le type d'emballage demandé était bon marché et que les fabricants désiraient accéder au marché chinois — réalisé des économies d'environ 70 % par rapport aux prix pratiqués par l'UNICEF.

Confrontés à des problèmes de liquidités, certains pays s'approvisionnent directement auprès de quelques fournisseurs locaux, car les organismes internationaux ne font pas crédit et demandent à être réglés en monnaies fortes. De leur côté, les fournisseurs locaux acceptent souvent de faire crédit en échange de prix sensiblement plus élevés. Pour rompre avec cette pratique et tirer parti des avantages offerts par les appels à la concurrence, il faudrait que les ministères de la santé et des finances débloquent des crédits budgétaires et des ressources en devises lorsque de gros achats de médicaments le nécessitent. L'Etat peut également améliorer ces achats en faisant voter des textes législatifs facilitant la prescription de produits génériques, ce qui pourra rendre plus abordables les achats de médicaments auprès de fournisseurs privés.

FABRICATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES. Ce que coûte la création d'une industrie pharmaceutique de pointe dotée d'assez d'importantes capacités de recherche est énorme. Entre 1961 et 1990, sur les quelque 2.000 « nouvelles entités chimiques » (nouveaux médicaments) qui ont fait leur apparition sur le marché, 90 % avaient été découvertes dans dix pays de l'OCDE seulement. Parmi les pays en développement, cinq (Argentine, Chine, Corée, Inde et Mexique) ont découvert, mis au point et commercialisé au moins une nouvelle entité chimique durant cette période. Plusieurs autres (dont le Brésil, l'Indonésie et la Turquie) ont des capacités de production primaires ou les moyens de produire aussi bien des substances thérapeutiques que des produits finis. Mais la plupart des pays en développement ou bien n'ont que les moyens de fabriquer des produits finis à partir de substances importées, ou bien n'ont absolument aucune capacité de production (il s'agit, le plus souvent, de très petits pays).

En dehors des grands pays dotés de capacités de fabrication primaires, la production locale de produits pharmaceutiques dans les pays en développement ne se justifiera probablement que pour la fabrication de solutions intraveineuses, dont les coûts de transport sont relativement élevés, pour l'emballage de produits importés en vrac dans des usines de finissage, ou pour l'emballage des sels de réhydratation par voie orale. Mais, même dans ces cas-là, la production locale risque d'être inefficace et de gaspiller des ressources déjà limitées. Dans beaucoup de pays, dont le Bangladesh, le Brésil, l'Inde et le Laos, on trouve communément des sociétés de médicaments et de vaccins sous contrôle d'Etat auprès desquelles le secteur public s'approvisionne à titre préférentiel. Dans certains pays, l'industrie pharmaceutique locale (publique ou privée) produit des médicaments qui pourraient être achetés moins cher ailleurs. Toutes ces industries survivent uniquement parce qu'elles sont protégées par l'interdiction d'importer des produits concurrents, par l'application de tarifs douaniers, ou

par la conclusion d'accords de garantie d'achat par l'Etat quel que soit le prix.

Les effets conjugués des mesures de protection et des lacunes de la réglementation peuvent être particulièrement préjudiciables. Une étude de 1990 sur plus de 6.000 enfants en bas âge du Bangladesh a ainsi révélé que les injections d'anatoxine tétanique faites aux mères ne réduisaient pas le risque de tétanos. Les tests ultérieurement effectués dans des laboratoires de référence sur le vaccin produit au Bangladesh ont fait apparaître son inefficacité dans plusieurs séries consécutives, ce qui conduirait à se poser des questions sur l'efficacité des plus de 40 millions de doses déjà administrées. Comme le Bangladesh n'a pas d'organisme de contrôle indépendant à l'échelon national pour certifier la sécurité des vaccins, tous les essais avaient été effectués par le fabricant lui-même. Il semble que peu de fabricants de produits pharmaceutiques et de vaccins du secteur public soient arrivés à être compétitifs, pour le prix et la qualité, sur un marché des médicaments extrêmement compétitif et en constante évolution. D'une façon générale, la meilleure façon de contrer la puissance que le marché donne aux fournisseurs internationaux de médicaments consistera à améliorer les modes de choix et d'achat, plutôt qu'à protéger l'industrie pharmaceutique locale.

AMELIORER LE STOCKAGE ET LA DISTRIBUTION. Dans beaucoup de pays, vols, avaries et pénuries posent de gros problèmes de distribution. Des systèmes appropriés de contrôle des stocks, de dédouanement, de stockage et de livraison permettront souvent d'y remédier. Au Zimbabwe, un système standardisé de gestion des stocks à l'échelon national a récemment joué un rôle fondamental dans la réforme du système d'approvisionnement en médicaments. Des enquêtes ont fait apparaître une amélioration progressive à cet égard : en 1991, les établissements sur lesquels ces enquêtes ont porté avaient en stock 78 % des médicaments essentiels représentatifs, contre 38 % seulement en 1987. Dans les hôpitaux, les systèmes d'information de gestion aident à contrôler les dates limites d'utilisation des produits et à analyser les taux de renouvellement et la consommation de médicaments.

Influencer les modes de prescription de médicaments et d'automédication

On peut réaliser d'assez importants gains d'efficacité en améliorant les pratiques de prescription et d'automédication. De nombreux cas de prescriptions excessives et inappropriées ont été relevés dans la plupart des pays. De récentes enquêtes ont, par exemple, révélé que le nombre moyen de médicaments prescrits par consultation dans des centres de santé publics allait de 1,3 au Zimbabwe et en Equateur à 3,3 en Indonésie et même 3,8 au Nigéria. Elles ont aussi montré que l'on abusait des injections (ce qui entraîne

des risques d'abcès, de lésions nerveuses ou de transmission de maladies infectieuses), et que l'on avait trop souvent recours aux antibiotiques. Une enquête effectuée auprès de 75 pharmacies dans trois pays d'Asie a par ailleurs permis de constater que 16 d'entre elles seulement fournissaient des conseils appropriés sur les techniques de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée chez les nourrissons.

Les pouvoirs publics disposent de divers types d'action pour améliorer les pratiques de prescription et d'utilisation de médicaments. Ils peuvent :

- Distribuer aux prestataires de soins et aux pharmaciens des listes ou recueils de médicaments essentiels régulièrement mis à jour et indiquant notamment leurs conditions d'emploi, leur dosage, leurs effets indésirables et leurs coûts (le *British National Formulary* et l'*Uganda Drug Formulary* en sont deux exemples)

- Renforcer la formation des médecins et du personnel infirmier en pharmacologie et en méthodes de prescription appropriées et les sensibiliser davantage aux problèmes qu'il y a à prescrire trop de médicaments et à abuser des injections

- Eduquer le public sur la façon dont il convient d'utiliser les médicaments, les inconvénients que présentent les injections lorsque l'administration par voie orale est possible et l'importance qu'il y a à suivre un traitement jusqu'au bout

- Supprimer les facteurs financiers qui incitent les médecins à prescrire trop de médicaments.

A la différence des équipements, du matériel et des ressources humaines, les produits pharmaceutiques et les vaccins sont un domaine où l'action gouvernementale peut influencer assez rapidement sur l'utilisation des ressources — et l'application d'une bonne politique pourrait avoir un impact considérable. Sachant que consommateurs et prestataires ne peuvent évidemment pas être au courant de tout ce qu'il faut savoir sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et vaccins, les gouvernements doivent nécessairement intervenir dans la réglementation et le travail d'information. A eux en outre de pourvoir au choix, à l'achat et à la distribution des médicaments pour les services de santé du secteur public. Pour favoriser l'utilisation rationnelle des médicaments, ils peuvent aussi :

- Dresser une liste nationale de médicaments essentiels, et affecter des crédits à l'achat de ceux qui correspondent au programme minimum de services cliniques et d'interventions de santé publique essentiels

- Acheter les médicaments par voie d'appel à la concurrence, et réduire ou supprimer les mesures de protection de l'industrie pharmaceutique locale. De telles mesures sont à l'avantage des consommateurs. La meilleure façon de faire naître une industrie locale efficace est de la soumettre au jeu de la concurrence

- Fournir aux prestataires publics et privés et aux consommateurs des informations sur le mode

d'emploi et le rapport coût-efficacité des médicaments, et établir une réglementation de nature à décourager l'utilisation ou la prescription abusive de ces produits.

Générer l'information et renforcer la recherche

Dans le domaine de la santé, comme ailleurs, une bonne information aide à prendre de bonnes décisions. Certaines informations sanitaires de base émanent directement du secteur privé sans que l'Etat ait à intervenir, mais ce dernier a cependant un rôle central à jouer pour ce qui est d'ordonner, de standardiser et de financer la collecte, l'analyse et la diffusion des informations de santé, ainsi que de financer la recherche sur les systèmes de santé. Les gouvernements prennent déjà une part très active à la collecte des données. Malheureusement, celles-ci sont souvent impropres à l'élaboration des politiques et des programmes. Trop souvent aussi, il n'est pas tenu compte du secteur privé dans la collecte des statistiques. La réforme des systèmes d'informations de santé est un investissement qui présente de l'intérêt, non seulement parce qu'il est assez peu coûteux, mais aussi parce que de mauvaises décisions, prises sur la base d'informations inadéquates, peuvent, elles, coûter très cher. Mais l'impact des systèmes d'information dépend avant tout du contexte dans lequel les décisions sont prises. Le meilleur système au monde risquera de paraître inopérant si les gens n'éprouvent aucun désir ou n'ont pas la possibilité d'utiliser l'information pour améliorer l'efficacité des services qu'ils dirigent. L'information aide à faire des choix entre les options qui s'offrent, et les investissements de recherche-développement créent de nouvelles options, aussi bien pour les ménages que pour les dispensateurs de soins. Il n'est pas interdit de penser que les investissements de recherche sont à l'origine des énormes progrès qui ont été réalisés dans le domaine de la santé au cours de ce siècle. Les développements qui suivent concernent les moyens à mettre en oeuvre pour faire en sorte que la recherche continue de porter des fruits, ainsi que le rôle que la communauté internationale peut jouer à cet égard.

Connaître l'état et les risques de santé de la population

Améliorer la santé exige de bien comprendre comment se répartissent les maladies, les décès et les incapacités, ce qui oblige à collecter, analyser et diffuser systématiquement des informations exactes et récentes sur la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque. Les données de ce type sont la pierre angulaire sur laquelle viennent s'appuyer les efforts de tout pays en matière de santé publique, et l'Etat a un rôle central à jouer à cet égard dans la mesure où la production de biens publics de ce genre n'intéresse guère le secteur privé. Les données épidémiologiques servent à estimer l'ampleur des problèmes de santé, à

étudier les facteurs de risque, à évaluer les programmes de santé et l'efficacité des interventions, à détecter les épidémies, à faciliter la planification et à suivre l'évolution des pratiques de santé. On pourrait s'en servir pour estimer une « charge de morbidité nationale » comme on le fait, dans le présent Rapport, pour la charge de morbidité globale. Mesure quantitative de la perte de vie valide due aux maladies dominantes des pays en question, cet indicateur pourrait servir à contrôler et à suivre dans le temps les progrès de la mortalité et de la morbidité.

Certains pays ont mis en place des systèmes de surveillance dans certains districts jugés à peu près représentatifs du pays. Afin d'améliorer la rapidité avec laquelle les données sont communiquées ainsi que leur degré d'exactitude, les systèmes de collecte y font l'objet d'améliorations plus poussées que ce qui pourrait être fait dans l'ensemble du pays. Cela permet de suivre de près les taux de mortalité par cause, la couverture vaccinale, l'efficacité des vaccins et l'impact de certaines interventions de santé publique. Les enquêtes nationales sur les ménages peuvent également être une mine de renseignements sur l'état de

santé de la population, les facteurs de risque et l'utilisation des services de santé en fonction de l'âge, du sexe, de la région, de la race et du groupe ethnique (Encadré 6.4). A la différence des statistiques concernant les services de santé du secteur public, les enquêtes effectuées directement auprès de la population couvrent aussi bien les non-usagers que les usagers des services publics.

Dépenses de santé et considérations d'équité

Les chapitres qui précèdent ont recommandé de réorienter les dépenses publiques afin de pouvoir financer les services cliniques essentiels dont un pays a besoin, et qui seront ciblés en grande partie sur les pauvres, ainsi que des interventions de santé publique, le secteur privé étant chargé pour sa part de financer les services de santé non essentiels. Les dépenses privées sont toujours difficiles à estimer mais, même dans le secteur public, la désagrégation des dépenses selon l'utilisation qui en est faite laisse à désirer. Des systèmes d'information améliorés permettront d'estimer les montants dépensés en inter-

Encadré 6.4 Le rôle des programmes d'enquêtes types dans l'information de santé

Trois programmes d'enquêtes types auprès des ménages, réalisés avec l'appui de la communauté internationale, ont énormément contribué à renforcer les connaissances sur l'état de santé de la population des pays en développement, et en particulier des enfants, au cours des 30 dernières années. L'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF) a donné lieu, entre 1974 et 1982, à 43 études financées par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), certains pays ayant en outre pris en charge une partie des coûts des activités de terrain. Le programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) a pour sa part débuté en 1984 et réalisé, à ce jour, 39 études dans 30 pays différents; 25 autres études doivent être menées dans le cadre de sa troisième phase, qui est sur le point de débuter. L'USAID a contribué au financement du programme d'EDS, de même que divers pays et autres bailleurs de fonds.

L'EMF et le programme d'EDS ont tous deux utilisé un questionnaire de base commun, à partir duquel ils ont pu étudier en profondeur certains sujets spécialisés. Le questionnaire de l'EMF portait principalement sur la fécondité et les comportements correspondants; il comprenait, pour chaque femme admise à y participer, une chronologie des naissances indiquant la date de chacune et, si l'enfant était décédé, l'âge au décès. Cette série de données a fourni une bonne partie de ce que l'on sait aujourd'hui sur les tendances de la mortalité infantile et sur ses rapports avec l'espacement des naissances, le degré d'instruction des mères et les caractéristiques des ménages. Le questionnaire des EDS comprend, en plus

d'une chronologie des naissances, des questions sur les vaccinations, le comportement à l'égard de la santé et d'autres aspects de la santé des enfants. Les informations correspondantes ont servi à des fins aussi diverses que pour examiner les effets des renversements de situation économique sur la démographie ou pour étudier les variations locales des risques de mortalité infantile en milieu urbain.

Aucun de ces programmes n'a recueilli de données économiques détaillées sur les ménages et les communautés. L'Etude sur la mesure des niveaux de vie (LSMS) entreprise par la Banque mondiale était destinée à combler cette lacune en examinant les déterminants et les interactions de la pauvreté, de la santé, de l'éducation, de la nutrition et du travail. Elle recueille une moisson de renseignements sur les revenus, la production et les prix. Certaines de ces enquêtes sont financées dans le cadre de projets entrepris avec l'aide de la Banque mondiale, mais beaucoup ont reçu des dons de divers donateurs bilatéraux, du PNUD et d'autres organismes.

Les résultats obtenus dans le cadre de ces enquêtes types montrent tout l'intérêt qu'il y a à utiliser des méthodes et instruments d'enquête comparables d'un pays à l'autre, et l'importance d'une supervision rigoureuse à tous les stades de l'enquête, de l'échantillonnage au traitement des données. Les programmes de LSMS et d'EDS ont été particulièrement satisfaisants en ce qui concerne la longueur des délais : les conclusions préliminaires des enquêtes sont en effet disponibles dans les six semaines qui suivent l'achèvement des travaux de terrain, et un rapport final est généralement rendu public dans l'année.

ventions de santé publique et pour diverses catégories de facteurs (médicaments essentiels et non essentiels, médecins et autres agents assurant des soins de santé primaires, spécialistes, centres de santé, hôpitaux de district et hôpitaux tertiaires). Sans être encore parfaites, les estimations de ce type donnent une meilleure idée de la nature des dépenses publiques. Il faut en outre en faire régulièrement la synthèse entre l'échelon fédéral, l'échelon régional et l'échelon local aux fins d'analyse. Au Brésil, où la moitié environ des dépenses publiques de santé est le fait des Etats et des collectivités locales, il n'existe d'estimations de dépenses que pour l'échelon fédéral (l'année 1984 mise à part). On est beaucoup moins renseigné, malgré leur importance, sur l'état des choses au niveau des Etats et des municipalités. Les enquêtes sur les ménages permettent de recueillir des informations appropriées pour savoir qui bénéficie des dépenses publiques de santé. C'est en partie parce que ce genre de données fait défaut que la question de l'équité dans le domaine des soins de santé n'a été analysée que dans très peu de pays en développement, notamment en Colombie, au Costa Rica, en Côte d'Ivoire, en Indonésie, en Malaisie et au Pérou.

Priorités nationales de recherche

L'Etat doit jouer un rôle de soutien à la recherche nécessaire pour faire comprendre les problèmes de santé qui se posent en tel ou tel endroit et guider l'élaboration des politiques et des programmes dans le secteur public. Ce type de recherche, auquel participe également le secteur privé, étudie la stratégie sanitaire d'une façon plus approfondie qu'on ne le fait à partir des données budgétaires ou de l'information de gestion au jour le jour. La communauté internationale y apporte son concours à la fois dans le rassemblement des données nécessaires pour faire des comparaisons entre pays et en aidant les institutions locales à renforcer leurs capacités en épidémiologie, en économie sanitaire, en politique de santé et en gestion. Les priorités de recherche dans ce domaine comprennent l'analyse coût-efficacité des interventions de santé, l'évaluation des actes médicaux et leurs variations (Encadré 6.5), ainsi que l'étude de l'emploi des médicaments, de l'équité d'accès, de la satisfaction de l'utilisateur et de la santé des femmes.

Dans les pays qui ont une charge de morbidité nationale élevée et dans lesquels il existe déjà des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, la recherche pourra guider la mise en oeuvre des programmes. Le problème des vers parasites intestinaux constitue un bon exemple à cet égard. Il s'agit de savoir, dans ce cas, quelle est la meilleure façon de concevoir des programmes de portée locale afin d'atteindre les enfants, et comment on peut s'assurer la participation des responsables scolaires. Autre exemple : celui de la tuberculose, pour laquelle la persévérance dans le traitement est un problème chroni-

que, les malades cessant souvent de prendre leurs médicaments dès qu'ils se sentent mieux, mais avant d'être vraiment guéris. Quelle approche suivre de préférence, dans chaque contexte, pour s'assurer que les instructions seront suivies? En matière de nutrition, comment peut-on le plus efficacement, à coup de politiques et de programmes, promouvoir un changement dans le régime alimentaire? Il n'existe pas de solutions universelles à ces problèmes : la recherche doit se faire au niveau local, et le soutien de l'Etat sera souvent nécessaire.

Dans son rapport de 1990, la Commission de la recherche sanitaire pour le développement a recommandé la formation de partenariats ou réseaux internationaux pour faire en sorte que les ressources disponibles pour la santé dans chaque pays soient pleinement exploitées. C'est ainsi que le Réseau international pour l'utilisation rationnelle des médicaments (INRUD) a vu le jour en 1989. Autre exemple : le Réseau international d'épidémiologie clinique (INCLIN), créé au début des années 80 par la Fondation Rockefeller afin de constituer une masse critique de chercheurs en épidémiologie clinique regroupant aussi bien des épidémiologistes que des économistes de la santé, des spécialistes des sciences sociales et des biostatisticiens. L'INCLIN fait appel aux services de médecins-enseignants en milieu de carrière qui jouent un rôle influent dans les systèmes de santé des pays en développement. Il offre des possibilités d'études à l'étranger, des aides à la recherche et des occasions de participer à des congrès scientifiques annuels. Le concept de réseau a permis d'échanger des données d'expérience et des matériels pédagogiques, tout en favorisant une collaboration entre les services d'épidémiologie clinique, les centres de formation et la communauté internationale des organismes de santé. Le renforcement des capacités est un processus qui prend du temps, mais l'INCLIN a déjà eu une influence sur les politiques de santé. A la suite des recherches sur l'efficacité du vaccin contre l'hépatite B, aux Philippines, celui-ci a été ajouté au programme élargi de vaccination dans ce pays. Par ailleurs, les études sur le rapport coût-efficacité du traitement de la tuberculose par chimiothérapie de courte durée ont entraîné une modification des politiques de traitement au Brésil, aux Philippines et en Thaïlande.

Améliorer l'information à l'échelon du district et des établissements

Les organismes de santé profitent également de l'amélioration des informations nécessaires à la prise quotidienne des décisions de gestion. Dans les établissements de santé de district qui dépendent de l'Etat, de simples systèmes d'information de gestion permettant de mesurer les coûts, les facteurs et la production pourraient être utiles pour suivre l'évolution des programmes et pour prendre des décisions sur la

Encadré 6.5 Evaluation des césariennes au Brésil

La recherche opérationnelle permet d'examiner les différences de pratiques médicales dans le but d'identifier les domaines dans lesquels des changements de pratique s'imposent, ainsi que les instruments susceptibles d'être mis en oeuvre à cette fin. Au début des années 80, par exemple, le Brésil avait, selon les estimations, le taux de césariennes le plus élevé au monde : ce taux, en 1981, était de 31 % pour toutes les naissances en hôpital. Si les césariennes permettent, dans certains cas, de sauver des vies humaines, l'abus de cette intervention augmente les coûts et présente des risques médicaux pour la mère et le nouveau-né. Au Brésil, on a estimé que le coût financier annuel de l'abus des césariennes financées par le secteur public avoisinait les 60 millions de dollars à la fin des années 80. Les risques médicaux tiennent aux erreurs d'estimation de la durée de gestation (ce qui aboutit à des accouchements prématurés), à des infections consécutives à l'opération et à l'emploi d'une anesthésie générale. Parmi les nombreux facteurs qui expliquent l'accroissement du taux de césariennes au Brésil figurent les facilités financières et administratives qui incitent hôpitaux et médecins à utiliser cette méthode, le fait que certaines femmes veulent profiter de cette intervention pour se faire stériliser, et l'opinion très répandue selon laquelle une césarienne est la façon optimale et « moderne » d'accoucher.

Les études réalisées au Brésil sur les taux de césariennes font apparaître une variation systématique en fonc-

tion de la région, du type d'hôpital, de la situation socio-économique de la femme et du mode de remboursement. En 1981, les taux étaient plus élevés (38 %) dans le Sud-Est, qui est plus riche, alors qu'une région défavorisée comme le Nord-Est avait les taux les plus bas (20 %). Partout, l'incidence de cette intervention augmentait en fonction du revenu familial. Une enquête de 1986 a révélé que les taux étaient les plus élevés chez les femmes qui avaient fait des études universitaires (61 %) et pour les accouchements en hôpital privé (57 %). D'autres études ont montré qu'ils étaient les plus bas chez les femmes qui n'avaient pas d'assurance. Celles qui étaient prises en charge par la sécurité sociale avaient des taux de césariennes plus élevés, mais les taux maximums étaient enregistrés chez celles qui bénéficiaient d'un régime d'assurance privé.

Au début des années 80, la sécurité sociale brésilienne a modifié son régime de remboursement pour supprimer certains des facteurs financiers qui incitaient à pratiquer des césariennes, et un effort d'éducation a été entrepris en direction des médecins. Il est toutefois évident que des mesures encore plus énergiques devront être prises pour inverser la tendance actuelle, car les taux de césariennes continuent d'être élevés. Dans l'Etat de São Paulo, par exemple, une enquête effectuée en 1991 sur un large échantillonnage a fait apparaître un taux de 47 %.

manière de faire jouer l'effet de synergie entre les ressources dont on dispose. Or, beaucoup d'établissements publics n'ont pas cette information. Faute de données de base sur les coûts, on aura, par exemple, du mal à décider s'il faut sous-traiter des services comme le blanchissage, la préparation des repas et les examens de laboratoire. Il faut aussi pouvoir disposer de systèmes permettant de rassembler des informations, notamment sur l'utilisation des vaccins, les stocks de matériel et de véhicules, l'entretien préventif des bâtiments et du matériel, et la gestion du personnel.

Souvent, les ministères de la santé ne prêtent guère attention aux activités des prestataires privés, axant tous leurs efforts de collecte de données sur les prestataires publics. Pour remédier à cela, l'Etat peut faire recueillir des informations de base sur les prestataires privés et la population bénéficiant de régimes d'assurance privés. Il peut aussi exiger des hôpitaux, tant publics que privés, qu'ils utilisent un système standardisé de notification concernant les renvois à domicile, après quoi une synthèse serait faite de cette information pour donner aux usagers, aux chercheurs et aux membres de la communauté une idée de la qualité des soins fournis par les prestataires, tant publics que privés, ainsi que des différences de pratique médicale. On peut ainsi obtenir des données très affi-

nées : en Californie, par exemple, les consommateurs peuvent obtenir, pour chaque hôpital, les taux de mortalité ajustés en fonction du risque pour des interventions de type courant. Mais des mesures relativement simples peuvent aussi être utiles; ainsi, les taux de césariennes par hôpital peuvent aider à déterminer ceux qui abusent de cette opération (Encadré 6.5). Ce genre d'informations standardisées sur les performances des établissements hospitaliers peut aider l'usager à faire de meilleurs choix de soins de santé, et les pouvoirs publics à identifier les problèmes auxquels il convient de remédier.

S'il existe des incitations à utiliser l'information dans le processus de décision, il suffit souvent, pour améliorer la collecte des données, de donner à ceux qui ont besoin de cette information une formation plus poussée sur les méthodes de collecte et des responsabilités accrues à cet égard. En général, les médecins de district, les directeurs d'hôpitaux et les responsables de soins de santé n'ont pas la formation voulue pour utiliser au mieux les données. Il faut, dans toute la mesure du possible, décentraliser l'exploitation des données pour permettre aux responsables locaux d'utiliser immédiatement l'information au lieu d'attendre que celle-ci leur soit communiquée par les autorités centrales. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, par exemple, lorsque le personnel

de niveau local s'est aperçu de l'intérêt que présentait l'information de gestion pour son travail, il s'est employé à vérifier les données et à éliminer les types de notification qui ne présentaient pas d'intérêt.

En résumé, l'Etat a un double rôle à jouer à l'égard des systèmes d'information de santé et de la recherche opérationnelle : il doit générer l'information nécessaire pour savoir dans quel sens orienter les politiques et les dépenses publiques de santé, et fournir, sur les performances des prestataires, certains types d'information dont la collecte coûterait trop cher à l'utilisateur. Pour cela, l'Etat peut :

- Assurer la collecte et faire la synthèse des données épidémiologiques et autres nécessaires pour suivre l'évolution de la situation sanitaire du pays, détecter les poussées épidémiques et orienter l'action des responsables des politiques et programmes publics

- Soutenir la recherche, le cas échéant, afin de trouver des solutions locales aux problèmes locaux

- Faciliter la normalisation de l'information sur les services dispensés et sur les résultats obtenus par les systèmes de santé à l'échelon du district et les autres grands producteurs de soins de santé; au besoin, assurer la synthèse et la diffusion de cette information pour aider le consommateur à faire des choix éclairés en ce qui concerne les soins de santé.

Elargir la gamme des choix

Les soins de santé ont connu une véritable révolution technologique au cours de ce siècle. Parmi les progrès majeurs qui ont été réalisés dans le domaine biomédical et dont les bénéfices se sont fait sentir aussi bien dans les pays en développement que dans les économies de marché bien établies, on peut citer la mise au point des vaccins contre la rougeole, la coqueluche, la polio et le tétanos; l'utilisation de la chloroquine pour le traitement du paludisme; la thérapie de réhydratation orale; les antibiotiques et autres antimicrobiens; et les contraceptifs à base d'hormones de synthèse.

La recherche fondamentale et la mise au point de nouveaux produits sont des biens publics qui ont besoin du soutien de l'Etat, que ce soit sous forme de subventions ou d'intervention directe (la délivrance de brevets, par exemple). En outre, comme les populations pauvres des pays en développement manquent de pouvoir économique, le système de protection des brevets ne donne pas au secteur commercial d'incitations à rechercher des améliorations dans le traitement des maladies des pauvres. L'aide de l'Etat et de la communauté internationale s'impose donc de toute évidence afin de stimuler le progrès technologique. Beaucoup de graves problèmes de santé, dans les pays en développement, ne présentent pas suffisamment d'intérêt commercial pour inciter des entreprises privées à mettre au point de meilleures méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. Les pays en développement entrent pour près de 90 %

dans la charge de morbidité globale, et celle-ci est due pour une bonne part à des maladies qui, comme le paludisme ou la tuberculose, sévissent principalement dans ces pays. Mais, sur les 30 milliards de dollars qui ont été dépensés pour la recherche sanitaire dans le monde en 1986, environ 5 % seulement l'ont été pour des problèmes de santé propres aux pays en développement.

Fixer les priorités

Dans quels domaines un effort de recherche supplémentaire pourrait-il vraiment se révéler payant? Le Tableau 6.2 propose certaines priorités de recherche pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des six types de maladies qui contribuent le plus à la charge de morbidité globale. Ces affections sont la cause d'environ 40 % des pertes d'AVCI dans les pays en transition démographique, et d'environ 25 % de celles des pays industrialisés (où une bonne partie de la charge de morbidité est due aux maladies cardiovasculaires). Si la charge de morbidité globale due à une certaine maladie est importante et si des interventions d'un bon rapport coût-efficacité n'existent pas encore mais dont les spécialistes estiment qu'elles sont possibles, alors les conditions sont réunies pour qu'il soit justifié d'investir davantage dans la recherche et la mise au point de produits. Répond à ces critères, par exemple, l'établissement de diagnostics bon marché, simples et fiables pour les infections respiratoires. S'il s'agit de problèmes auxquels est imputable une importante charge de morbidité et pour lesquels il existe déjà des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, les effets devront viser davantage la mise au point de programmes et la recherche opérationnelle pour guider le travail d'exécution. Par exemple, on sait peu de choses sur ce qu'il existe de méthodes peu coûteuses pour traiter les cardiopathies ischémiques dans les pays en développement. Une telle approche, qui est adoptée à l'heure actuelle dans beaucoup de pays industriels, consiste à prendre chaque jour de faibles doses d'aspirine afin de réduire le risque de formation de caillots sanguins à l'intérieur des artères. Mise au point sur la base des résultats d'évaluations à grande échelle de l'efficacité de cette intervention, cette approche montre les avantages possibles de la recherche sur des modes de traitement bon marché.

Les organismes internationaux et les gouvernements peuvent stimuler de plusieurs façons la recherche sanitaire et la mise au point de nouveaux produits. Ils peuvent fournir des informations sur les débouchés qui peuvent s'offrir à ces produits, y compris des données épidémiologiques concernant la maladie en question et la population visée, ainsi que sur les normes techniques auxquelles doivent répondre les innovations souhaitées. Ils peuvent subventionner une partie des frais de mise au point. Ils peuvent faciliter ou financer les évaluations faites sur le

Tableau 6.2 Quelques priorités de recherche et de mise au point de produits, pour six des facteurs qui contribuent le plus à la charge de morbidité globale

Maladie ou traumatisme	Perte d'AVCI correspondante (millions)		Domaines prioritaires
	Pays en transition démographique	AESE et EMBE	
Causes périnatales et maternelles	125	4	Méthodes permettant de réduire le coût des interventions et d'améliorer les services en milieu rural
Infections respiratoires	119	4	Impact de la pollution de l'air des habitations sur les cas de pneumonie (aider à la conception d'interventions destinées à réduire les cas de pneumonie grâce à l'utilisation de fourneaux améliorés); régimes antibiotiques bon marché ou simplifiés; méthodes de diagnostic bon marché, simples et fiables; vaccin antipneumococcique
Maladies diarrhéiques	99	— ^a	Vaccins anti-rotavirus et anti- <i>E. coli</i> entérotoxigènes; vaccin anticholérique amélioré; moyens d'améliorer l'hygiène; meilleure prise en charge des cas de diarrhée persistante; prévention de la diarrhée grâce à des mesures d'encouragement de l'allaitement au sein et de meilleures pratiques de sevrage
Cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires	58	27	Méthodes peu coûteuses de prévention, de diagnostic et de prise en charge
Groupe de 6 maladies de l'enfance : diphtérie, polio, coqueluche, rougeole et tétanos	67	— ^a	Mise au point de vaccins nouveaux ou améliorés afin de réduire les contacts avec les patients, de permettre l'immunisation des enfants à un plus jeune âge et d'améliorer la résistance de certains vaccins à la chaleur
Tuberculose	46	1	Méthodes visant à assurer le respect des traitements; moyens de contrôle de la résistance aux médicaments; méthodes de diagnostic simplifiées; médicaments nouveaux et meilleur marché
Ensemble des maladies ^b	1.210	152	

Note : Par « Pays en transition démographique », on entend les régions Afrique subsaharienne, Inde, Chine, Autres pays et îles d'Asie, Amérique latine et Caraïbes, et Croissant moyen-oriental. Les AESE sont les anciennes économies socialistes d'Europe. Les EMBE sont les économies de marché bien établies. Les AVCI sont les années de vie corrigées du facteur invalidité (Encadré 1.3).

a. Pertes d'AVCI inférieures à 500.000.

b. Total pour l'ensemble des maladies ou traumatismes présentés à l'Annexe B.

Source : Annexe B.

terrain dans diverses conditions et y favoriser l'adoption des nouvelles techniques. Enfin, ils peuvent fournir des garanties d'achat, à un prix convenu, pour les produits nouveaux ou améliorés. Quelques exemples donneront une idée des possibilités qui s'offrent à cet égard.

MISE AU POINT DE VACCINS NOUVEAUX OU AMÉLIORÉS POUR ENFANTS. Actuellement, le PEV concerne les vaccins applicables à six maladies : rougeole, tétanos, coqueluche, diphtérie, polio et tuberculose. Le programme nécessite au moins sept contacts avec les patients (deux pour la mère enceinte et cinq pour l'enfant). Les améliorations susceptibles d'être apportées aux techniques d'immunisation consisteraient à transformer les vaccins à doses multiples en vaccins injectables en une seule dose, à améliorer leur résis-

tance à la chaleur, à simplifier les formalités administratives (pour permettre, par exemple, une utilisation accrue des vaccins oraux par rapport aux vaccins injectables), à créer de nouvelles combinaisons de vaccins pour réduire les contacts avec les patients, à intégrer de nouveaux vaccins dans le programme d'immunisation, à permettre les vaccinations à un âge plus précoce pour réduire la mortalité des jeunes enfants due aux maladies que les vaccins permettraient d'éviter, et à ajouter de nouveaux vaccins à la gamme des moyens actuels d'immunisation — par exemple, des vaccins contre la diarrhée ou la pneumonie. Ces innovations réduiraient une partie des coûts des programmes de vaccination tout en améliorant leur efficacité. L'Initiative de vaccination des enfants (IVE), qui cherche à identifier des mesures de nature à servir de catalyseurs à la réalisation des pro-

Encadré 6.6 A la recherche de moyens simples et peu coûteux pour diagnostiquer les MST

Le présent Rapport recommande que des efforts concertés soient entrepris pour mettre au point des programmes efficaces de lutte contre les MST, ou pour renforcer ceux qui existent déjà. Ce ne sera pas chose facile, étant donné les difficultés que pose le diagnostic des MST, particulièrement chez les femmes, pour lesquelles la très grande majorité des infections sont asymptomatiques. Les méthodes actuelles sont, dans bien des cas, coûteuses et peu fiables, et elles nécessitent non seulement des moyens de réfrigération et l'électricité, mais aussi du matériel très perfectionné et une formation poussée. De plus, certains tests supposent que le patient revienne après un jour ou deux, ce qui n'est pas possible si celui-ci, comme c'est souvent le cas, doit faire un long trajet pour pouvoir se faire soigner. Même si le patient revient, le retard ainsi pris dans le traitement n'aura fait que prolonger la période d'infectiosité. Pour remédier à cela, on utilise à l'heure actuelle des méthodes de traitement des MST fondées sur les syndromes, qui donnent de bons résultats chez l'homme, mais qui sont moins précises chez la femme.

La mise au point de diagnostics qui soient à la fois bon marché, simples et faciles à utiliser, et qui donnent des résultats rapides, stables et sûrs, permettrait de surmonter ces problèmes. C'est, par exemple, le cas d'un nouveau test de dépistage du VIH. L'accès à ces tests était jusqu'à présent limité en raison de leur coût élevé et de leur complexité, et parce qu'ils font appel à des réactifs qui doivent être gardés au froid et qui ont une durée de conservation limitée. Même si l'on fait abstraction des coûts de main-d'oeuvre, le test initial et le test de confir-

mation peuvent coûter entre 25 et 50 dollars (encore que ce coût diminue rapidement à l'heure actuelle). Le test simple de dépistage du VIH, mis au point par le Programme de technologie appropriée pour la santé avec l'aide du Centre canadien de recherches pour le développement international (CRDI) et de fonds privés, permet d'effectuer aisément le test au moyen de peptides synthétiques et d'une variation de couleur. Ce test prend 20 minutes, nécessite seulement trois étapes simples, est stable durant six mois à des températures tropicales, possède le même type de sensibilité et de spécificité que les tests disponibles sur le marché, et coûte moins de 0,20 dollar. Le coût par personne peut ainsi être ramené à moins de 1 dollar, y compris le test de confirmation. Ce test est déjà commercialisé en Inde et en Thaïlande. L'Agence canadienne de développement international (ACDI) finance actuellement la mise en place d'une unité de production au Cameroun, et la production de ce test suscite également un intérêt au Brésil, en Indonésie et au Zimbabwe.

L'Initiative de diagnostic des MST, qui est financée par plusieurs bailleurs de fonds, a été lancée pour favoriser la mise au point de méthodes de diagnostic appropriées aux pays disposant de ressources limitées. Mise en oeuvre en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, cette initiative permet de préciser et de valider les critères de performance applicables en la matière, d'organiser et d'appuyer les essais de terrain, de fournir les fonds de départ pour la mise au point de nouveaux diagnostics, et d'organiser des achats en gros afin de créer des marchés de dimensions appropriées.

grès techniques dans ces domaines, est une importante source d'appui à ce type de recherche. L'IVE, qui a son secrétariat à l'OMS, représente un effort international qui a pour but d'exploiter les nouvelles techniques susceptibles de faire progresser l'immunisation des enfants.

MALADIES TROPICALES. Ce sont principalement les pauvres des zones rurales qui sont victimes de maladies tropicales comme le paludisme, la schistosomiase, la filariose lymphatique, l'onchocercose (ou cécité des rivières), la trypanosomiase et la lèpre. Celles-ci représentent une charge de morbidité élevée et, dans bien des cas, les interventions actuelles ne permettent pas de lutter contre elles de façon adéquate. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, placé sous les égides conjointes du PNUD, de la Banque mondiale et de l'OMS, favorise la création de partenariats entre entités commerciales, gouvernements, chercheurs et ONG afin d'appuyer la recherche et la mise au point de médicaments pour combattre ces mala-

dies. Une des stratégies adoptées est de chercher de nouvelles applications pour les médicaments déjà utilisés en médecine humaine ou vétérinaire. C'est, par exemple, le cas de l'ivermectine, médicament initialement commercialisé par la firme Merck & Co. pour le traitement des vers parasites chez les animaux et qui sert aujourd'hui à la lutte contre l'onchocercose chez l'homme (Encadré 1.1). Le Programme spécial a facilité les essais à grande échelle de ce produit sur le terrain en vue de son application à l'homme. On a ainsi pu établir que ce médicament était très sûr, qu'il pouvait être distribué par les agents qui dispensent des soins primaires et qu'une dose administrée chaque année par voie orale permettait de prévenir la cécité ou d'enrayer la progression du mal. Comme produit vétérinaire, l'ivermectine a un chiffre de ventes estimé à 500 millions de dollars par an, mais Merck & Co. a accepté de la fournir gratuitement aux gouvernements pour le traitement de l'onchocercose humaine. Grâce à son réseau de centres de recherche financés par la communauté internationale et répartis dans divers pays en développement, le Programme

spécial a pu répondre rapidement et avec souplesse à cette occasion qui se présentait de tester un produit comme l'ivermectine.

Les femmes en âge de procréer peuvent passer jusqu'à la moitié de leur temps à être enceintes ou à allaiter. Beaucoup de protocoles pour le traitement des maladies tropicales excluent ces femmes et parfois même un grand nombre de femmes qui pourraient être enceintes (les adolescentes, par exemple). Cette exclusion systématique des femmes qui sont enceintes ou qui allaitent ne résulte pas de problèmes dont la réalité aurait été clairement établie, mais du fait que l'on répugne à effectuer des essais de médicaments sur des femmes enceintes. Il y a un besoin urgent d'évaluer des traitements par médicaments pour celles-ci afin que les services de santé puissent leur offrir de meilleurs traitements. Ceci fait partie d'un problème beaucoup plus vaste, celui de l'omission habituelle des femmes des études médicales et des essais cliniques effectués aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industriels.

MATERIEL MEDICAL. Un autre domaine prioritaire pour les activités de recherche-développement est la mise au point de techniques de diagnostic efficaces et peu coûteuses à l'intention des centres de santé des pays en développement qui ne disposent pas de laboratoires perfectionnés. Parmi les nouvelles techniques susceptibles de jouer un rôle important figurent les méthodes visuelles de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'utilisation, pour le diagnostic de la syphilis, d'un stylo autotiqueur et d'un antigène « rapid plasma » et les nouveaux tests de dépistage du paludisme utilisables à l'échelon local. (Un autre exemple est fourni dans l'Encadré 6.6.) Les tests de diagnostic rapides évitent de faire appel à d'autres échelons du système de santé, dans la mesure où les centres de santé peuvent, s'ils disposent des médicaments voulus, traiter le problème sur place. Parmi les activités de recherche-développement prioritaires figure la mise au point de nouveaux équipements médicaux permettant à la fois de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité des méthodes de prévention et de traitement des problèmes à l'échelon des centres de santé.

Aspects internationaux de la question

Certains types d'activités de recherche et de mise au point de produits sont coûteux; la commercialisation d'un nouveau médicament, par exemple, peut coûter

plus de 100 millions de dollars. Cependant, plusieurs percées dans le domaine des techniques médicales ont été réalisées à peu de frais. (L'une d'entre elles, la thérapie de réhydratation orale, est désormais largement reconnue comme étant un traitement efficace contre la diarrhée aqueuse aiguë, qui peut affaiblir ou tuer les jeunes enfants si rien n'est fait pour la traiter.) La nécessité d'une aide publique pour certains types de recherche est communément admise. La communauté internationale a beaucoup fait pour la recherche sanitaire, et la plupart des Etats soutiennent également certaines activités dans ce domaine. Dans une perspective à court ou à moyen terme, les pays en développement pourront tirer le meilleur parti des trop rares ressources publiques dont ils disposent à condition :

- Que les gouvernements réduisent ou suppriment les crédits consacrés à un type de recherche biomédicale fondamentale générateur d'avantages pour l'ensemble de la communauté internationale (dont il vaut mieux laisser le financement à celle-ci) pour les affecter plutôt à des travaux de recherche générateurs d'avantages principalement nationaux

- Que la communauté internationale concentre son aide à la recherche sur la mise au point de techniques nouvelles ou améliorées dont on attend des retombées optimales sur le plan social et dont beaucoup de pays pourront tirer parti.

Il faut un financement international pour d'importants travaux de recherche biomédicale lorsque leurs avantages s'étendent au-delà des frontières nationales et dans les cas où le secteur privé ne s'en chargera pas d'une façon qui soit socialement optimale. (Même les travaux bénéficiant d'un financement international auront lieu principalement dans des pays en développement et seront de plus en plus menés par des chercheurs de ces pays.) Le volume total des investissements de recherche sur des techniques médicales adaptées aux besoins des pays en développement est d'une insuffisance déplorable par rapport aux avantages qui pourraient en résulter. Et le niveau de coordination et de coopération internationale est largement en deçà de ce qui serait nécessaire. Un mécanisme international bénéficiant d'un financement stable dans une perspective à moyen ou à long terme ferait davantage pour la capacité de recherche dans les pays en développement. Il faut en outre que bailleurs de fonds et gouvernements apportent une aide accrue à la mise à l'essai des nouvelles techniques et à leur incorporation dans les systèmes de santé.

Ce qu'il faudrait faire

Les orientations dessinées par le présent Rapport peuvent être adaptées aux situations très diverses des pays en développement. Le chapitre que voici met en lumière les questions et actions prioritaires qui semblent devoir intéresser tout particulièrement trois groupes de pays : les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie du Sud, les pays à revenu intermédiaire d'Amérique latine et d'Asie de l'Est, et les anciens pays socialistes d'Europe et d'Asie centrale. Il décrit les réformes à entreprendre dans le secteur de la santé, en étudie la faisabilité, examine les principaux obstacles auxquels elles peuvent se heurter, et propose des stratégies pour les surmonter. L'expérience de plusieurs pays en développement qui ont entrepris de grandes réformes prouve qu'en dépit de la complexité des problèmes fondamentaux auxquels il faut s'attaquer, ces efforts peuvent être couronnés de succès.

Ce chapitre examine en outre le rôle de la communauté internationale dans le soutien à apporter aux réformes des politiques et des programmes de santé dans les pays en développement. Bien que les bailleurs de fonds aient été invités de toutes parts à investir davantage dans la valorisation des ressources humaines et dans la lutte contre la pauvreté, l'aide fournie au secteur de la santé est revenue de 7 % de l'aide au développement totale au début des années 80 à 6 % dans la seconde moitié de la décennie. Il faut que les donateurs joignent le geste à la parole : la part de l'aide au secteur de la santé devrait être portée immédiatement à son niveau antérieur, pour ensuite augmenter sensiblement dans les cinq années qui suivent. L'apport de 2 milliards de dollars supplémentaires aiderait à financer le coût transitoire des réformes de la politique de santé, ainsi que les programmes prioritaires, notamment la prévention du SIDA. Mais les donateurs et les pays en développement doivent aussi prendre des mesures pour améliorer l'efficacité de l'aide extérieure au secteur de la santé. A cette fin, les donateurs devront apporter leur soutien à des réformes importantes dans la répartition des dépenses publiques de santé et, plus généralement, dans la politique de santé des pays.

On peut donner plus d'efficacité à l'aide extérieure en investissant davantage dans la santé publique et les soins cliniques essentiels, en prenant les mesures nécessaires pour renforcer le cadre législatif et réglementaire régissant l'assurance et la fourniture des services de santé, et en soutenant l'effort de recherche en vue d'élargir la gamme des traitements d'un bon rapport coût-efficacité accessibles aux pauvres dans les pays en développement. L'aide apportée à des activités moins prioritaires, aux soins hospitaliers de type tertiaire et à la formation de spécialistes, par exemple, devra être réduite en conséquence, ou supprimée.

Enfin, une meilleure coordination entre bailleurs de fonds pourrait donner plus d'efficacité à l'aide. Bien qu'elle se heurte à de nombreux obstacles de taille, cette coordination est possible, comme en témoigne l'expérience récente de plusieurs pays d'Afrique et d'Asie.

Réforme des politiques de santé dans les pays en développement

Les politiques que le présent Rapport recommande aux pays en développement et aux donateurs de mettre en tête de leurs priorités sont récapitulées dans le Tableau 7.1. Elles sont décrites ci-après et illustrées à l'aide d'exemples de succès remportés par divers pays en développement dans leur application.

Pays à faible revenu

Les principales caractéristiques des systèmes de santé dans les pays à faible revenu ont été exposées dans les chapitres qui précèdent. En général, les régimes d'assurance publics ou privés y sont peu développés. Les dépenses en médicaments, en médecine traditionnelle et en honoraires représentent habituellement plus de la moitié du total des dépenses de santé, le reste étant financé par les recettes fiscales de l'Etat — et parfois par des contributions substantielles des donateurs. Les soins médicaux modernes sont dis-

Tableau 7.1 Degré d'efficacité d'une réorientation de la politique de santé dans trois groupes de pays

Objectifs et politiques des pouvoirs publics	Pays à faible revenu	Pays à revenu intermédiaire	Anciens pays socialistes
Créer un environnement propice à l'amélioration de la santé des ménages			
Poursuivre une politique de croissance économique bonne pour les pauvres			
Augmenter les investissements d'éducation, en particulier féminine			
Promouvoir les droits de la femme et améliorer sa condition en lui donnant des moyens d'action politique et économique, et en assurant sa protection juridique contre les violences			
Améliorer les investissements publics de santé			
Réduire les dépenses publiques pour les établissements de soins tertiaires, la formation de spécialistes et les services discrétionnaires			
Financer et faire exécuter un programme de santé publique comprenant la prévention du SIDA			
Financer et fournir services cliniques essentiels, tout au moins aux pauvres			
Améliorer la gestion des services de santé publique			
Faciliter l'intervention du secteur privé			
Encourager le financement et l'offre d'assurance par le secteur privé (avec incitations à la maîtrise des coûts) pour les services cliniques discrétionnaires			
Encourager la prestation de services cliniques par le secteur privé, y compris ceux qui sont financés par le secteur public			
Informations sur les résultats et les coûts			
■ Très efficace ■ Efficace ■ Assez efficace □ Aucun effet attendu			

pensés principalement dans les hôpitaux et les dispensaires publics, mais la grande décentralisation du processus décisionnel, les fortes variations annuelles des crédits budgétaires qui leur sont alloués et le peu de motivation de leur personnel, au niveau de la direction comme à celui des agents de santé, nuisent à leur bon fonctionnement. Souvent, le ministère de la santé et les autres organismes publics concernés manquent de moyens pour formuler une politique de santé, pour exécuter des plans de santé et pour contrôler le secteur privé. Le reste est l'affaire des prestataires privés (principalement des organisations religieuses en Afrique et des médecins privés ou des praticiens non diplômés en Asie du Sud), qui dispensent la plupart des soins ambulatoires. Leurs services sont jugés de meilleure qualité que ceux du secteur

public. De larges segments de la population, en particulier les ruraux pauvres, n'ont pas accès aux services de santé modernes. Le niveau d'instruction des femmes et la scolarisation primaire et secondaire des filles sont faibles.

Dans ce contexte, cinq types de mesures revêtent une importance primordiale pour l'amélioration de la santé. Il faut donner une solide instruction primaire à tous les enfants, en particulier aux filles; investir davantage dans des actions de santé publique d'un bon rapport coût-efficacité de nature à améliorer sensiblement l'état de santé des pauvres; déplacer le centre de gravité des dépenses de santé en services cliniques des établissements de soins tertiaires vers des centres de santé de district capables de dispenser les soins cliniques essentiels; réduire le gaspillage et

l'inefficacité dans les programmes de santé du secteur public; encourager la communauté à participer plus largement au contrôle et au financement des soins de santé essentiels.

FAIRE UN PLUS GROS EFFORT DE SCOLARISATION. Bien qu'il soit souvent extrêmement difficile d'assurer l'accès des enfants aux établissements scolaires et de surmonter les obstacles culturels qui s'opposent à la scolarisation des filles, plusieurs pays à faible revenu ont prouvé que des changements spectaculaires sont possibles en peu de temps. En Indonésie et au Kenya, par exemple, le taux de scolarisation primaire s'est élevé rapidement et de façon soutenue entre 1970 et 1990 et près de la moitié des enfants scolarisés maintenant sont des filles. Ces progrès ont été possibles grâce, à la fois, à la volonté d'universalisation de l'instruction primaire manifestée par les hautes instances politiques, à l'organisation de campagnes d'information qui ont suscité une plus forte demande parentale et au soutien de la communauté internationale.

INVESTIR DANS LA SANTE PUBLIQUE. Les actions de santé publique les plus profitables sont appelées à varier d'un pays à l'autre, de l'administration de vitamine A et d'iode en Inde et en Indonésie aux campagnes antitabac en Chine ou aux efforts de réduction des accidents de la circulation dans les villes d'Afrique subsaharienne. La généralisation de la couverture vaccinale devrait être une priorité majeure dans tous les pays à faible revenu, en particulier en Inde et dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne, où elle demeure faible. Il faudrait aussi redoubler d'efforts pour freiner la transmission du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Dans les pays africains où l'épidémie de SIDA a fait beaucoup de ravages, la modification des comportements par l'éducation ainsi que la distribution de préservatifs devraient figurer en bonne place parmi les actions de santé publique. Et dans des pays qui, comme le Bangladesh et l'Indonésie, offrent un terrain propice à la propagation rapide du VIH (importance de la prostitution et forte prévalence des autres MST), les gouvernements doivent prendre d'urgence des mesures pour enrayer la transmission du SIDA à l'ensemble de la population.

MIEUX REPARTIR LES DEPENSES DE SANTE. Les gouvernements devraient investir dans la mise en place d'équipements sanitaires au niveau des districts en (comme on l'explique dans le Chapitre 6) développant la formation d'agents de santé primaires, en particulier de personnel infirmier et de sages-femmes, en affectant des crédits d'équipement à l'amélioration des postes sanitaires, des centres de santé et des hôpitaux de district, en finançant l'acquisition d'ambulances et d'autres véhicules pour assurer le transport des urgences dans de bonnes conditions, avec ce que cela nécessite de liaisons radio et par téléphone, et en ren-

forçant la capacité de planification et de gestion des services de santé au niveau du district et des établissements de santé. Dans de nombreux pays à faible revenu, la priorité donnée à l'infrastructure de santé au niveau du district amènera à limiter les nouveaux investissements dans les hôpitaux centraux et à réorienter ceux-ci vers des activités de recherche et d'enseignement davantage en rapport avec les grands problèmes de santé du pays. Il y aura aussi beaucoup à faire pour améliorer l'efficacité des grands hôpitaux publics, notamment en essayant de motiver le personnel de direction et les employés par des primes d'efficacité et en recouvrant une plus grande partie des coûts auprès des personnes de condition aisée et des assurés.

Pour la prestation des services essentiels, les gouvernements doivent allouer une plus grande part du budget de la santé aux services de santé de base et, en particulier, aux dépenses de fonctionnement non salariales. Il faudra, dans un premier temps, mettre l'accent sur la mise en place de capacités de fourniture des services compris dans l'ensemble minimum d'activités essentielles décrit au Chapitre 5. Cela se fait déjà dans un certain nombre de pays. Le Sénégal s'est fixé des objectifs annuels pour accroître les dépenses en médicaments, transport et entretien. Le Ghana s'efforce de réduire le personnel du Ministère de la santé. En Inde, où les gouvernements des Etats entrent pour plus des trois quarts dans les dépenses publiques de santé, l'administration centrale s'efforce d'encourager une répartition plus rationnelle des ressources en réservant des crédits pour les vaccinations, le traitement de la lèpre et de la tuberculose, et la lutte contre le SIDA.

Certains pays à faible revenu devront accroître leurs dépenses de santé pour pouvoir financer des mesures de santé publique et des services cliniques essentiels à l'intention des pauvres. En 1990, les dépenses de santé des pays à faible revenu ne dépassaient pas 6 dollars par habitant en moyenne, soit 1,5 % du PNB, ou 1,6 % si l'on tient compte de l'aide extérieure. Il ressort de l'analyse faite dans le présent Rapport que la fourniture de l'ensemble minimum de services, dans ces pays, reviendrait à environ 12 dollars par habitant, soit près de 3 % du PNB. En ciblant sur les pauvres des services cliniques subventionnés par l'Etat et en prenant, parallèlement, des mesures pour encourager le recouvrement des coûts auprès des catégories plus aisées, on arriverait à tirer davantage de ressources budgétaires par trop insuffisantes. On pourrait aussi autoriser les centres de santé à conserver leurs recettes pour les réinvestir localement afin d'améliorer la qualité et la fiabilité des services de base.

Malgré ces efforts, il faudra augmenter la part du budget allouée à la santé dans de nombreux pays à faible revenu. (En Afrique subsaharienne, les dépenses de santé ont diminué tout au long des années 80, tombant en moyenne à moins de 4 % des dépenses

publiques totales et à moins de 2 % du PNB.) Certains pays font déjà un effort dans ce sens. Au Mozambique, par exemple, les dépenses publiques de santé ont augmenté en 1992 et 1993, dans le cadre d'un programme de réformes économiques plus vaste, et la Mauritanie s'est engagée à accroître sensiblement l'enveloppe de la santé entre 1992 et 1996. Etant donné que la réaffectation des ressources budgétaires entre les secteurs prend plusieurs années, un concours extérieur pourrait être fort utile, au début, pour aider les gouvernements à augmenter leurs dépenses de santé, notamment leurs dépenses de fonctionnement, comme on le voit au Mozambique et en Mauritanie, où les réformes budgétaires sont d'ores et déjà soutenues par un financement transitionnel de la communauté des donateurs.

LUTTER CONTRE LE GASPILLAGE ET L'INEFFICACITE. Il y a fort à faire pour réduire le gaspillage et l'inefficacité dans les programmes publics de santé, en particulier dans le domaine de la gestion des médicaments, qui absorbe, dans la plupart des pays, entre 10 et 30 % des dépenses publiques de santé, et où il semble possible de réaliser à court terme les gains d'efficacité les plus importants. L'amélioration de la sélection et de la quantification des besoins en médicaments, notamment au moyen de listes nationales de médicaments essentiels, et l'achat des médicaments par voie d'appel à la concurrence permettraient de réaliser de très substantielles économies, comme on a pu le constater dans de nombreux cas. Ainsi, des achats en gros ont permis à plusieurs associations religieuses d'Afrique de réduire de 40 % leur facture annuelle de médicaments. Plusieurs pays des Caraïbes ont obtenu de la même façon une réduction de 44 % en moyenne du coût des 25 médicaments les plus utilisés. La création d'un fonds renouvelable pour l'achat de médicaments essentiels a permis à plusieurs pays d'Amérique centrale de réaliser une économie de 65 % sur le coût de leur approvisionnement en produits pharmaceutiques.

FAIRE INTERVENIR LA COLLECTIVITE DANS LE FINANCEMENT. Le financement de la santé par la collectivité, à la fois par la tarification des services et au moyen de plans d'assurances en tiers payant, est devenu une nécessité pratique dans un certain nombre de pays à faible revenu. Mais cette nécessité est aussi un bien : la participation de la communauté peut aider à améliorer la qualité et la fiabilité des services, notamment en responsabilisant les agents de santé vis-à-vis des patients.

C'est précisément sur ce principe que repose l'Initiative de Bamako, parrainée par l'OMS et l'UNICEF (Encadré 7.1). Comme on l'a observé récemment dans plusieurs pays africains, les ménages ruraux sont prêts à payer un prix modique pour les médicaments distribués dans les centres de santé publics, à condition que la qualité des services y

gagne, que les recettes soient conservées et utilisées par les centres de santé et que la population locale ait un droit de regard sur leur fonctionnement. En Guinée, par exemple, la moitié environ des 350 centres de santé du pays avaient recours, en 1991, à ce mode de financement et, sur ce nombre, la totalité des établissements urbains et le tiers des dispensaires ruraux parvenaient à financer leurs dépenses de fonctionnement au moyen de leurs recettes. Toutefois, les gouvernements doivent agir avec prudence. L'expérience prouve en effet que des honoraires suffisamment élevés pour couvrir intégralement le coût des services cliniques peuvent avoir un effet dissuasif sur les pauvres. Ceux-ci devraient, dans ces conditions, pouvoir bénéficier de réductions ou d'exemptions.

PROBLEMES ET PERSPECTIVES. La réforme de la politique de santé dans les pays en développement à faible revenu se heurte à d'énormes obstacles. Souvent, les ministères de la santé ne revendiquent pas avec suffisamment de force une plus grande part des ressources budgétaires (parfois en diminution). Les responsables politiques, le corps médical et la population urbaine poussent à accroître les dépenses de soins de santé tertiaires dans les grandes villes, aux dépens de l'infrastructure de santé de district. Les associations professionnelles et les syndicats représentant les médecins et le personnel infirmier s'opposent vigoureusement aux compressions de personnel nécessaires pour accroître les dépenses non salariales et au redéploiement du personnel de santé dans les régions rurales. Malgré cela, certains pays à faible revenu sont en train de remanier en profondeur leur politique de santé. Le Malawi, par exemple, poursuit actuellement de vastes réformes dans le cadre d'un projet de la Banque mondiale. Il a notamment décidé d'accroître la part du budget allouée à la santé, qui doit passer de 7,1 % en 1991 à 9,1 % en 1995, d'augmenter la part des crédits destinés aux services de santé de district, qui doit être portée de 15 à 23 %, et de réduire la part des dépenses consacrées aux trois hôpitaux centraux du pays, en la ramenant de 35 à 25 %. Pour renforcer le système de santé de district, l'Etat engage en outre plus de 3.500 auxiliaires de santé, qui sont affectés dans les dispensaires ruraux et les villages et dont les services sont financés en partie au moyen de crédits extérieurs.

Pays à revenu intermédiaire

Dans les pays en développement à revenu intermédiaire, les dépenses de santé à la charge des usagers représentent en général moins du tiers des dépenses totales. Certains d'entre eux, comme l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, possèdent des systèmes d'assurance privés, bien que la majeure partie de la population bénéficie de services financés par l'Etat. D'autres ont un système d'assurance sociale qui couvre une partie de la population et qui est financé par les cotisations

Encadré 7.1 Le financement des centres de santé par la collectivité : l'Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako, lancée en 1988, a pour principal objectif de revitaliser le système de soins de santé du secteur public en renforçant la gestion au niveau du district et en drainant une partie des ressources que la population elle-même consacre à la santé (UNICEF, 1992).

La formule des fonds renouvelables pour l'achat de médicaments et les centres de santé gérés par la communauté existe depuis longtemps dans les pays en développement, mais l'Initiative de Bamako ambitionne de l'appliquer à une bien plus grande échelle en Afrique et dans d'autres pays à faible revenu. Cette initiative repose sur les deux principes suivants : le premier est que, là où les institutions publiques sont peu développées, comme c'est le cas dans de nombreux pays à faible revenu, une action à partir de la base s'impose absolument pour compléter une réforme de la politique de santé engagée d'en haut; le deuxième est que les ménages pauvres eux-mêmes sont disposés à payer pour obtenir des services de santé plus fiables et de meilleure qualité.

Dans le cadre de cette initiative, la population locale accepte de payer un prix modique pour les soins ambulatoires et les médicaments dispensés dans les centres de santé et les pharmacies. Les centres de santé gardent par devers eux les recettes ainsi obtenues, qui sont gérées par des comités d'élus locaux, lesquels utilisent les fonds pour acheter d'autres médicaments (au moyen d'un fonds renouvelable), pour verser des primes aux agents de santé méritants et pour financer d'autres améliorations. Les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds aident les centres de santé à acheter des médicaments généra-

les bon marché et à améliorer ainsi le rapport coût-efficacité de leurs services.

Cette initiative n'a que cinq ans, mais ses résultats sont impressionnants. A la fin de 1991, 18 pays africains étaient associés au programme, et près de 1.800 centres de santé situés dans 221 districts y participaient. Au Bénin, les 44 premiers centres de santé visés financent au moyen de leurs recettes entre 42 et 46 % de leurs dépenses de fonctionnement, et en Guinée, dans les 17 premiers centres concernés, les honoraires payés par les patients couvrent de 38 à 49 % des dépenses. La fréquentation des centres de santé a progressé. Au Bénin, le nombre moyen de consultations dans les centres de santé pilotes est passé de 100 par mois en 1987 à 250 en 1989.

Et pourtant, malgré ces résultats prometteurs, il n'est pas encore certain que les réformes puissent être appliquées durablement à grande échelle. Un certain nombre de centres de santé bénéficiaires ont reçu une aide financière et technique de l'UNICEF, de l'OMS et d'autres donateurs — avec plus de 36 millions de dollars du seul UNICEF. Des problèmes pourront surgir quand cette aide extérieure prendra fin, en particulier lorsqu'il s'agira de convertir en devises le produit des recettes locales pour l'achat de médicaments importés. De plus, en encourageant le financement des soins de santé par les ménages urbains et ruraux pauvres, on risque de détourner l'attention des gouvernements des réformes fondamentales à entreprendre dans le secteur de la santé, et surtout de la nécessité de réorienter vers les services de base les dépenses publiques en soins tertiaires.

obligatoires prélevées sur les salaires des assurés et versées, en général, à une caisse commune administrée par un organisme parapublic. La part de la population ainsi couverte varie considérablement : de moins de 10 % en République dominicaine, en Equateur et en El Salvador, elle dépasse 80 % au Brésil, au Costa Rica et à Cuba. Le Brésil et le Chili pratiquent un système d'assurances mixte, à la fois privé et public. Chaque Brésilien a le droit de bénéficier de services financés à la fois par les recettes publiques et par les cotisations de sécurité sociale prélevées sur les salaires. Pourtant, plus du cinquième de la population préfère aujourd'hui souscrire une assurance privée.

Les pays à revenu intermédiaire doivent concentrer leur action sur quatre grandes catégories de réformes : supprimer progressivement les subventions publiques qui profitent aux couches aisées, élargir la couverture sociale, garantir le libre choix du régime d'assurance par le consommateur et promouvoir l'utilisation de formules de paiement de nature à contenir les coûts.

REDUIRE LES SUBVENTIONS QUI PROFITENT AUX COUCHES AISEES. Les pouvoirs publics doivent réduire progressivement, puis supprimer complètement, les subventions qui profitent aux catégories relativement aisées en faisant supporter intégralement par les assurés le coût des services qu'ils obtiennent dans les hôpitaux et les dispensaires publics et en limitant les déductions fiscales pour les cotisations d'assurance maladie. En Afrique du Sud et au Zimbabwe, les personnes couvertes par une assurance privée ne paient qu'une partie du coût des services qu'elles reçoivent dans les établissements de santé publics. De plus, elles ont le droit de déduire de leur revenu imposable tout ou partie de leurs dépenses de santé et de leurs primes d'assurance maladie. Les employeurs peuvent également déduire leurs cotisations d'assurance maladie. Cela réduit les fonds disponibles pour financer les services essentiels. En Afrique du Sud, on a estimé que les déductions fiscales dont bénéficient les particuliers représentaient, en 1990, 18 % des dépenses de santé du secteur public. Face à une situation analogue, le Zimbabwe a décidé de limiter fortement

les déductions fiscales pour dépenses de santé et cotisations d'assurance maladie, de relever le tarif des services et de faire un plus gros effort de recouvrement des coûts auprès des patients protégés par une assurance privée. Les hôpitaux publics ont constaté qu'ils peuvent souvent reconnaître les malades assurés en leur proposant, en supplément, des services d'agrément, comme une chambre privée; leur acceptation signifie qu'on peut leur appliquer un tarif approprié.

Dans les pays où le régime d'assurance sociale ne couvre qu'une partie de la population, les pouvoirs publics peuvent encourager l'autofinancement des services de santé en supprimant les subventions au système d'assurance sociale. Ces subventions, très répandues en Amérique latine, profitent avant tout aux classes moyennes et, de ce fait, ont un caractère régressif. Leur suppression dégagerait des ressources pour le financement de services de santé à l'intention des pauvres. Cela permettrait en outre d'imposer une plus grande discipline financière aux organismes d'assurance sociale, dont les déficits doivent être éponges au moyen de transferts opérés à partir d'autres programmes de sécurité sociale ou financés sur le budget de l'Etat. Au Venezuela, par exemple, le gouvernement subventionne les cotisations à la caisse d'assurance maladie gérée par un organisme de sécurité sociale parapublic, ce qui n'a pas empêché cette caisse d'enregistrer en 1990 un déficit équivalant à 37 % de ses dépenses de santé.

ELARGIR LA COUVERTURE SOCIALE. Là où la majeure partie de la population active est employée, l'élargissement de la couverture sociale à l'ensemble de la population — notamment aux travailleurs indépendants, aux personnes âgées et aux pauvres — permet de supprimer les inégalités inhérentes aux systèmes stratifiés de financement de la santé et d'élargir la gamme des soins accessibles à tous. Avec une couverture sociale universelle, comme il en existe en Corée et au Costa Rica, les subventions profitent en fin de compte aux pauvres et, de ce fait, ont un caractère progressif. Mais seuls quelques pays à revenu intermédiaire qui ont ce qu'il faut de ressources financières, de volonté politique et de capacité administrative peuvent se doter d'un tel système. Les mesures courageuses prises par la Corée entre 1978 et 1989 pour créer de toutes pièces un système d'assurance maladie national et les efforts déployés par le Costa Rica dans les années 80 pour universaliser un système qui, jusque-là, ne couvrait que la main-d'œuvre de l'industrie prouvent que cet objectif peut être atteint, même si cela est difficile. L'universalisation de la couverture sociale serait un objectif plus réaliste si les gouvernements limitaient l'ensemble de services couverts de base à ceux d'un bon rapport coût-efficacité.

LAISSER LE CONSOMMATEUR CHOISIR. La concurrence entre prestataires fournissant un ensemble bien spéci-

fié de services de santé payés d'avance contribuerait à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité. Et même là où il n'y a pas, ou pratiquement pas, de concurrence directe entre les caisses d'assurances, comme c'est le cas au Japon et en Corée, il peut être préférable d'avoir plusieurs organismes d'assurance semi-indépendants, plutôt qu'un seul grand organisme parapublic. Les caisses d'assurances locales, qui sont gérées par des conseils composés de représentants des salariés, des employeurs et des collectivités locales, comme en Allemagne, sont en général plus comptables de leur gestion. Dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, les « institutions » monolithiques responsables de la sécurité sociale se sont profondément discréditées pour cause d'inefficacité et de corruption. Le renforcement de la concurrence et la responsabilisation sont deux des principaux objectifs des réformes proposées actuellement dans le secteur de l'assurance sociale en Argentine.

MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ. La participation des assurés au financement de certains services peut les dissuader d'en abuser, mais il ne faut pas s'attendre à ce que cela permette de freiner la hausse des coûts. En Corée, l'institution d'un ticket modérateur qui représente en moyenne 40 % des dépenses n'a guère contribué au ralentissement de la croissance des dépenses de santé, lesquelles sont passées de 3,7 à 6,6 % du PNB au cours des années 80. De même, la pratique de l'analyse rétrospective de l'utilisation qui est faite des services médicaux introduite par les assureurs privés aux États-Unis, si elle semble avoir pour effet de provoquer une légère réduction ponctuelle des dépenses de santé, n'a pas d'effet durable sur leur rythme de croissance.

En revanche, le prépaiement des prestataires de soins est un moyen prometteur de maîtriser les dépenses de santé. Les gouvernements pourraient contribuer à la promotion de cette formule en supprimant les obstacles juridiques qui, dans de nombreux pays, interdisent à une même institution d'être à la fois assureur et prestataire. En Afrique du Sud, les pouvoirs publics ont récemment autorisé la création d'organisations de soins de santé intégrés (HMO), dans le but avant tout de freiner l'augmentation des dépenses de santé. En quelques années seulement, plus de 20 organismes de ce type ont vu le jour; ils ont établi un système de capitation et d'honoraires négociés, ce qui permet de maîtriser les coûts plus efficacement que le système de paiement à l'acte appliqué de tout temps en Afrique du Sud.

Les gouvernements peuvent contribuer largement à l'amélioration des incitations créées par les régimes d'assurance sociale. Quand les assurés ont recours à des soins privés, la formule du paiement à l'acte devrait être remplacée par un système de capitation ou de rémunération forfaitaire des médecins et hôpitaux selon des tarifs uniformes négociés chaque année (sur la base, par exemple, d'une classification

des actes en catégories homogènes en fonction du diagnostic) ou par une dotation hospitalière globale. Si le régime d'assurance sociale couvre les soins dispensés dans les hôpitaux publics, la concurrence avec le secteur privé peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité. Une autre approche prometteuse consisterait à encourager la concurrence entre hôpitaux publics fonctionnant comme des entreprises semi-autonomes, comme cela se fait depuis quelques

années au Royaume-Uni, et à offrir aux directeurs d'hôpitaux des incitations financières et des perspectives de carrière qui les encouragent à atteindre certaines normes d'efficacité, comme au Chili.

L'exemple du Chili (Encadré 7.2) illustre les avantages et les risques d'une réforme du secteur de la santé dans un pays à revenu intermédiaire. En effet, le Chili est parvenu à améliorer l'efficacité et la qualité des soins tout en élargissant la gamme de choix offerte au

Encadré 7.2 Réforme du secteur de la santé au Chili

Au cours des 15 dernières années, des réformes radicales ont été entreprises dans le secteur de la santé au Chili. L'expérience de ce pays prouve que la réforme est un processus permanent, et non une opération ponctuelle, et que les pays qui s'engagent sur cette voie doivent avoir la capacité et la volonté politique de réexaminer et de réviser constamment leurs politiques de santé.

A la fin des années 70, le Chili (qui avait alors un gouvernement militaire) a décentralisé le système de santé public et créé des organismes d'assurance maladie privés. La gestion des services de soins primaires a été confiée aux 325 municipalités du pays, auxquelles le Ministère de la santé a transféré la totalité du budget des soins de santé primaires et la moitié environ de son personnel; les municipalités pouvaient également financer leurs dépenses de santé au moyen du produit des impôts locaux et des ressources provenant du Fonds commun municipal, géré par l'administration centrale. Qui plus est, le gouvernement a encouragé la création de caisses d'assurance maladie entièrement privées, les ISAPRE. Les quelque 70 % de la population qui bénéficiaient de la sécurité sociale avaient la possibilité d'utiliser le montant déduit de leur salaire pour souscrire une assurance privée. Les divers régimes d'assurance en concurrence étaient réglementés par un nouvel organisme de contrôle (la *superintendencia*) du Ministère de la santé. En 1990, environ 2,5 millions de personnes, soit 18 % de la population, étaient couvertes par 35 ISAPRE.

Sous l'effet conjugué de la décentralisation et de la création des assurances privées, le système de santé s'est quelque peu amélioré. Les municipalités ont développé les services de soins primaires et, avec les ISAPRE, le financement et la prestation des services sont devenus plus concurrentiels, les usagers ont eu une plus grande liberté de choix et le nombre de médecins et d'hôpitaux privés a augmenté.

Mais les réformes ont créé de nouveaux problèmes. Dans les premières années, quand les responsables locaux étaient nommés par le gouvernement militaire, les services de santé municipaux ne répondaient pas aux besoins de la population locale. Les transferts de personnel du Ministère de la santé aux municipalités ont fait naître une insécurité de l'emploi et démoralisé les employés. De nombreuses municipalités n'avaient pas les moyens de planifier et de gérer les services de santé primaires. Elles avaient trop tendance à orienter les malades vers les hôpitaux, qui étaient toujours financés par le ministère. Et

celui-ci ne voyait guère d'intérêt à aider à la supervision des équipements municipaux.

Comme les municipalités étaient remboursées pour chaque service fourni, elles avaient tendance à fournir trop de soins curatifs coûteux au détriment de la prévention, provoquant ainsi une flambée des coûts. Il a alors été décidé de plafonner les montants alloués aux autorités locales sur la base des parts de budget qui leur revenaient habituellement, ce qui favorisait les municipalités riches.

En visant les couches les plus aisées de la société chilienne, les ISAPRE ont appauvri le reste du système d'assurance sociale. Chaque salarié qui décidait de s'affilier à une ISAPRE coûtait à l'Etat deux fois et demie le montant de la cotisation d'un salarié moyen. Comme les ISAPRE étaient autorisées à évaluer les risques médicaux présentés par les individus, elles ont privilégié les personnes qui présentaient peu de risques, laissant au secteur public le soin de s'occuper des malades et des personnes âgées.

Le gouvernement démocratique élu en 1989 a décidé de conserver l'orientation générale de la réforme de la santé tout en cherchant des moyens de remédier à ce qu'elle avait de mauvais. Des élections municipales ont eu lieu afin que les services de santé primaires soient administrés par des personnalités choisies par la population ayant le sens de leurs responsabilités. Des programmes de formation ont été organisés à l'intention des agents de santé municipaux. On entreprend actuellement de décentraliser l'administration des hôpitaux au niveau de 27 régions sanitaires qui devront passer des contrats de gestion avec le Ministère de la santé. Enfin, il a été proposé récemment d'attribuer des fonds publics aux municipalités sur la base d'un système de capitation, avec ajustement supplémentaire en faveur des municipalités les plus pauvres.

Le gouvernement commence aussi à rechercher des moyens de réduire les inégalités du système de financement de la santé par les ISAPRE. A cette fin, il est en train de renforcer leur organisme de tutelle et il envisage d'imposer aux caisses privées une appréciation collective du risque maladie et l'admission de tous ceux qui ont les moyens de payer le montant de la prime ainsi calculée; il envisage aussi d'exiger que toutes les ISAPRE proposent le même plan d'assurance maladie afin d'encourager la concurrence directe entre les prestataires (comme dans le cas des systèmes de soins intégrés qui se mettent en place aux Etats-Unis), et de supprimer la déductibilité des cotisations des employeurs.

consommateur, mais les réformes ont engendré de nouveaux problèmes — d'administration, de financement et d'équité.

Anciens pays socialistes

Dans les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est et dans ce qui fut l'Union soviétique, l'État se chargeait à la fois du financement et de la prestation des soins de santé. Les dépenses de santé étaient financées sur les recettes publiques. En principe, les soins étaient dispensés gratuitement dans les hôpitaux et dispensaires publics, ainsi que dans les établissements gérés par les entreprises d'État mais, dans la pratique, des dessous-de-table venaient huiler les rouages de la bureaucratie. Aujourd'hui, le système de santé de ces pays traverse une crise profonde. Les médecins et les pharmaciens sont nombreux à quitter le secteur public pour la médecine privée. Comme, en outre, les dépenses publiques de santé se sont fortement contractées en valeur réelle depuis l'amorce de la transition vers l'économie de marché, c'est aussi d'une grave pénurie de médicaments et de matériel que souffre la santé publique.

C'est essentiellement parce qu'ils ne connaissent que trop bien les inconvénients d'un contrôle étatique répressif que dirigeants, corps médical et consommateurs des anciens pays socialistes cherchent dans les pays industriels des modèles de réforme des systèmes d'assurance publics et privés. Des pays comme la Hongrie, la Pologne et la République tchèque ont de nombreux points communs avec les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comme l'Argentine, la Corée et le Costa Rica. Ils peuvent, eux aussi, être en mesure d'adapter certains éléments des systèmes des pays nordiques et du Royaume-Uni, qui sont financés sur le budget général, ou des systèmes d'assurance sociale universelle comme ceux d'Allemagne et du Japon. Les autres pays de ce groupe, comme les républiques d'Asie centrale relativement pauvres, sont confrontés à des problèmes en grande partie comparables à ceux des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et même à ceux des pays à faible revenu, comme le Pakistan et le Yémen.

En dépit de ces disparités, les gouvernements de tous les anciens pays socialistes doivent envisager une réforme du secteur de la santé sous trois angles au moins : améliorer l'efficacité des établissements et des services de santé qui relèvent du secteur public, notamment en réduisant la taille de celui-ci ; rechercher de nouveaux moyens de financement de la santé ; et encourager le secteur privé à se faire producteur de soins de santé tout en renforçant le rôle de réglementation du secteur public.

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU SECTEUR PUBLIC. La décentralisation des services de santé du secteur public est peut-être la meilleure façon d'améliorer

leur efficacité et de répondre aux besoins de santé au niveau local. Mais elle ne portera ses fruits que si les établissements et les hôpitaux publics locaux disposent d'une assise financière saine et de solides capacités administratives et si on les incite à l'efficacité — et à condition qu'ils soient comptables de ce qu'ils font devant les patients et la population locale. Une décentralisation extrême et hâtive peut être un facteur d'inefficacité. En Pologne, par exemple, le gouvernement a décentralisé les services de santé au niveau des 49 provinces du pays. Mais celles-ci, avec une population moyenne de moins de 1 million d'habitants, ne peuvent pas utiliser rationnellement les hôpitaux de soins tertiaires que l'on est en train de construire dans chacune et le personnel médical disponible est trop dispersé. C'est pourquoi le gouvernement tente maintenant de créer des régions sanitaires englobant deux à quatre provinces, mais ces dernières ne sont pas disposées à financer les régions, outre que des pressions politiques se font sentir en faveur d'une décentralisation accrue au niveau des districts, où les capacités de gestion sanitaire sont actuellement très limitées.

Tout en décentralisant, les gouvernements devront réduire la taille des services de santé du secteur public, où il y a trop d'hôpitaux, trop de lits d'hôpital et trop de médecins. Ils pourront ainsi dégager des ressources pour les services de santé publics essentiels, notamment pour les services de vaccination, la médecine du travail, le contrôle de la qualité des aliments, la réglementation de l'environnement, la lutte contre la consommation d'alcool et de tabac par l'éducation et la fiscalité, et pour le contrôle de la qualité des soins cliniques privés. Les compétences cliniques et gestionnaires du personnel de santé qui demeurera dans le secteur public devront être considérablement améliorées et adaptées au nouveau système d'établissements de santé semi-autonomes qui prend la place de l'ancien système de contrôle administratif centralisé.

RECHERCHE DE NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT. L'exemple des autres pays pourrait aider les anciens pays socialistes à se doter de systèmes d'assurance qui préservent ce que leur ancien système avait de meilleur — une très large protection de la population. Cela pourrait également les aider à déterminer dans quels cas il est préférable que les recettes publiques soient la principale source de financement (comme au Royaume-Uni) ou simplement une source d'appoint, en complément du système d'assurances (comme au Japon). Il se dégage de l'expérience de certains pays des enseignements importants sur la manière de créer des systèmes de financement qui soient viables et qui permettent de maîtriser les coûts, par exemple, en décourageant la pratique du paiement à l'acte. Les anciens pays socialistes devront se garder d'accorder des subventions importantes et inéquitables aux assurances privées pour riches ou aux assurances

sociales dont bénéficie la classe moyenne, comme cela se fait couramment.

La plupart des ex-pays socialistes se sont déjà engagés sur la voie des réformes. Les Républiques tchèque et slovaque et la Hongrie expérimentent diverses formules d'assurance sociale. Parce qu'elle a instauré un système prévoyant de généreuses prestations de santé et la rétribution des médecins privés à l'acte, la première a connu de sérieuses difficultés financières au bout de quelques mois seulement. En Hongrie, le système de financement de la santé, remanié récemment, fait des médecins du secteur public des salariés de l'administration centrale et des collectivités locales et prévoit un système de capitation pour les médecins généralistes du secteur privé. La Russie et l'Ukraine s'approprient également à mettre en place un système mixte combinant assurances sociales et financement par l'Etat. L'Encadré 7.3 décrit les mesures prises actuellement en Russie.

FAVORISER LA CONCURRENCE ET RENFORCER LA REGLEMENTATION PUBLIQUE. Bien que l'exercice de la médecine

libérale soit désormais autorisé dans la plupart des anciens pays socialistes, les médecins, les hôpitaux et les organismes d'assurance du secteur privé doivent opérer dans un cadre juridique et réglementaire hostile, voire inexistant. Etant donné la multiplication des cabinets médicaux, des hôpitaux et des dispensaires privés, il est indispensable d'établir une réglementation appropriée pour réduire l'incidence des fautes professionnelles et de la fraude financière. Il est essentiel aussi que les réglementations encouragent le développement d'institutions efficaces, comme les organisations de soins de santé intégrés, pour financer et dispenser des soins cliniques à l'ensemble de la population. Des lacunes apparaissent déjà dans les nouveaux règlements, comme en Roumanie, où les autorités ont décidé récemment de délivrer aux médecins des autorisations d'exercer à vie, sans leur imposer de règles de conduite à suivre scrupuleusement ou les astreindre à recertification. Etant donné que le pouvoir réglementaire des gouvernements restera probablement faible pendant quelques années encore, la réforme des systèmes de santé devrait être

Encadré 7.3 Réforme du système de santé en Russie

Avant les bouleversements politiques de 1990 et 1991, qui ont conduit à l'effondrement de l'Union soviétique, les dépenses de santé en République de Russie, qui représentaient de 3 à 4 % du PNB, pour une population de près de 150 millions d'habitants, étaient financées au moyen des recettes publiques et les soins étaient dispensés par des fonctionnaires, dans le cadre d'un vaste réseau d'établissements et de programmes publics. Ce système bureaucratique très centralisé a favorisé la prolifération des médecins et des hôpitaux, qui n'étaient guère encouragés à rechercher l'efficacité ou la qualité; de surcroît, ce système négligeait les mesures de prévention nécessaires pour combattre les graves problèmes d'environnement et de comportement du pays, tels que la pollution industrielle, l'alcoolisme, le tabagisme et la mauvaise nutrition. De ce fait, l'état de santé des Russes a stagné dans les années 70 et 80. En 1990, l'espérance de vie en Russie n'était que de 64 ans pour les hommes, soit dix ans de moins que dans les pays d'Europe occidentale et, à 22 pour 1.000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile y était deux fois plus élevé.

Le nouveau Gouvernement russe a entrepris de réformer radicalement l'ancien système de santé. Le financement et la gestion de la santé vont dorénavant être confiés à 88 régions. La privatisation de l'exercice de la médecine est bien engagée et une loi sur les assurances maladie promulguée récemment prévoit l'instauration et la réglementation de nouveaux systèmes d'assurance. Aux termes de cette loi et des amendements proposés, chaque région aura sa caisse d'assurance sociale, et une caisse nationale assurera la péréquation des ressources entre les régions. Ces caisses seront alimentées à la fois par des cotisations prélevées obligatoirement sur les salaires et

par des transferts budgétaires. Elles passeront contrat avec les prestataires de soins publics et privés. Les assurés pourront souscrire une assurance privée complémentaire pour leurs dépenses de santé additionnelles.

Cette loi est en vigueur depuis la fin de 1991, mais son application se fait lentement. Quelques questions importantes se posent à propos de la conception du système qu'il va falloir régler. Il faudra notamment préciser le rôle et l'étendue de la concurrence entre assureurs publics et privés; déterminer si les risques doivent être évalués sur une base individuelle ou sur une plus large base; fixer les modalités de paiement des prestataires par les caisses d'assurance (paiement à l'acte, par capitation ou par quelque autre formule ou combinaison de formules).

La mise en oeuvre du nouveau système se heurte à d'énormes obstacles pratiques, dus en partie à l'instabilité de la conjoncture administrative et économique. Les administrations régionales n'ont pas les moyens de gérer et réglementer le système de santé dont elles héritent. Le pays est en proie à d'énormes difficultés économiques et budgétaires. Les salaires réels se sont effondrés au cours des dernières années. Le coût des médicaments et des équipements médicaux a augmenté plus rapidement que l'inflation, ce qui s'est traduit par de graves pénuries. Les cotisations sociales absorbent déjà 38 % des salaires, si bien qu'il est difficile de financer un programme de services de santé abordable au moyen du système d'assurance sociale. Pour aider le pays à surmonter ces difficultés, plusieurs organisations internationales, dont la Banque mondiale, collaborent étroitement avec les responsables de la santé en Russie pour élaborer et appliquer des réformes dans ce domaine.

conçue de telle façon que l'Etat ait à intervenir directement le moins possible. A cette fin, on pourrait encourager l'autoréglementation par l'intermédiaire des associations d'écoles de médecine, de médecins et d'hôpitaux privés. A terme, l'amélioration de la réglementation nécessitera à la fois la formation d'inspecteurs d'Etat et d'autres agents de contrôle et la création d'organismes publics chargés de la délivrance des licences d'exercice et de comités de déontologie médicale nationaux et locaux.

Des orientations et des perspectives pour la réforme

A la diversité des systèmes de santé dans le monde correspond une égale diversité de mouvements de réforme. Plusieurs axes communs commencent cependant à se faire jour. Tout d'abord, les gouvernements sont de plus en plus conscients du rôle central qu'ils ont à jouer dans le domaine de la santé publique — ce qui a permis, par exemple, de réaliser d'énormes progrès en matière de couverture vaccinale à l'échelle mondiale. Ensuite, ils cherchent à introduire davantage de concurrence entre établissements publics et privés dans la prestation des services cliniques. Enfin, ils étudient de nouvelles formules de financement et d'assurance, telles que le paiement sélectif par les malades des soins dispensés dans le secteur public, des systèmes qui découragent le remboursement par tiers payant, des systèmes de financement mixte par assurances sociales obligatoires et recettes fiscales générales, et des systèmes qui imposent un budget fixe pour chaque patient ou chaque cas.

Partout, la réforme du secteur de la santé est une tâche complexe et de longue haleine. Ni l'Etat, ni le marché ne peuvent par eux-mêmes faire que la répartition des ressources destinées à la santé soit la meilleure possible. Il faut tenter de trouver des compromis avec de puissants groupes d'intérêts (médecins du secteur privé, sociétés pharmaceutiques, fabricants de matériel médical et assureurs) et avec des forces politiques influentes, comme les citoyens et les salariés.

Les stratégies à appliquer pour surmonter ces obstacles varieront d'un pays à l'autre, mais des approches communes sont perceptibles. Presque partout, l'impulsion politique, donnée d'abord par le chef de l'Etat, est un élément indispensable au succès des programmes de réforme. Le Sommet mondial pour les enfants de 1990 a été un bon moyen pour mobiliser l'attention et la volonté d'action des chefs d'Etat (voir Encadré 2 dans le Sommaire). Les hauts fonctionnaires des ministères de la santé peuvent être fortement influencés par les opinions des milieux internationaux de la santé, en particulier de l'OMS et des autres grands donateurs, et par leur participation à des réunions et séminaires internationaux sur la politique et la gestion de la santé.

Les associations professionnelles peuvent être à même de contribuer à la réorientation des profession-

nels de la santé, en particulier des médecins. En faisant appel au sens des responsabilités sociales de ces associations, il a été possible de faire avancer la cause de la médecine préventive, aux Etats-Unis et ailleurs. Toutefois, ces groupes sont souvent ceux qui résistent le plus aux changements. Le remaniement des programmes des écoles de médecine et des écoles de soins infirmiers, pour mettre davantage l'accent sur la santé publique et la pratique généraliste, semble devoir être un moyen plus efficace de gagner l'appui des médecins et du personnel infirmier.

L'opinion publique peut être un puissant catalyseur de réforme dans le secteur de la santé, non seulement dans les pays industriels mais aussi dans des pays en développement comme l'Afrique du Sud, le Brésil, le Chili et le Nigéria, ainsi qu'en Europe de l'Est. L'existence d'une presse libre et d'associations de défense du consommateur est importante pour l'expression des idées des uns et des autres sur la réforme de la santé et l'instauration d'un débat public.

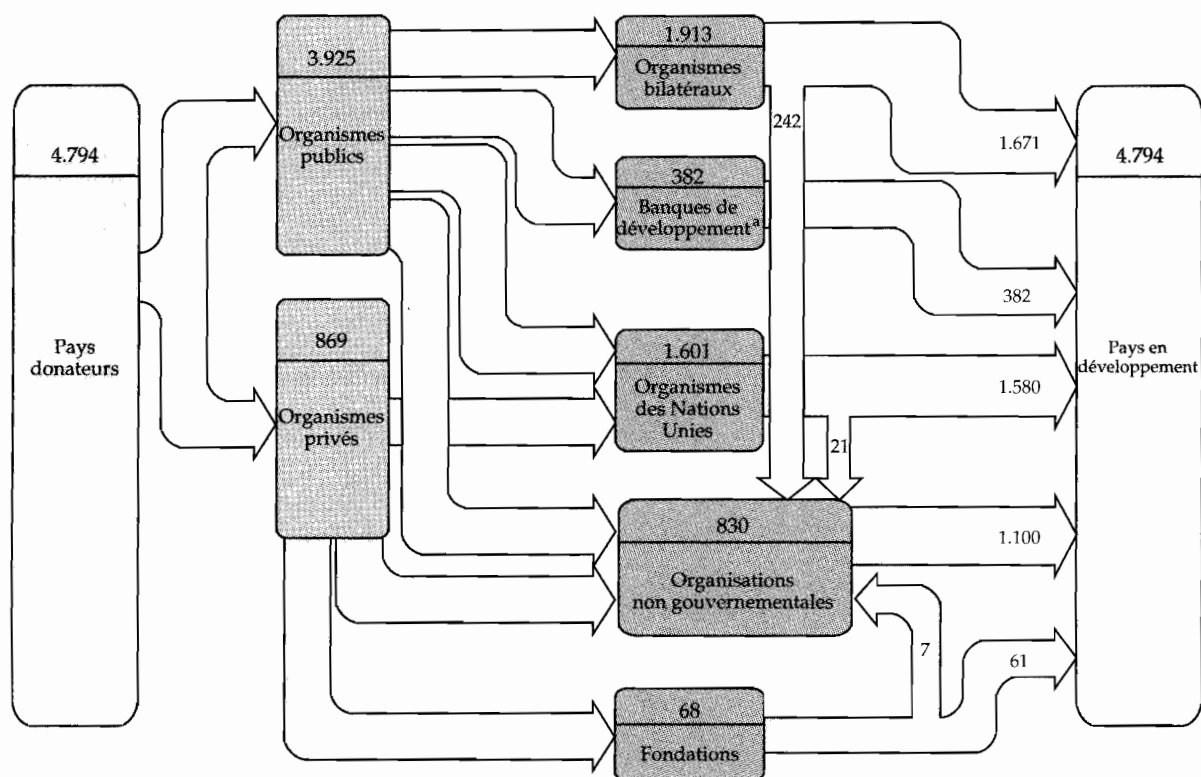
Dans de nombreux pays, il faudra réorienter progressivement les ressources, au lieu de le faire radicalement en un ou deux ans, afin que les classes moyennes et la population urbaine demeurent acquises à la réforme de la politique de santé — y compris à la réorientation des dépenses publiques dans un sens moins favorable aux soins de type tertiaire de manière à privilégier la santé publique et les soins cliniques destinés aux pauvres. C'est pourquoi le financement universel assuré — ou exigé — par l'Etat d'un niveau minimum de services est souvent préférable à une approche très ciblée, qui risque de saper la base politique des réformes. De même, le maintien dans le secteur public de certains hôpitaux dispensant des soins tertiaires de qualité, parallèlement à la réduction progressive des subventions à ces soins, dont bénéficient les riches, est peut-être politiquement plus facile à réaliser qu'un désengagement rapide au profit du secteur privé. Un soutien financier extérieur peut aider les pays à faire face à ces choix politiquement difficiles et faciliter le processus réformateur.

Aide internationale à la santé

Après une croissance rapide dans les années 70, l'aide extérieure au secteur de la santé a stagné au cours des années 80. Sa part de l'aide publique au développement est revenue de 7 % en moyenne entre 1981 et 1985 à 6 % entre 1986 et 1990. En 1990, le montant total de l'aide au secteur de la santé s'élevait à 4,8 milliards de dollars — dont près de 4 milliards provenaient de l'aide publique au développement et 0,8 milliard d'ONG et de fondations (Figure 7.1). Cela représente environ un dollar par personne dans les pays en développement. (Le chiffre indiqué pour l'aide publique au développement est calculé sur la base des indications fournies par les gouvernements donateurs. Seulement 3,3 milliards de dollars sur les 4 milliards

L'aide que les pays en développement reçoivent de l'extérieur pour la santé provient d'un grand nombre de sources, publiques et privées.

Figure 7.1 Décaissements d'aide extérieure au secteur de la santé, 1990
(millions de dollars)



a. Y compris 84 millions de dollars de prêts non concessionnels.
Source : Michaud et Murray, document d'information.

peuvent être comptés comme reçus par les divers pays; c'est le montant qui apparaît dans le total estimatif des dépenses de santé indiqué au Chapitre 3 et dans le Tableau A.9 de l'Annexe.) Les organismes bilatéraux étaient les principaux bailleurs de fonds (avec une part de 40 %), suivis par les institutions du système des Nations Unies (33 %), les ONG (17 %), les banques de développement (8 %) et les fondations (2 %).

Cette aide a maintenant tendance à être acheminée de plus en plus par des circuits multilatéraux. La part de l'aide multilatérale est ainsi passée de 25 % en 1980 à 40 % en 1990 et elle devrait être de plus de 50 % en 1995. Comme les prêts de la Banque mondiale au secteur de la santé ont quadruplé au cours des six dernières années, le montant de ses décaissements devrait passer de 350 millions de dollars environ en 1992 à 1 milliard de dollars environ en 1995, ce qui fera de la Banque mondiale le principal bailleur de fonds pour la santé. Comme la portion d'aide aux pays à revenu intermédiaire fournie par la Banque mondiale et d'autres banques de développement est

de l'aide accordée à des conditions non concessionnelles, une partie de l'augmentation prévue pour les prêts au secteur de la santé comportera un durcissement des conditions. Il serait souhaitable que les branches concessionnelles des banques de développement (comme l'Association internationale de développement de la Banque mondiale) augmentent, elles aussi, leur aide au secteur de la santé.

Le montant de l'aide à ce secteur a stagné, et sa part dans l'aide au développement totale a diminué, bien que la santé figure toujours parmi les préoccupations des donateurs. Au cours des dix dernières années, les Nations Unies et d'autres organisations internationales ont invité les pays en développement eux-mêmes et la communauté des donateurs à accroître leurs investissements de valorisation des ressources humaines, y compris de santé. Dans son *Rapport annuel sur le développement humain*, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a recommandé aux donateurs d'allouer davantage de ressources à ce secteur, et dans ses récents *Rapports*

sur le développement dans le monde, la Banque mondiale a fait des recommandations analogues. Celui de 1990 envisageait d'accroître l'aide de 3 % par an au cours des années 90 pour soutenir des activités de lutte contre la pauvreté, notamment les soins de santé de base. La communauté des donateurs doit revoir ces objectifs en tenant compte des tendances actuelles de l'aide au secteur de la santé.

La part d'aide attribuée au secteur de la santé devrait retrouver immédiatement son précédent niveau de 7 % de l'aide publique au développement pour augmenter ensuite substantiellement au cours des cinq prochaines années. Cela aurait une incidence considérable sur l'état de santé des pauvres, surtout si l'aide supplémentaire sert à couvrir le coût transitoire de la réorientation des ressources publiques vers des actions de santé publique, vers les soins cliniques essentiels et vers les programmes de lutte contre des maladies comme la tuberculose et le SIDA, dont le financement est très insuffisant. Une augmentation de 2 milliards de dollars, par exemple, de l'aide extérieure permettrait de financer le quart du coût additionnel estimatif d'un programme de santé publique de base dans les pays à faible revenu et du renforcement des mesures de lutte contre le SIDA. Une telle augmentation, qui porterait de 6 à 9 % la part de l'aide publique totale au secteur de la santé, serait réalisable si les autres donateurs augmentaient leurs dépenses en faveur de la santé dans les mêmes proportions que la Banque mondiale prévoit de le faire dans les prochaines années. Cela serait conforme aussi à la proposition faite dans le *Rapport sur le développement humain de 1993* du PNUD (également approuvé par l'UNICEF), qui demande que 20 % de l'aide soit consacrée à la santé, à l'éducation, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement, ainsi qu'à la protection de l'environnement au bénéfice des pauvres du monde entier.

Outre la programmation annuelle et pluriannuelle de l'aide à laquelle procèdent habituellement les différents donateurs, diverses possibilités se présentent à la communauté internationale pour mobiliser davantage de ressources financières en faveur de la santé. L'annonce coordonnée de contributions pour l'ensemble du secteur dans le cadre de réunions de groupes consultatifs et de tables rondes de donateurs a été pratiquée avec succès pour des pays comme la Tanzanie et la Zambie. Il y a aussi la méthode qui consiste à annoncer des contributions en faveur de programmes particuliers, comme cela s'est fait, ces dernières années, lors des douzaines de réunions de donateurs convoquées par l'OMS pour soutenir les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Le rôle des échanges de dettes contre des investissements de développement comme moyen de dégager des ressources supplémentaires pour les services de santé financés par les Etats ou les ONG devrait être évalué dans cette optique. L'Equateur, le Soudan et le Zimbabwe ont déjà eu recours à cette formule, et le Nigéria étudie la

possibilité d'échanger une grande partie de sa dette extérieure contre des dépenses publiques supplémentaires en services de santé essentiels.

Améliorer l'efficacité de l'aide au secteur de la santé

Il est essentiel que les donateurs et les pays en développement s'attachent à améliorer l'efficacité de l'aide actuelle et future au secteur de la santé, en particulier dans les pays à faible revenu où cette aide représente déjà une part importante des dépenses de santé. En Afrique, l'aide représente en moyenne 10 % des dépenses nationales de santé (Tableau 7.2), ou 20 % si l'on exclut l'Afrique du Sud. Elle en représente plus de la moitié dans des pays comme le Burkina Faso, la Guinée-Bissau, le Mozambique, la Tanzanie et le Tchad. Dans ces pays, les donateurs financent une grande partie des dépenses de fonctionnement et d'équipement du secteur. Au Mozambique, par exemple, l'aide représentait en 1991 plus de la moitié des dépenses renouvelables et 90 % des dépenses d'équipement de santé. Même dans les pays où elle ne représente pas plus de 2 % des dépenses de santé totales, comme c'est le cas dans les autres régions en développement, son utilisation plus rationnelle serait encore un puissant catalyseur de réformes.

Les leçons générales concernant l'amélioration de l'efficacité de l'aide s'appliquent également au secteur de la santé (Encadré 7.4). Les donateurs doivent définir avec soin leurs priorités et répartir leurs ressources en conséquence. Leur aide serait beaucoup plus profitable s'ils l'orientaient davantage vers des actions de santé publique et des services cliniques essentiels, en particulier dans les pays à faible revenu. Il serait bon aussi qu'ils mettent l'accent sur le renforcement des capacités, la recherche et la réforme de la politique de santé. Les pays qui se montrent prêts à améliorer l'accès des pauvres aux services de santé et

Tableau 7.2 Aide publique au développement destinée au secteur de la santé, par région démographique, 1990

Région	Aide reçue par le secteur de la santé (millions de dollars)	Aide au secteur de la santé par habitant (dollars)	Aide au secteur de la santé en pourcentage des dépenses de santé
Afrique subsaharienne	1.251	2,45	10,4
Autres pays et îles d'Asie	594	0,87	1,4
Amérique latine et Caraïbes	591	1,33	1,3
Croissant moyen- oriental	453	1,31	1,3
Inde	286	0,34	1,6
Chine	77	0,07	0,6

Source : Michaud et Murray, document d'information.

Encadré 7.4 Aide au secteur de la santé et efficacité de cette aide

Des études récentes sur l'efficacité de l'aide, notamment une étude classique demandée en 1986 par la communauté internationale des bailleurs de fonds, aboutissent toutes à la même conclusion : la majeure partie de l'aide a été bien utilisée, mais une part importante — peut-être le tiers ou davantage — l'a été beaucoup moins, et une petite partie n'a pas atteint son objectif ou a même été préjudiciable aux pays. Ces moyennes très générales dissimulent d'importantes différences régionales : les meilleurs résultats ont été obtenus en Asie et en Amérique latine et les pires en Afrique subsaharienne. C'est dans les pays les plus pauvres, là où l'efficacité de l'aide est le plus nécessaire, que les résultats ont été les moins bons.

Les mauvais résultats sont imputables à la fois aux donateurs et aux bénéficiaires. Les pays pauvres et ceux qui sont en proie à des conflits politiques et à l'instabilité constituent un environnement peu propice à l'aide, car ils manquent de capacités administratives et d'infrastructure. Dans bien des cas, ces difficultés sont aggravées par la poursuite de politiques malavisées. Certains projets d'aide ont été mal conçus, à la fois sur le plan technique et en raison de la méconnaissance du contexte humain, social, insti-

tutionnel et politique. De plus, la coordination des activités est insuffisante des deux côtés. Les donateurs poursuivent leurs propres objectifs sans chercher à savoir si leur aide vient compléter celle des autres et, trop souvent, les bénéficiaires cherchent à jouer de la rivalité entre donateurs, tandis que ministres et ministères ne se soucient que de leurs propres problèmes au lieu de rechercher l'intérêt national.

D'une manière générale, l'aide au secteur de la santé a donné de bons résultats techniques. Elle s'est bien intégrée aux priorités du développement, en particulier au cours des dernières années, à mesure qu'à la concentration des ressources sur les soins hospitaliers et à un type de médecine curative à haute technicité a fait place le souci de privilégier les soins de santé primaires et les soins préventifs. Il y a eu aussi de beaux succès — dans le cas, principalement, d'initiatives très ciblées comme le programme d'éradication de la variole, la campagne contre la mortalité infantile et le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique. Il reste à faire en sorte que l'aide contribue à la mise en place et au fonctionnement de programmes de santé publique et de services cliniques essentiels adaptés aux besoins locaux.

à réformer le système de santé devraient être de solides candidats à l'aide.

Dans ses prêts au secteur de la santé, dont le montant a presque quadruplé au cours des dernières années, la Banque mondiale insiste de plus en plus sur la nécessité de réformer la politique de santé (Encadré 7.5). Pour certains donateurs, redistribuer les priorités, cela voudrait dire moins dépenser pour les hôpitaux, pour l'achat de matériel médical ultra-perfectionné et pour la formation des spécialistes. Entre 1988 et 1990, le Japon a consacré plus de 33 % de son aide bilatérale au secteur de la santé à la construction d'hôpitaux, la France 25 %, l'Allemagne près de 15 % et l'Italie à peu près autant.

Dans le domaine de la santé publique et des soins cliniques essentiels, plusieurs domaines d'intervention appellent une plus grande attention de la part des donateurs : la lutte contre la tuberculose, le Programme élargi de vaccination, l'apport supplémentaire de micronutriments, la lutte contre le SIDA et les programmes de lutte contre le tabagisme. La charge de morbidité qui leur est imputable est considérable, parfois parce que la progression rapide de la menace est passée inaperçue. La maîtrise de ces problèmes engendre d'importantes externalités ou économies d'échelle. Souvent, leur solution exige un effort mondial.

Une meilleure coordination des projets et des stratégies des donateurs permettrait d'accroître considérablement l'efficacité de l'aide extérieure au secteur de la santé. La fragmentation de cette aide est depuis

longtemps un problème dans de nombreux pays, dont elle grève lourdement des services administratifs déjà à la limite de leurs capacités. Dans le pire des cas, cette fragmentation peut se traduire par l'application de politiques qui vont en sens contraire. Ainsi, il y a peu de temps, dans un pays d'Afrique de l'Ouest, trois politiques de recouvrement des coûts différentes, correspondant à trois organismes donateurs distincts, étaient appliquées dans différentes régions du pays. Les dangers de la fragmentation sont particulièrement grands dans les pays pauvres, où les donateurs choisissent de concentrer leurs activités de santé dans des provinces ou des districts différents et perdent de vue ou entravent ainsi l'élaboration des politiques nationales.

Il y a fort à faire pour améliorer la coordination entre les donateurs aux niveaux mondial et régional, mais surtout au niveau des pays. Les donateurs peuvent arrêter avec ces derniers une stratégie nationale de santé et d'assistance, ce qui est particulièrement efficace si le gouvernement prend en main la planification et la coordination entre les donateurs, comme cela s'est fait récemment au Zimbabwe. Les donateurs peuvent aussi former de vastes consortiums pour financer des programmes nationaux, comme dans le cas des programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale au Bangladesh. (L'exemple de ces deux pays est analysé dans l'Encadré 7.6.) Le moins que les donateurs puissent faire est de constituer des groupes locaux informels qui se réunissent périodiquement pour examiner les progrès

accomplis et les problèmes rencontrés dans le secteur de la santé, comme cela s'est fait au Mozambique et au Sénégal.

L'efficacité d'utilisation de l'aide au secteur de la santé dépend en grande partie du renforcement des capacités locales de planification et de gestion des systèmes de santé. Il faut, pour cela, consolider les organismes publics chargés du financement et de la prestation des services de santé, à la fois par une réorganisation générale de la fonction publique et par des réformes dans le secteur de la santé. Les donateurs peuvent jouer à cet égard un rôle important en encourageant la décentralisation et la mise en oeuvre d'autres réformes de structure et en apportant leur concours à ceux qui sont chargés de l'élaboration des politiques nationales de santé. Il faut aussi soutenir des initiatives telles que le Programme international pour une politique de santé, qui bénéficie de l'aide d'une fondation, et les projets bilatéraux de formation

de spécialistes de la planification et de la gestion de la santé, d'économistes et de sociologues.

Programmes internationaux de recherche-développement dans le domaine de la santé

Les investissements de recherche-développement dans le domaine de la santé ont largement contribué à l'amélioration de la situation sanitaire dans le monde. C'est ainsi que le programme de recherche sur les maladies tropicales et le programme de recherche en reproduction humaine, financés par des donateurs et exécutés par l'OMS, ont permis de mettre au point ou d'améliorer un certain nombre de médicaments et de tests de diagnostic et contribué au renforcement des capacités de recherche dans les pays en développement. Pourtant, d'après le rapport de la Commission de la recherche sur la santé pour le développement, publié en 1990, 5 % seulement des

Encadré 7.5 L'aide de la Banque mondiale à la réforme du secteur de la santé

L'aide de la Banque mondiale au secteur de la santé a augmenté de manière spectaculaire au cours des six dernières années. Le nombre de nouveaux projets de santé, de population et de nutrition qui bénéficient d'un financement de la Banque est passé de huit par an en moyenne pendant les exercices 87 à 89 à 21 pendant les exercices 90 à 92, et le montant des crédits et des prêts engagés annuellement est passé, pendant la même période, de 317 millions de dollars à 1.151 millions de dollars. En juin 1992, 81 projets de santé financés par la Banque étaient en cours d'exécution. Les projets de santé, de population et de nutrition représentaient en 1991 près de 7 % des nouveaux prêts consentis par la Banque, contre moins de 1 % en 1987.

Si la plupart de ces projets continuent, comme par le passé à soutenir les services de santé de base — et notamment l'infrastructure et le personnel de santé de district, la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses —, la Banque mondiale cherche de plus en plus à encourager la mise en oeuvre de réformes générales dans le secteur de la santé. Ainsi, dans le cadre d'un projet récent, le Gouvernement mauritanien a élaboré un plan de financement destiné à améliorer l'accès de la population, qui est très dispersée, aux services de santé de base. La part du budget de fonctionnement général allouée au Ministère de la santé publique passera de 5,5 % en 1992 à 7,5 % en 1996 et un système de participation de la collectivité aux coûts va être mis en place dans 3 des 13 régions du pays afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des services. Les recettes proviennent essentiellement de la vente de médicaments, organisée et gérée par les centres de santé locaux.

En Tunisie, les autorités poursuivent de vastes réformes : il s'agit notamment d'accorder aux établissements de santé une plus grande autonomie de gestion et de décentraliser les ressources au niveau régional. On

encourage les médecins, le personnel infirmier et les autres personnels de santé à travailler dans des centres de santé mieux équipés et dans d'autres établissements de base. Les autorités sont aussi en train de réviser le système de financement de la santé : le barème des tarifs a été mis à jour, de nouvelles règles d'exemption ont été établies en faveur des pauvres et les prestations de santé couvertes par les régimes d'assurance actuels ont été modifiées. Le Projet de restructuration du secteur hospitalier, soutenu par la Banque mondiale, aide à l'amélioration des systèmes de gestion et de la qualité des services dans les principaux hôpitaux publics, qui ont obtenu récemment le statut d'établissements autonomes. Ce projet est imbriqué avec celui que la Banque mondiale finance parallèlement dans le domaine de la population et de la santé familiale, et dont le but est d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé publique et des soins cliniques essentiels, en particulier pour les mères et les enfants. On espère que l'amélioration des services de base dans les centres de santé entraînera une diminution de la demande de soins hospitaliers et contribuera ainsi à freiner l'expansion des hôpitaux.

En Roumanie, le Projet de remise en état du secteur de la santé vise à soutenir les efforts des autorités pour diversifier les sources de financement de la santé et réduire ainsi la dépendance du secteur vis-à-vis du budget de l'Etat, mis à rude épreuve par la précarité et l'instabilité de la situation macroéconomique et par le renchérissement des soins de santé. Le gouvernement tente, à titre expérimental, de décentraliser, au niveau de trois sous-régions, l'élaboration de la politique de santé ainsi que la planification, la gestion et l'évaluation du secteur. Il étudie aussi les moyens de créer un cadre juridique et réglementaire de nature à favoriser la réforme du financement de la santé.

Encadré 7.6 Coordination de l'aide extérieure au secteur de la santé au Zimbabwe et au Bangladesh

Au Zimbabwe, le Deuxième projet de santé familiale (1992-96) est l'aboutissement d'une longue concertation entre le gouvernement, la Banque mondiale et d'autres donateurs multilatéraux et bilatéraux. D'un montant de 120 millions de dollars, ce projet vise à soutenir le programme d'investissement quinquennal du pays dans le secteur de la population, de la santé et de la nutrition et est conçu pour profiter directement aux ménages économiquement faibles, en particulier aux femmes et aux enfants. Le Zimbabwe est entré dans une phase d'ajustement économique qui nécessitera une compression des dépenses. Le projet aidera à protéger les ménages pauvres et vulnérables contre certains effets pervers de l'ajustement en mobilisant des ressources supplémentaires pour la mise en valeur des ressources humaines et en améliorant l'équité et l'efficacité des dépenses.

Dès le début du projet, l'accent a été mis sur la participation locale. Le comité chargé de préparer le projet comprenait des représentants de différents services de l'administration centrale, des administrations provinciales et du Conseil national de planning familial. Le comité a établi des principes directeurs pour la planification, notamment une première esquisse des composantes du projet, de son coût et de son financement. Sur cette base, des propositions ont été formulées localement, puis soumises à l'examen du comité et des donateurs intéressés.

A peu près tous les principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé au Zimbabwe ont participé à la planification du projet en désignant des représentants et des techniciens spécialisés pour faire partie de l'équipe de donateurs qui a conseillé le gouvernement pour la conception du projet. Celui-ci aura, finalement, bénéficié de concours financiers de la Banque mondiale, de la Communauté européenne, du Danemark, de la Norvège, du Royaume-Uni et de la Suède. Les bailleurs de fonds suivent conjointement, et non plus séparément, l'exécution du projet, de sorte que son évaluation leur prend moins

de temps et que le gouvernement voit ses tâches administratives allégées d'autant.

Au Bangladesh, la Banque mondiale et 10 organismes bilatéraux financent conjointement le Quatrième projet population et santé, avec une contribution totale de 440 millions de dollars, le gouvernement apportant pour sa part 165 millions de dollars, soit un montant total de 605 millions de dollars pour les cinq années du projet. Le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), l'OMS et l'UNICEF se chargent de la gestion du projet, de la passation des marchés et de l'assistance technique. Les partenaires appartiennent tous au consortium constitué pour la population et la santé au Bangladesh, qui s'est révélé être une importante force collective dans le secteur de la santé. La Banque asiatique de développement s'est jointe à ce consortium afin de veiller à ce que ce projet concorde avec son propre projet de 60 millions de dollars en matière de population et de santé au Bangladesh.

Pendant l'élaboration du projet, le gouvernement et les donateurs ont organisé plusieurs ateliers à Dacca et tenu une conférence spéciale à Genève. Ces ateliers ont permis de forger un consensus sur les stratégies à adopter en matière de population et de santé. Le fait d'être réunis en un consortium permet au gouvernement et aux donateurs d'arrêter ensemble une stratégie globale et de définir un plan de financement cohérent pour le secteur. Le consortium fonctionne sur le principe de l'égalité de tous les membres, indépendamment du montant de leurs contributions financières.

Outre le renforcement du programme de population du Bangladesh ainsi que de son système de prestations des services de planning familial, le consortium s'est donné aussi pour objectif la réorientation du système de santé vers la santé publique, notamment la santé maternelle. Il s'efforce aussi de rendre les services de base plus aisément accessibles aux pauvres des villes et des campagnes.

dépenses mondiales de recherche sur la santé vont à des travaux concernant les problèmes de santé propres aux pays en développement et moins de 10 % de l'aide des bailleurs de fonds à la santé vont à la recherche dans le domaine biomédical aussi bien que dans celui des sciences sociales.

La commission a décelé plusieurs lacunes graves dans le système international de recherche-développement en santé. Les compétences de l'industrie pharmaceutique mondiale ne sont pas convenablement mises à profit pour l'élaboration de médicaments et de vaccins qui permettraient de réduire la mortalité due aux maladies infantiles. L'évaluation des technologies laisse à désirer, de même que la recherche sur les politiques de santé nécessaire pour trouver des modes de financement et de prestation des services de santé qui soient plus équitables et plus

efficaces. Mais, surtout, la commission a noté l'extrême insuffisance des moyens de recherche locaux dans les pays en développement. Plusieurs initiatives de recherche prometteuses, comme l'Initiative pour les vaccins de l'enfance et les programmes de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires, la tuberculose, les carences en micronutriments et les parasitoses, souffrent de la faiblesse et de la précarité des contributions des donateurs. En général, l'insuffisance des crédits de recherche est aggravée par la faible capacité des donateurs à se tenir au courant des propositions de recherche les plus récentes et de déterminer celles qu'il conviendrait de financer en priorité.

Pour contribuer à stabiliser le financement de la recherche, pour mieux en fixer les priorités et pour en accroître l'efficacité, pays en développement, donateurs et chercheurs devraient envisager la création

d'un mécanisme mondial de coordination de la recherche internationale dans le domaine de la santé. Plusieurs mécanismes institutionnels peuvent être envisagés — des réseaux bien définis de centres de recherche, des organismes consultatifs informels et, pour centraliser l'aide extérieure, la constitution de fonds mondiaux. Les mécanismes de ce type qui existent déjà dans d'autres secteurs, tels que le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale et le Fonds pour l'environnement mondial, peuvent servir de modèles pour améliorer la coordination de la recherche internationale en santé.

Relever les défis de la réforme des politiques de santé

Si l'on veut accélérer les importants progrès accomplis au cours des dernières décennies dans le domaine de la santé, en particulier de la santé des pauvres dans les pays en développement, l'ordre du jour de la réforme est clair. Il faut notamment accélérer la croissance économique globale et développer l'instruction de base, en particulier celle des filles; réorienter les dépenses publiques de soins de santé tertiaires et de formation de spécialistes vers les actions de santé publique et les services cliniques essentiels; encourager la diversification et la concurrence dans le domaine des soins cliniques, ainsi que l'adoption de régimes d'assurance qui permettent d'avoir la maîtrise des coûts; accroître l'efficacité des services de santé du secteur public; renforcer la participation des communautés et des ménages à la promotion de comportements meilleurs pour la santé et à la gestion des services de santé locaux.

Pour mettre en œuvre ce programme de réformes, les dirigeants des pays en développement et les représentants de la communauté internationale des donateurs auront à surmonter un certain nombre d'obstacles difficiles. L'évolution du profil démographique des pays en développement, notamment le vieillissement de la population, est en train de modifier les schémas pathologiques. L'apparition de menaces microbiennes, comme le SIDA et la résistance de certaines souches du bacille de Koch et de certains parasites du paludisme aux médicaments, nécessite des changements de comportement individuel, de nouveaux médicaments et des modes de prestations des services plus efficaces.

Dans presque tous les pays, les réformes préconisées ici provoqueront une levée de boucliers de la part de différents groupes d'intérêts. Les personnels de santé s'opposeront à des changements qui menacent la sécurité de leur emploi, leurs revenus et leur autonomie professionnelle. Les sociétés pharmaceutiques, les fabricants de matériel médical et autres fournisseurs tenteront de faire obstacle à des mesures qui, à leurs yeux, portent atteinte à leurs marchés, à leurs revenus et à leurs profits. Les élites politiques et économiques et les associations professionnelles chercheront à faire en sorte que l'Etat continue à subven-

tionner des régimes d'assurance et des services de santé dont ils bénéficient et à défendre leur accès privilégié aux soins cliniques.

Au-delà, il faudra se rendre à l'évidence qu'il n'est pas de paradigme simple pour guider le choix d'une politique de santé. L'application des principes du libéralisme dans le domaine de la santé publique et des soins cliniques se solde souvent par un échec et, si l'Etat intervient dans le financement et la prestation des services, comme il le fait souvent, l'échec peut être tout aussi cuisant. Pour éviter cela, il faut que l'Etat réglemente de manière appropriée l'activité des prestataires de services et fournisseurs de facteurs de santé et du secteur privé et qu'il finance en même temps tout un ensemble d'activités de santé publique et de services cliniques essentiels d'un bon rapport coût-efficacité. Mais cela nécessite de solides institutions publiques et privées — et cette capacité institutionnelle fait sérieusement défaut dans de nombreux pays en développement.

Malgré tous ces obstacles, certains programmes d'intervention ont été couronnés de succès, comme le programme d'éradication de la poliomyélite et celui de lutte contre l'onchocercose, et des résultats plus limités, mais quand même importants, ont été obtenus dans le cadre de réformes sectorielles plus larges dans des pays comme le Chili, la Tunisie et le Zimbabwe, ainsi que dans de nombreux pays de l'OCDE. Il faut maintenant que ces succès se multiplient, en particulier sur le plan des réformes sectorielles, pour que les pays puissent remédier aux graves insuffisances de leurs actuelles structures institutionnelles et poser les bases d'une amélioration future des niveaux de vie.

Les gouvernements des pays en développement doivent s'employer davantage à mettre en pratique le discours actuel sur la nécessité de redistribuer les ressources, d'élargir l'accès aux soins et d'en améliorer l'efficacité. Il faudra, pour cela, accélérer de façon soutenue la croissance macroéconomique. De nombreux pays devront aussi entreprendre de profondes réformes politiques dans le sens d'une participation accrue de la population aux décisions et d'une plus grande responsabilisation des gouvernants en ce qui concerne leurs dépenses de santé, la prestation des services et l'exercice de leur pouvoir réglementaire.

Quant à la communauté des donateurs, elle devra soutenir par des actions concrètes son engagement verbal à lutter contre la pauvreté et à investir dans la santé et la valorisation des ressources humaines. Il lui faudra, en particulier, s'employer davantage à appuyer, dans les pays en développement, la formulation de politiques de santé mieux appropriées aux besoins ainsi que de programmes de réformes plus efficaces. Comme on le montre dans le présent Rapport, les donateurs pourront le faire en prenant en charge une partie des coûts transitoires de la réorientation des ressources budgétaires vers l'application de mesures de santé publique et la fourniture des

soins cliniques essentiels, en renforçant les capacités locales de planification, de gestion et de recherche, et en faisant des évaluations judicieuses sur le rapport coût-efficacité des interventions et la réforme des systèmes dans le monde.

Si les gouvernements de ces pays et les donateurs acceptent de relever ces défis et souscrivent aux grandes réformes de la santé décrites ici, les prochaines

années verront se produire une amélioration spectaculaire des conditions de vie. Cela permettra de réduire considérablement l'actuelle charge de morbidité — réduction qui pourrait atteindre le quart. Et dans le monde entier, les gens, et en particulier le milliard et quelques de ceux qui vivent actuellement dans la pauvreté, vivront plus longtemps, en meilleure santé, une vie plus productive.



Remerciements

L'établissement du présent Rapport doit beaucoup aux idées aux éléments d'information technique et à l'analyse critique d'un grand nombre d'individus et d'organisations. Les remerciements adressés à ceux qui ont contribué aux différents chapitres figurent dans la Notice bibliographique. Cet ouvrage a par ailleurs bénéficié du précieux concours du Comité directeur de l'Organisation mondiale de la santé et d'un Comité consultatif; il s'est aussi fortement inspiré d'une série de consultations sur des thèmes précis ainsi que d'une série de séminaires organisés pour la plupart à la Banque mondiale. On trouvera ci-après la liste des personnes extérieures à la Banque mondiale qui ont contribué au présent Rapport dans le cadre de ces comités, consultations ou séminaires.

Comité directeur de l'Organisation mondiale de la santé

Ce comité a coordonné les principaux concours que l'OMS a apportés à la réalisation du *Rapport sur le développement dans le monde*, sa participation aux consultations et son analyse critique des différentes versions intermédiaires.

Président : Jean-Paul Jardel

Membres : Andrew L. Creese, Michel Jancloes, Yuji Kawaguchi, R. Srinivasan et Muthu Subramanian

Comité consultatif

Le Comité consultatif s'est réuni à la Banque mondiale, à Washington, du 7 au 9 octobre 1992; des membres du comité ont aussi fait par la suite l'analyse critique d'une version préliminaire du Rapport.

Président : Richard G. A. Feachem

Membres : Jane C. Baltazar, José Barzellato, Mayra Buvinić, Lincoln C. Chen, Antoine Degremont,

Nicholas Eberstadt, John Evans, Mahbub ul Haq, Peter Heller, Abraham Horwitz, Jean-Paul Jardel, Richard Jolly, Somkid Kaewsonthi, Pangu Kasa-Asila, Adolfo Martínez-Palomo, David N. Nabarro, Gen Ohi, Richard Peto, Kenneth I. Shine, Pravin Visaria et Richard Zeckhauser

Consultations

1. Examen à l'échelon ministériel des questions de transition sanitaire

Du 22 au 26 juin 1992, Centre d'études et de conférences de Bellagio, Villa Serbelloni, Bellagio, Italie. Consultation en partie financée par la Fondation Rockefeller.

Participants : Alfredo R. A. Bengzon, Richard G. A. Feachem, Julio Frenk, Mamdouh Gabr, Demissie Habte (a présenté des commentaires écrits), Scott Halstead, Jean-Paul Jardel, Jorge Jiménez de la Jara, Jeffrey R. Koplan, Marthini K. Budi Salyo, Adolfo Martínez-Palomo, Piotr Mierzewski, Rajiv L. Misra, W. Henry Mosley, Samuel Ofosu-Amaah, Raphael Owor, Olikoye Ransome-Kuti et Leonardo Santos Simão

2. Interventions concernant les désordres du système nerveux

6 et 7 juillet 1992, Organisation panaméricaine de la santé, Washington

Président : Benedetto Saraceno

Participants : Antonio Campino, Vijay Chandra, Brian Cooper, Bulent Coskun, Marcelo E. Cruz, Mary Jane England, John T. Farrar, Jefferson Fernandes, R. Juan Ramon de la Fuente, Walter Gulbinat, Itzhak Levav, Thomas McGuire, Kay Redfield Jamison, Norman Sartorius, Carole Siegel, Donald H. Silverberg, T. Takayanagi et Richard Jed Wyatt

3. Flux d'aide internationaux vers le secteur de la santé

27 août 1992, Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Massachusetts

Président : David Bell

Participants : Lincoln C. Chen, Nick Drager, Ramesh Govindaraj, Eva Jespersen, Catherine Michaud, Christopher J. L. Murray et David Parker

4. Investir dans la recherche sanitaire

16 septembre 1992, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse. Cette consultation a bénéficié d'un soutien financier au titre du Programme spécial OMS/PNUD/Banque mondiale pour la recherche et la formation dans le domaine des maladies tropicales.

Président : Carlos Morel

Participants : Eusebe Alihouno, Barry R. Bloom, David J. Bradley, Barbro Carlsson, Gelia T. Castillo, Jacqueline Cattani, Anthony Cerami, Joseph A. Cook, Henry Danielsson, Ronald W. Davis, Peter de Raadt, David Evans, Esmat Ezzat, Tore Godal, Melba Gomes, E. Robert Greenberg, Win E. Gutteridge, Ralph H. Henderson, H. Robert Horvitz, Nathan K. Kere, Veronique Lawson, David N. Nabarro, Richard Peto, Vulimiri Ramalingaswami, Peter Reeve, Hans Remme, Lateef Akinola Salako, Ebrahim M. Samba, Vladimir Petrovich Sergiev, Carol Vlassoff, Gabisiu A. Williams et Richard Wilson

5. Flux de ressources vers le secteur de la santé

21 septembre 1992, Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Massachusetts

Président : William Hsiao

Participants : Sudhir Anand, Peter Berman, Mirnal Dutta Choudray, Gnanaraj Chellaraj, Lincoln C. Chen, Michel Cichon, Andrew Creese, Ramesh Govindaraj, Catherine Michaud, Christopher J. L. Murray, Sudhakar Rao et George Scheiber

6. Politique de lutte contre le SIDA

5 et 6 novembre 1992, Fondation Rockefeller, New York. Consultation financée par la Fondation Rockefeller et l'Agence danoise de développement international.

Président : Robert S. Lawrence

Participants : Roy Anderson, José Barzellato, Seth Berkley, Robert Black, Kevin De Cock, Richard G. A. Feachem, Penelope Hitchcock, King Holmes, Robert

E. Howells, Jane Hughes, Peter Lampthey, Jonathan Mann, Michael Merson, Daan Mulder, Peter Piot, Peer Sieben, Werasit Sittirai, Judith Wasserheit, Fernando Zacharias et Richard Zeckhauser

7. Santé en milieu urbain

Du 9 au 11 novembre 1992, Bâle, Suisse. Cette consultation a bénéficié de l'appui financier de la Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire (Suisse) et de l'Institut tropical suisse.

Coprésidents : Marcel Tanner et Trudy Harpham

Participants : Antoine Degremont, Maria Elena Ducci, Lilia Durán Gonzales, Paul Garner, Greg Goldstein, Emile Jeannée, Matthias Kerker, Peter Kilima, Nicolaus Lorenz, Ngudup Paljor, Voahangy Ramahatafandry, Alessandro Rossi-Espagnet, John Seager, Gustavo A. Torres et Charles Yesudian

8. Ressources humaines pour la santé

18 et 19 novembre 1992, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. Cette consultation a bénéficié du soutien financier de l'Agence canadienne de développement international.

Coprésidents : Julio Frenk et Victor Neufeld

Participants : Orvill Adams, Barbara Carpio, Gilles Dussauld, John Evans, Alfonso Mejía, Hiroshi Nakatani, Kenneth Ojo, Una Reid, Charas Suwanwela et Peter Tugwell

9. Santé des personnes âgées

23 et 24 novembre 1992, Voksenasen, Norvège. Cette consultation a été organisée par la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Elle a reçu une aide financière du Ministère norvégien des affaires étrangères.

Président : Alex Kalache

Participants : Jordi Alonso, Nana Apt, Chris Beer, Felix Bermejo, Ruth Bonita, Carol Brayne, Paul Chen, Yolande Coombes, Xianglin Du, Denise Eldemire, J. Grimley Evans, Richard G. A. Feachem, Joe Hampson, Hana Hermanova, Benedicte Ingstad, Zhang Kaiti, Roberto Kaplan, Luis Ramos, Melba Sánchez-Ayéndez, Bela Shah, Alberto Spagnoli, Knight Steel et Renato Veras

10. Services sanitaires de district

Du 24 au 27 novembre 1992, Institut de la santé et du développement, Université de Dakar, Sénégal. Cette

consultation a bénéficié du soutien financier de la Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire (Suisse) et de l'Institut tropical suisse.

Coprésidents : Antoine Degrémont et Ibrahima Wone

Participants : Abdel Wahed Abassi, Waya Amoula, Anarfi Asamoah-Baah, Hubert Balique, Wolfgang Bichmann, Malang Coly, Christian Darras, Pierre Daveloose, Annemarie Demazy, Issakha Diallo, Isseu Diop-Touré, Gina Etheridge, Georges Fournier, Lucy Gilson, Kathia Janovsky, Emile Jeannée, Pangu Kasa-Asila, Mathias Kerker, Vincent Litt, Mandiaye Loum, Javier Martínez, Sigrun Mogedal, Maty Cissé Samb Ndao, Sère Touré Ngoné, Cornelius Oepen, Bakary Sambou, Lamine Cissé Sarr, Malick Sarr, Peter Schubarth, Michael Singleton, Thierno Mame Aby Sy, Al Hadji Ali Tahirou, James Tumwine, Jean-Pierre Unger, Adamou Yada et Alfredo Zurita

11. Santé des enfants

Du 30 novembre au 2 décembre 1992, Baltimore, Maryland. Cette consultation a été organisée par la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Elle a bénéficié d'un appui financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Président : W. Henry Mosley

Participants : Fernando Barros, Al Bartlett, Mark Belsey, Seth Berkley, Robert E. Black, David Boyd, Donald A. P. Bundy, Carlos C. Campbell, Dennis Carroll, Robert Clay, Felicity Cutts, Steve Esrey, Jerry Gibson, Ronald Gray, Bill Hausdorf, Jim Heiby, Donald A. Henderson, Terrel Hill, Sandra L. Huffman, Jessica Jitta, Pamela Johnson, Charlotte Neuman, Alok Perti, Phyllis Piotrow, Kenneth F. Schulz, Jim Shepperd, William A. Smith, Sally Stansfield, Hope Sukin, Néziat Tafari, Taha el Tahir Taha, Carl E. Taylor, James L. Tulloch, Roxann Van Dusen, Caby C. Verzosa, Kenneth S. Warren et Vivian Wong

12. Les femmes et la santé

Du 7 au 9 décembre 1992, Cumberland Lodge, Windsor, Angleterre. Cette consultation a été organisée par la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Elle a reçu un appui financier de l'Administration du développement outre-mer du Royaume-Uni.

Organisatrices : Oona Campbell, Wendy Graham et Véronique Filippi

Participants : Uche Amazigo, Carmen Barroso, Loretta Brabin, Mayra Buvinić, Mirai Chatterjee, Ann Coles, Richard G. A. Feachem, Zuzana Feachem, Aleya El

Bindari Hammad, Sioban Harlow, Gillian Holmes, Susan Joekes, Marjorie Koblinsky, Joanne Leslie, Claudia García Moreno, Jacky Mundy, Cynthia Myntti, David N. Nabarro, Phoebe Roome, Kasturi Sen, Jacqueline Sherris, Godfrey Walker et Judith Wasserheit

13. Charge de morbidité globale

10 et 11 décembre 1992, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse. Cette consultation a été organisée par l'Organisation mondiale de la santé et a bénéficié du soutien financier de la Fondation Edna McConnell Clark.

Président : Jean-Paul Jardel

Participants : Carla Abou-Zahr, David Barmes, Monika Blössner, Luis López Bravo, Anthony Burton, Yankum Dadzie, Richard G. A. Feachem, Jacques Ferlay, Tore Godal, Ann Goerdt, Sandra Gove, Walter Gulbinat, Habib Rachmat Hapsara, Joachim Hempel, Mark Kane, Hilary King, Jeffrey R. Koplan, Jacob Kumaresan, Marie-Hélène Leclercq, Alan Lopez, Ingrid Martin, Alvaro Moncayo, Christopher J. L. Murray, Jenny Pronczuk, Jean-Marie Robine, Claude Romer, Elizabeth Sherwin, Peter Smith, Jan Stjernswärd, Rand Stoneburner, Muthu Subramanian, Carole Torel et Godfrey Walker

14. Financement de la santé

Du 14 au 16 décembre 1992, Montebello, Québec, Canada. Cette consultation a bénéficié du soutien financier de l'Agence canadienne de développement international.

Président : Stephen Simon

Participants : Nicholas Barr, David Bell, Ricardo Bitran, Ake Blomqvist, Joseph Brunet-Jailly, Claude Castonguay, Andrew L. Creese, Robert G. Evans, Claude Forget, William Hsiao, Naoki Ikegami, Daniel M. Le Touzé, Mario Taguiwalo, Abdelmajid Tibouti, Bokar Touré et Katarzyna Tymowska

15. Examen des conclusions du Rapport sur le développement dans le monde

26 janvier 1993, Institute of Medicine, Washington

Président : William H. Foege

Participants : Abdelmonem A. Afifi (a présenté des commentaires écrits), Carolyn Asbury, David E. Bell, Richard Bissell, Barry R. Bloom, Margaret Catley-Carlson, J. Jarrett Clinton, Joseph A. Cook, Richard G. A. Feachem, Harvey V. Fineberg, Julio Frenk, Susan Gibb, Polly F. Harrison, Donald A. Henderson, Jeffrey R. Koplan, Adetokunbo O. Lucas, Christopher J. L. Murray, June E. Osborn, Adeline Wynante Patterson,

mark; Noel S. Weiss, Université de Washington; et Hans Emblad, Tore Godal, Marcus Grant, Fritz Kaferstein, Wilfried Kreisel, Alan D. Lopez et James C. Tulloch, OMS.

Chapitre 1

Ce chapitre est fondé sur des données techniques provenant de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale ainsi que sur des publications scientifiques. L'histoire de l'éradication de la variole est adaptée de Fenner et al., 1988. L'analyse des gains de productivité des travailleurs résultant de l'amélioration de la santé s'appuie sur des études réalisées par Castro et Mokate, 1988; Conly, 1975; Max et Shepard, 1989; Nur et Mahran, 1988; Pitt, Rosenzweig et Hassan, 1990; Sagan et Afifi, 1979; Schultz et Tansel, 1993; ainsi que sur le document de référence de Hill et al.; et sur les précieuses informations dont nous ont fait part John Caldwell, Gavin Jones et John Anarfi. Anil Deolalikar nous a communiqué des données supplémentaires sur les effets économiques de l'amélioration de la nutrition en Inde, et John Akin a mis à notre disposition des notes non publiées sur les relations entre santé et revenu. Les coûts-avantages de l'élimination totale du paludisme à Sri Lanka ont été calculés sur la base des travaux de Barlow et Grobar, 1985. Aehyung Kim et Bruce Benton ont contribué à l'Encadré 1.1.

L'analyse des effets positifs de l'amélioration de la santé sur l'éducation et des avantages économiques connexes liés à l'amélioration de l'éducation s'appuie sur des études réalisées par Behrman et al., 1991; Boissiere, Knight et Sabot, 1985; Glewwe, 1991; Gomes-Neto et Hanushek, 1991; Jamison et Moock, 1984; Jamison et Leslie, 1990; Nokes et al., 1992; et Psacharopoulos, 1993.

La section sur la réduction des coûts des soins médicaux s'inspire des études menées par Ainsworth et Over, 1992; des notes établies par David Bloom et Ajay Mahal sur les implications de la réduction du taux de transmission du VIH parmi les séropositifs (et d'observations personnelles complémentaires des auteurs); et des travaux de Musgrove, 1988. Martha Ainsworth et Mead Over ont préparé l'Encadré 1.2. Les études décrivant les gains économiques associés à la prévention du SIDA dans un certain nombre de pays d'Asie sont tirées de Bloom et Lyons, 1993.

L'analyse de l'impact des investissements sanitaires sur la pauvreté s'appuie sur les travaux de Henry Mosley et de la Banque mondiale, 1980 et 1990a. La liste des succès dont il est fait mention est tirée en grande partie des publications statistiques des Nations Unies (*Annuaire démographique*, éditions diverses) et de l'Organisation mondiale de la santé (*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*, éditions diverses). Ingram, 1992, étudie le phénomène de la plus grande convergence des indicateurs sociaux (y compris la santé) que des indicateurs de revenu entre différents pays.

Les estimations de la mortalité juvénile tiennent compte des données des Nations Unies pour 1988, mais ont été établies essentiellement à partir des données des Nations Unies pour 1992, dans le cadre d'un exercice conjoint de la Banque mondiale et de l'UNICEF, pour être utilisées dans un rapport de l'UNICEF (à paraître); elles sont exposées dans le document de référence de Hill et Yazbeck. Eduard Bos et My Vu du Département Population, santé et nutrition de la Banque mondiale nous ont apporté une aide et des conseils précieux pour établir les projections démographiques régionales de référence sur lesquelles se fondent le Chapitre 1 et l'Annexe A. Les hypothèses de mortalité ont été mises à jour et révisées à la lumière des discussions avec Larry Heligman de la Division Population des Nations Unies et Gareth Jones de l'UNICEF, et des données récentes provenant du programme d'enquêtes sur la population et la santé, qui ont été fournies par Ties Boerma ou tirées de récents rapports. Nicholas Eberstadt nous a communiqué d'utiles éléments d'appréciation sur les différentiels de mortalité à l'âge adulte, et la section s'est par ailleurs inspirée des travaux de Feachem et al., 1992.

Les informations contenues dans la section sur la charge de morbidité globale sont tirées d'une étude conjointe de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé (document de référence de Murray et Lopez); la liste des nombreuses personnes ayant collaboré à ces travaux figure à l'Annexe B. L'équipe du Projet d'évaluation de la situation sanitaire au Ghana (1981) a fourni des données sur la mesure du poids de la maladie au Ghana pour définir les priorités en matière de soins de santé; et Feachem, 1988, souligne l'importance des données « macro-épidémiologiques » de ce type dans le domaine de la planification sanitaire.

La section sur les enjeux de l'avenir s'appuie sur des données provenant de l'Institute of Medicine, 1992, de Mackay, 1993, et de l'OMS 1992b et 1992c; et sur des informations sur le VIH et le SIDA reçues de Seth Berkley, Rand Stoneburner et des services de l'OMS. Des données nous ont été communiquées par D. A. Henderson sur les infections microbiennes naissantes; par Tore Godal, Tekle Haimanot et Hans Remme sur le paludisme; et par Alan D. Lopez et Neil Collishaw sur le tabagisme. Le rapport de Jacobs et al., 1993, est consacré à la mise au point d'un test de résistance aux médicaments contre la tuberculose.

L'analyse de la transition démographique et épidémiologique s'inspire d'études réalisées par Bobadilla et al. (à paraître), Frenk et al., 1989, et Omran, 1971. Pour en savoir plus sur les implications de la transition épidémiologique en matière de politique de santé dans chaque pays, consulter les rapports de la Banque mondiale, 1984a, Banque mondiale, 1990a et Banque mondiale, 1992a. Les revenus par habitant tenant compte de la parité du pouvoir d'achat qui sont indiqués dans la Figure 1.9 ont été fournis par

Angus Maddison. L'analyse des facteurs qui expliquent le déclin de la mortalité s'appuie sur les travaux d'Evbank et Preston, 1990; McKeown, 1976; et Preston et Haines, 1991.

De par sa structure et son contenu, ce chapitre reprend les exposés présentés par Abdel Omran et Samuel Preston. Joseph Cook et Richard Morrow nous ont fait communiquer de précieux commentaires sur les versions précédentes.

Chapitre 2

Pour ce chapitre, on a utilisé des publications scientifiques, des exposés présentés par des participants à la série de séminaires coparrainée par le *Rapport sur le développement dans le monde* et le Département Population, santé et nutrition de la Banque mondiale, ainsi que de nombreux documents de la Banque mondiale. L'analyse de la capacité des ménages (revenu et scolarisation) est fondée sur diverses études, notamment Anand et Ravallion, 1993; Banque mondiale, 1990a; Behrman 1990; Beneto et Schultz, 1992; Fuchs, 1979; Grossman, 1975; Hill et Palloni, 1992; Jeyaratnam, 1985; le document de référence de Lau et al.; Luft, 1978; Natale et al., 1992; Nations Unies, 1985; Oganov, 1992; Palloni, 1981; Pierce, 1989; le document de référence de Pritchett et Summers; Rodgers, 1979; Rogot, Sorlie et Johnson, 1992; Strauss et al., 1992; et Wilkinson, 1992.

L'étude de la scolarisation des femmes et de la santé des enfants a emprunté à un grand nombre de publications, y compris Bhargava et Yu, 1992; Bruce et Lloyd, 1992; Caldwell, 1986; Cleland, 1990; Elo, 1992; Engle, 1991; Hoddinott et Haddad, 1991; Kennedy, 1992; Kirg et Hill, 1993; Leslie, 1989b; Lindenbaum, Chakraborty et Elias, 1985; Louat, Grosh et van der Gaag, 1992; Over et al., 1992; Sahn, 1990; Summers, 1992; Thomas, 1990; Thomas, Strauss et Henriques, 1990; et l'équipe de recherche sur la demande en eau de la Banque mondiale, 1993.

L'analyse de la réforme de politique économique et des prêts à l'ajustement s'appuie sur diverses sources, notamment Banque mondiale, 1990b; Banque mondiale, 1992e; Banque mondiale, 1993c; Behrman, 1992; Berg et Fünter, 1992; Edwards (à paraître); Kakwani, Makonnen et van der Gaag, 1990; Serageldin, Elmenndorf et El-Tigani (à paraître); Summers et Pritchett, 1993; Thomas, Lavy et Strauss, 1992; et Woodward, 1992. Duncan Thomas a fourni des données sur la protection des dépenses autres que les salaires en période d'ajustement économique.

L'exposé sur les politiques d'éducation se fonde sur les travaux d'Alderman et al., 1992; Banque mondiale, 1988; Jamison et Leslie, 1990; Jarousse et Mingat, 1992; Lockheed, Verspoor et associés, 1991; Minhas, 1991; Over et Piot (à paraître); et Tan et Mingat, 1992.

L'analyse des mesures en faveur de l'émancipation des femmes est basée sur les travaux d'Akin et al.,

1985; Birdsall et McGreevey, 1983; et Leslie, 1989a. L'étude consacrée aux femmes et à la violence a bénéficié de l'aide de Jacquelyn Campbell, Rosemary Garner, Lori Heise et Dean Kilpatrick, et s'est inspirée d'Archavanitkui et Pramaualratan, 1990; Bradley, 1988; CAMVAC, 1985; Council on Scientific Affairs, 1992; COVAC, 1990; Fauveau et Blanchet, 1989; Handwerker, 1991; Hosken, 1988; Koop, 1989; Koss, Koss et Woodruff, 1991; Plitcha, 1992; Shim, 1992; Stark, 1984; et Stark et Flitcraft, 1991.

Lawrence Lau a participé à la préparation de l'Encadré 2.1. L'Encadré 2.2 s'inspire des données fournies par Michelle Fryer. Carmen Barroso, Lori Heise et Nahid Toubia ont contribué à l'Encadré 2.3. John Hobsbawm et Aloysio Achutti ont aidé à préparer les Figures 2.4 et 2.5, respectivement. Robert Anda, David Bradley, John Briscoe, Mayra Buvinic, Brigitte Duce, Luis Escobedo, Paul Gertler, A. K. Shiva Kumar, Joanne Leslie, Ruth Levine, Jack Molyneux, Damianos Odeh, Nick Prescott, Luis Servén, John Strauss et Molly Tees nous ont fourni des données et des ressources utiles. De précieux commentaires sur les versions précédentes nous ont été communiqués par Sue Berryman, Joseph Bredie, Barbara Bruns, Ishac Diwan, Edward Henevald, Eva Jarawan, Himelda Martinez, Kenneth Shine et David Woodward.

Chapitre 3

Pour ce chapitre, on a emprunté à de nombreuses études, publiées ou non, notamment aux documents et aux données d'expérience de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale ainsi qu'aux publications scientifiques. L'analyse du rôle des gouvernements est tirée de la Banque mondiale, 1991. Jamison et al. (à paraître) résume les méthodes employées et les résultats obtenus dans le cadre de l'analyse de coût-efficacité qui est à la base des analyses utilisées dans le présent Rapport. Les données relatives aux dépenses de santé figurant dans la première section ont été compilées à partir d'un document de référence établi par Murray, Govindaraj et Chellaraj sur la base de toute une série de budgets de la santé de gouvernements, de rapports de la Banque mondiale et d'autres études par pays du financement de la santé. Heller et Diamond, 1990, ont également étudié cette question. Les données concernant l'équité en matière d'état de santé, d'accès aux soins et de dépenses de santé proviennent de l'Etude sur la mesure du niveau de vie de la Banque mondiale; elles ont fait l'objet d'une analyse plus poussée par Kalpana Mehra. L'analyse coûts-avantages des trains de mesures concernant la santé publique et les services cliniques essentiels s'appuie sur le document de référence de Bobadilla et al..

L'Encadré 3.1 a été préparé par Richard Bumgarner. L'Encadré 3.2 est fondé sur des données non publiées fournies par l'Institut materno-infantile de Pernambuco et sur UNICEF/IMIP, 1992. L'Encadré 3.3 s'ins-

pire des chapitres consacrés à la rougeole et à la tuberculose dans Jamison et al. (à paraître). L'étude des interventions d'un bon rapport coût-efficacité est tirée de Halstead, Walsh et Warren, 1985; Walsh, 1988; et Walsh et Warren, 1979. Les questions économiques de fond et leur application sont traitées dans Over, 1991. L'analyse des dysfonctionnements du marché dans le domaine de la santé s'appuie en particulier sur Arrow, 1963. Les assurances et la réglementation en général sont examinées dans Diamond, 1992 et, pour le Brésil, dans Piola et Vianna, 1991. Les exemples de la section consacrée aux échecs des pouvoirs publics en matière de politique de santé sont tirés d'Evans, Barer et Labelle, 1988; BID, 1988; et Hlady et al., 1992. Les exemples concernant l'équité sont tirés de Black et al., 1982; Meerman, 1980; Musgrove, 1986 et 1993; et de la Commission du Président, 1983, ainsi que des travaux de Prescott et al. sur les dépenses sociales en Indonésie. L'analyse des succès remportés en matière de soins de santé s'appuie sur Bitran et McInnes, 1993; Blendon et al., 1990; et Gertler et van der Gaag, 1990. Leslie, 1989a, présente une étude du coût en temps des interventions sanitaires, question qui n'est pas explicitement traitée dans les calculs de coût-efficacité exposés ici, mais qui mérite d'être approfondie. Brook et Lohr, 1986, décrivent l'usage abusif qui est fait des soins médicaux aux Etats-Unis, même à un prix de revient nul, et qui tient en partie au système de financement au tiers payant.

Nicholas Barr, Peter Diamond, Robert Evans et Fernando Figueira nous ont communiqué des idées et observations utiles.

Chapitre 4

Ce chapitre s'appuie sur les documents et les données d'expérience de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale, sur des publications scientifiques, ainsi que sur des avis d'experts et des exposés et études qui ont été présentés dans le cadre de la série de séminaires organisés par le *Rapport sur le développement dans le monde* et par le Département Population, santé et nutrition de la Banque mondiale.

L'étude des vaccinations et des autres services de santé axés sur la population s'inspire des idées et des données examinées lors de la consultation sur la santé des enfants, qui s'est tenue à Baltimore en 1992. Berkley et Jamison, 1991, analysent le coût et l'efficacité des programmes de traitement de masse contre les maladies parasitaires et les carences en micronutriments dans les écoles. Cette étude a également bénéficié de l'aide d'Amie Batson, Donald Bundy, Pamela Johnson, Marjorie Koblinsky, Jim Shepperd, Jacqueline Sherris et Nebiat Tafari. Elle s'est par ailleurs inspirée de Bourdon, Orivel et Perrot, 1993; Brenzel, 1990; Nokes et al., 1992; Robertson et al., 1992; Shepard et al., 1989; et de chapitres tirés de Jamison et al. (à paraître) sur la rougeole, la polio, l'hépatite B, le tétanos et les helminthiases.

La section sur l'alimentation et la nutrition s'appuie sur Levin et al. (à paraître), Pinstrip-Anderson et al. (à paraître), et une série d'autres sources. On a consulté CAC/SCN, 1991, 1992a et 1992b; Beaton et Ghassemi, 1987; Beaton et al., 1993; Berg, 1987; Drèze et Sen, 1989; Elliot, 1988; Humphrey, West et Sommer, 1992; Keusch et Scrimshaw, 1986; Leslie, 1987; Leslie, Jamison et Musgrove (à paraître); McGuire et Popkin, 1990; Monteiro, 1988; National Research Council, 1989; Pelletier, 1991; Pollitt, 1990; Popkin, 1993; Sen, 1981; Tomkins et Watson, 1989; et U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 1992, qui contiennent d'utiles résumés sur certains sujets précis. Cette section a également emprunté à diverses études : Adair et al., 1993; Bhargava, 1992; Black, 1991; Bouis, 1990; Lutter et al., 1992; Mardones et Zamora, 1989; Martorell et al., 1992; Musgrove, 1990; Stamler et al., 1989; Thomas, Lavy et Strauss, 1992; Waaler, 1984; et Walter, Olivares et Hertrampf, 1990. Joanne Leslie et Jayshree Balachander ont contribué, respectivement, aux Encadrés 4.1 et 4.2. Harold Alderman, George Beaton, Robert Black, Barry Bloom, Leslie Elder, Paul Elliott, Abraham Horwitz, Suraiya Ismail, Francisco Mardones, Reynaldo Martorell, John Mason, Paul McKeigue, Daan Mulder, Philip Payne, David Pelletier et Peter Piot nous ont communiqué des informations et commentaires utiles.

La section sur la fécondité s'appuie sur le document de référence de Cochrane et Merrick; AbouZahr et Royston, 1991; Amadeo, Chernichovsky et Ojeda, 1991; Banque mondiale 1984a, 1992c et 1993a; Bertrand et Brown, 1992; Nations Unies (à paraître); Population Information Program, 1992; Population Reference Bureau, 1992a et 1992b; Sanderson et Tan (à paraître); Stephenson et al., 1992; et Zinanga, 1992. Birgitta Bucht, Parker Mauldin, Vincent Miller, Richard Osborn, Warren Sanderson, Beverley Winikoff et les services de la Fondation Rockefeller ont fourni des données et des conseils utiles. John Hobcraft a aidé à préparer la Figure 4.3.

La section sur le tabac, l'alcool et les drogues a bénéficié des données et des commentaires reçus de Jerry Husch, Judith Mackay, Richard Peto et Derek Yack. L'analyse s'appuie sur les données de référence provenant de James Cercone et du Rapport 1992 du Surgeon-General des Etats-Unis sur le tabagisme en Amérique, ainsi que de Gutierrez-Fisac, Regidor et Ronda, 1992; OMS, 1991b et 1992e; Pierce, 1991; Walsh et al. (à paraître); et Wasserman et al., 1991.

La section sur l'environnement a bénéficié des contributions des participants à une consultation conjointe de l'OMS et de la Banque mondiale (voir Remerciements) et de l'aide supplémentaire fournie par Carl Bartone, David Bates, Sue Binder, Gloria Davis, Roger Detels, John Dixon, Mohamed T. El-Ashry, Gunnar Eskeland, Ruth Etzel, Philip Graitcer, Peter Kolsky, Tony McMichael, David Rall, Anand Seth et Anthony Zwi. Les données relatives à l'impact sur la santé de l'approvisionnement en eau et de

l'assainissement sont tirées des nombreuses publications sur ce thème et des études menées récemment par Cairncross, 1990; Esrey et al., 1991; et Huttly, 1990. Les données sur la politique dans le secteur de l'eau et de l'assainissement proviennent de Banque mondiale, 1992f; Briscoe, 1992; et Equipe de recherche sur la demande en eau de la Banque mondiale, 1993. L'Encadré 4.4 a été préparé par Sandy Cairncross. L'Encadré 4.5 est fondé sur les travaux de Blum et al., 1990, et de Feachem et al., 1978, sur le temps passé à aller chercher de l'eau. Michael Garn, Letitia Obeng et Guillermo Yepes ont fourni des données sur les coûts d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Greg Walters a réuni les données de l'Encadré 4.6. L'analyse de la pollution de l'air domestique s'appuie sur les études de Betty Kirkwood et de ses collègues ainsi que sur les travaux de Kirk Smith. On a également consulté d'autres publications sur ce thème, notamment Anderson, 1979; Chapman et al., 1989; Chen et al., 1990; Norboo et al., 1991; Pandey et al., 1989; Smith (à paraître); Smith et Liu, 1993; et Smith et Rodgers, 1992. Christopher Curtis a préparé l'Encadré 4.6, avec l'aide de Colin Leake, d'après des données d'Alonso et al., 1991; Curtis, 1992; et Maxwell et al., 1990. L'analyse de la politique du logement est fondée sur les données de la Banque mondiale, 1993b.

L'étude de l'environnement au sens plus large s'inspire de Doll, 1992, et des informations complètes contenues dans Banque mondiale, 1992f et OMS, 1992d. L'analyse de la santé sur le lieu de travail s'appuie sur Andreoni, 1986; El Batawi et Husbumer, 1987; et Wegman, 1992. L'étude du milieu ambiant est fondée sur de nombreuses publications, notamment Bellinger et al., 1987; Bradley et al., 1992; Faiz et al. (à paraître); le *Lancet*, 1992; MRC, 1989; Needleman et al., 1990; OMS, 1992a; OMS/PNUE, 1992; Romieu, 1992; Romieu, Weitzenfeld et Finkelman, 1990; et Schwartz et Dockery, 1992. Les données relatives à l'Encadré 4.7 sont tirées de Banque mondiale, 1992d; Bobak, 1993; Bobak et Feachem, 1992; et Bobak et Leon, 1992. L'Encadré 4.8 emprunte aux travaux du Groupe d'étude sur l'environnement et l'économie à l'échelle mondiale, 1991, fournis par Tord Kjellstrom. José Carbajo, Paul Guitink, Zmarak Shalizi et John Wootton ont contribué à la section consacrée aux risques de transport, qui s'inspire également de Barss et al. (à paraître); Downing, 1991; Johnston, 1992; OMS, 1989a; Smith et Barss, 1991; TRRL, 1991; et Zwi, 1992.

La section sur le SIDA a bénéficié des contributions apportées par les participants à la consultation sur le SIDA (voir Remerciements) et de l'aide supplémentaire de Richard Hayes, Daan Mulder, Peter Piot, Wendy Roseberry, Allan Rosenfield, Gary Slutkin et Peter Smith. Les projections relatives aux nombres de cas infectieux ont été établies avec Tony Burton, Rand Stoneburner et d'autres membres du personnel du Programme mondial pour le SIDA de l'Organisation mondiale de la santé. Les données sur les groupes de base sont tirées de Moses et al., 1991, et d'Over et Piot

(à paraître). La description de l'action communautaire au Zimbabwe est tirée de documents fournis par David Wilson. Les informations concernant le VIH et l'allaitement proviennent de Dunn et al., 1992, et de diverses études de l'OMS. L'Encadré 4.9 est fondé sur Goodgame, 1990; Katabira et Goodgame, 1989; et Muller et al., 1992. Les données relatives aux tests de dépistage volontaires et aux activités de conseil sont tirées de Foster, 1990; Muller et al., 1992; et du Programme mondial pour le SIDA de l'OMS, 1993b. Les estimations relatives au coût de la prévention à l'échelle mondiale sont fondées sur le Programme mondial pour le SIDA de l'OMS, 1993a, et OMS (à paraître), et sur les travaux de Doris Schopper. L'analyse du coût-efficacité du traitement des maladies sexuellement transmissibles s'inspire de Moses et al., 1992, et Over et Piot (à paraître). L'Encadré 4.10 est tiré de Viravaidya, Obrensky et Myers, 1991, et de données fournies par Werasit Sittitrai. Les informations relatives au succès de la prévention sont empruntées à des publications et à un rapport établi à l'issue d'une réunion organisée dans le cadre du Programme mondial pour le SIDA de l'OMS en 1992. Les coûts et les avantages des mesures en faveur de la santé publique du programme minimum sont indiqués dans le document de référence de Bobadilla et al.

Chapitre 5

Les coûts et les avantages des services cliniques du programme minimum sont présentés dans le document de référence de Bobadilla et al. L'analyse du coût du programme minimum de services cliniques et des mécanismes de prestation s'inspire des travaux du Département technique de la Région Afrique de la Banque mondiale et de la Banque mondiale (à paraître). Les composantes du programme minimum de services cliniques pour les enfants sont fondées sur des études de l'UNICEF, 1993, et sur les priorités proposées dans UNICEF, OMS et UNESCO, 1991. Les analyses concernant les sources de financement de la santé, les compensations des prestataires et les autres modes de prestation possibles s'inspirent des travaux d'Arrow, 1963; Banque mondiale, 1992a; Barr, 1992; Griffin, 1992; Hsiao, 1992; Hurst, 1992; Reinhardt, 1991; Schneider et al., 1992; et van Doorslaer, Wagstaff et Rutten, 1993. Ces analyses empruntent et sont étroitement liées à une série d'études réalisées par l'Organisation mondiale de la santé : OMS, 1991a, consacrée à la réforme des soins de santé en Europe de l'Est et en Europe centrale; OMS, 1991c, portant sur le dosage public-privé; et OMS, 1993.

L'analyse des frais à régler par les patients et du financement communautaire s'appuie, notamment, sur les travaux d'Abel-Smith et Dua, 1988; Gertler et van der Gaag, 1990; Hecht, Overholt et Holmberg, 1993; Korte et al., 1992; Lewis et Parker, 1991; Litvack et Bodart, 1993; McPake, Hanson et Mills, 1992; et d'autres. L'étude de l'assurance-maladie dans les

pays en développement est fondée sur Abel-Smith, 1992b; De Geyndt, 1991; Ikegami, 1992; Kutzin et Barnum, 1992; McGreevey, 1990; Mesa-Lago, 1992; Vogel, 1989; Yang, 1991; et Yu et Anderson, 1992. L'analyse des facteurs déterminant les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE s'inspire de Gerdtham et al., 1992. L'examen des solutions possibles pour améliorer la prestation publique et privée des services cliniques s'appuie sur Banque mondiale, 1992g; Bennett, 1992; et Foster, 1991. L'analyse de la concurrence réglementée est fondée sur Enthoven, 1988, et Relman, 1993, et celle de la décentralisation des services de santé, sur Banque mondiale, 1992b; et Mills et al., 1990.

On a élaboré l'Encadré 5.1 à partir de données fournies par Marjorie Koblinsky et des travaux de Tinker et Koblinsky, 1993, et de Walsh et al. (à paraître). L'Encadré 5.2 a été préparé sur la base des informations reçues de James C. Tulloch et Sandra Gove de l'OMS. L'Encadré 5.3 est tiré de données fournies par Judith Wasserheit. L'Encadré 5.4 est fondé sur Murray, Styblo et Rouillon (à paraître). L'Encadré 5.5 s'inspire de Grosh, 1992. L'Encadré 5.6 s'inspire des données de Schieber, Poullier et Greenwald, 1992, et des résultats de l'analyse réalisée par l'équipe du *Rapport sur le développement dans le monde* de la relation entre la part des dépenses publiques de santé et les coûts des soins de santé. L'Encadré 5.7 s'appuie sur des données provenant de Hurst, 1992. Werner, 1987, étudie des approches permettant une rééducation efficace moyennant un faible coût.

Peter Berman et Louis Vassiliou nous ont fourni des données utiles. De précieux commentaires nous ont été communiqués par Alfred Bartlett, Ricardo Bitran, Michael Cichon, Andrew Creese, Jennie Litvack, Kasa Asila Pangu, John Rohde, Abdelmajid Tibouti, Jacques van der Gaag, Ronald Wilson, et Zia Yusuf.

Chapitre 6

Ce chapitre est fondé sur des données techniques de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale ainsi que sur des publications scientifiques. Les estimations régionales concernant le nombre de lits d'hôpital et de médecins et les effectifs du personnel infirmier sont tirées des statistiques de la Banque mondiale, de l'OCDE et de l'OMS ainsi que des statistiques nationales. L'analyse du système de santé au niveau des établissements hospitaliers et des districts s'appuie sur Banque mondiale (à paraître), et Barnum et Kutzin, 1993.

De précieux commentaires et éléments d'information nous ont été communiqués par Orvil Adams, Uche Amazigo, Harvey Bale, Wilbert Bannenberg, Pascal Brudon-Jakobowicz, Robert Cassen, Gilles Dussault, Anibal Faúndes, Enrique Feffer, Michael Free, Julio Frenk, John Gil-Martin, Wendy Graham, Richard Heller, Richard Laing, John Lloyd, Alfonso Mejía, Violaine Mitchell, Hiroshi Nakatani, Vic Neufeld, Joel Nobel, João Batista Oliveira, Diego Palacio,

David Porter, Michael Porter, Jim Rankin, Una Reid et les services du Réseau de développement Aga Khan et de la Fondation Aga Khan.

L'Encadré 6.1 a été préparé par Tamara Fox et Ruth Levine. Les estimations relatives aux dépenses de matériel médical proviennent de Rozynski et Gallivan, 1992.

Les estimations relatives à l'efficacité des soins chirurgicaux ambulatoires en Colombie sont tirées de Shepard et al., 1990. Les résultats de la planification hospitalière aux États-Unis sont fondés sur Davis et al., 1990. L'analyse de la planification régionale s'appuie en partie sur Jonsson, 1989. La relation entre le volume de soins chirurgicaux et les résultats sanitaires a été établie à partir de Hughes, Hunt et Luft, 1987. L'expérience de la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour ce qui est de la maîtrise des dépenses hospitalières se fonde sur Newbrander, 1987. L'étude concernant le matériel médical s'inspire de Bloom, 1989; Bruley, 1991; Garber et Fuchs, 1991; Gelijns et Halm, 1991; Halbwachs, 1992; et sur des éditions diverses de l'OMS. Des informations sur les politiques menées dans les pays industrialisés dans le domaine de la technologie médicale ont été tirées d'Abel-Smith, 1992a, et de Rublee, 1989.

Les ressources humaines utilisées dans le cadre de l'analyse sanitaire proviennent d'Abel-Smith, 1986; Enthoven et Vorhaus, 1992; Evans, 1981; Foster, 1987; Frenk et al., 1991; Fuchs, 1978; Institute of Medicine, 1988; Javitt (à paraître); Reyes et Picazo, 1990; Richards et Fülöp, 1987; Schmidt et al., 1991; Schroeder, 1984 et 1992; Schwab, 1987; Tarlov, 1986, comme mentionné dans Reinhardt, 1991; Welch et al., 1993; Whitfield, 1987; et de données non publiées de Ruth Roemer et de l'OMS. L'analyse de l'Encadré 6.2 concernant les agents de santé communautaires à la Jamaïque s'inspire de Cumper et Vaughan, 1985. L'étude sur Pastoral da Criança s'appuie sur des données provenant de la Coordenação Nacional da Pastoral da Criança et de Victora et Barros, 1990.

L'étude sur les médicaments est fondée sur Andersson, 1992; Caplan, 1985; Foster, 1990; Hlady et al., 1992; Holly et Lee, 1992; Kanji et al., 1992; Laing, 1990; Management Sciences for Health, 1992; Nazerali, 1992; Office of Technology Assessment, 1993; OMS, 1988a, 1988b et 1988c; Thomas, Lavy et Strauss, 1992; et Thomson et Sterky, 1986. L'Encadré 6.5 s'inspire de données de la Banque mondiale ainsi que de Barros et al., 1986, et Faúndes et Cecatti, 1993. Les informations sur le programme INCLIN proviennent de Halstead, Tugwell et Bennet, 1991. Les informations et les données de recherche destinées à guider la prise de décisions sont tirées d'Enthoven, 1989. Les estimations relatives aux dépenses mondiales dans le domaine de la recherche sur la santé proviennent de Commission on Health Research for Development, 1990. L'étude consacrée à la recherche sur la santé s'inspire également de Free, 1991; Godal, 1993; et OMS, 1991d.

Les informations sur la réforme de la politique de santé proviennent de Jonathan Broomberg pour l'Afrique du Sud, Louise Fox pour la Roumanie, Salim Habayeb pour l'Inde, Evangeline Javier pour le Chili, et Mary E. Ming Young pour la Pologne. La section sur les flux d'aide est fondée sur le document de référence sur ce thème de Michaud et Murray, lequel s'appuie sur un large éventail de données de l'Organisation de coopération et de développement économiques, des Nations Unies, et de sources bilatérales. L'analyse de la recherche internationale dans le domaine de la santé doit beaucoup à la Commission on Health Research for Development, 1990. John Barton et Selcuk Ozgediz ont fourni des données sur le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR) et l'intérêt de ses travaux pour la recherche dans le domaine de la santé. John Evans nous a communiqué de précieux commentaires sur la version préliminaire de ce chapitre. L'Encadré 7.1 est fondé sur les publications du Groupe d'administration de l'Initiative de Bamako de l'UNICEF, 1990 et 1992, et sur l'étude d'évaluation de McPake, Hanson et Mills, 1992. L'Encadré 7.2 a été préparé sur la base de rapports de la Banque mondiale sur le Chili et de données fournies par Thomas Bossert sur l'évaluation des réformes du financement de la santé et des mesures de décentralisation. L'Encadré 7.3 s'inspire de données fournies par Dov Chernichovsky et George Schieber. L'Encadré 7.4 résume, notamment, les conclusions de Cassen et al., 1986, et de Riddell, 1987. Guy Ellena et Joseph Kutzin ont aidé à préparer l'Encadré 7.5 et l'Encadré 7.6 doit beaucoup à Banque mondiale, 1993d.

Annexe A

L'Annexe A a bénéficié des contributions d'un grand nombre d'institutions; les données reçues de l'OMS et de l'UNICEF nous ont été particulièrement utiles. Richard Bumgarner et Godfrey Walker, de l'OMS, nous ont fourni des informations pour beaucoup des indicateurs sanitaires. Gareth Jones, de l'UNICEF, nous a communiqué des données pour les indicateurs nutritionnels. Shea Rutstein, du Programme d'enquêtes sur la population et la santé, a fourni des informations sur l'allaitement. Robert Hartford et Francis Notzon ont mis à notre disposition la base de données sur la mortalité périnatale et infantile du National Center of Health Statistics. Roy Miller, de l'USAID, nous a fait part de ses commentaires sur une version antérieure de cette annexe. My Vu, du Département Population, santé et nutrition de la Banque mondiale, s'est vu confier la préparation de l'annexe statistique pour Banque mondiale (à paraître), à laquelle on a beaucoup emprunté pour la présente annexe, et s'est occupée du traitement des données brutes relatives à plusieurs des indicateurs sanitaires retenus. James

Cercione a aidé au traitement des données sur la mortalité par principales causes de décès.

Annexe B

L'étude sur la charge de morbidité globale a été dirigée par Christopher Murray et Alan D. Lopez. Les résultats indiqués ici proviennent du document de référence de Murray et Lopez; une étude beaucoup plus approfondie sera publiée dans Murray et Lopez (à paraître (a)). Les contributions du Royaume-Uni ont été coordonnées par Jonathan Broomberg.

Les personnes énumérées ci-après nous ont communiqué un grand nombre d'informations et de commentaires sur des maladies et blessures particulières : Carla AbouZahr, Mike Adams, Paul Arthur, Robert Ashley, Kenneth Bailey, David Barnes, L. Barnes, Robert Beaglehole, Mark Belsey, Stephen Berman, Barry Bloom, M. Blossner, Loretta Brabin, Donald Bundy, A. Burton, P. D. Cattand, Jacqueline Cattani, Chen Chunming, Caroline J. Cook, Edward Cooper, P. M. P. Desjeux, Jacques Ferlay, J. Fomey, Jean-Claude Funck, Michel Garenne, Tore Godal, Anne Goerdts, Johnathan Gorstein, Sandra Gove, Ramesh Govindaraj, Walter Gulbinat, Ivan Gyrfas, Lori Heise, Larry Heligman, Joachim Hempel, Emmanuel Jimenez, Mark Kane, Patrick Kenya, Dean Kilpatrick, Hilary King, Jeffrey Koplan, Marie-Hélène Leclercq, Linda Lloyd, Julian Lobb-Levy, Luis Lopez Bravo, David Mabey, Prasanta Mahapatra, Paul McKeigue, Graham Medley, Edwin Michael, Catherine Michaud, Kenneth Mott, A.-D. Negrel, Magdaline Orzeszyna, Max Parkin, Richard Peto, P. Pisani, Jenny Pronczuk, E. Pupu-lin, Xinjian Qiao, Ravi Rannan-Eliya, Hans Remme, Jean-Marie Robine, Claude J. Romer, Richard Rothenberg, Peter Sandiford, Elizabeth Sherwin, Alan Silman, Buranj Smutharaks, Jan Stjernsward, Rand Stoneburner, Deborah Symmons, B.-I. Thylefors, Ian Timus, Carol Torel, James C. Tulloch, Ronald Waldman, Godfrey Walker, Jay Wenger, William Whang, Erica Wheeler, Russell Wilkins, G. Yang, R. Yip et Anthony Zwi.

Parmi les autres personnes ayant apporté des contributions, on peut citer M. Adrian, Ann Ashworth-Hill, P. Blake, Uwe Brinkman, C. Broome, Richard Bumgarner, Jacqueline Campbell, P. Carlevaro, Mary Chamie, Lincoln C. Chen, D. P. J. Daumerie, Hans Emblad, R. Etzel, Paul Fine, A. Galazka, Marito Garcia, S. Gillespie, Marcus Grant, R. J. Guidotti, Françoise Hamers, H. R. Hapsara, J. Harris, Peter Heller, Alan Hill, C. J. Hong, H. Jamai, Fritz Kaferstein, Alex Kalache, N. Khaltave, Betty Kirkwood, Arata Kochi, Jacob Kumaresan, N. Lee, Anthony Mann, Ingrid Martin, G. Mayberly, Juan Menchaca, Michel Mercier, T. R. Mertens, Alvaro Moncayo, Richard Morrow, Y. Motarjemi, Shaik Nadeen, William Newbrender, M. Noel, Godfrey Oakley, D. Peterson, A. Pio, G. R. Quinke, C. P. Ramachandran, M. Rosenberg, Norman Sartorius, Alan M. Schapira, Gordon Smith,

- Birdsall, Nancy. A paraître. « Pragmatism, Robin Hood, and Other Themes: Good Government and Social Well-Being in Developing Countries. » Dans Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman et Norma C. P. Ware, directeurs de publication, *Health and Social Science in International Perspective*. Harvard Series on Population and International Health. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Birdsall, Nancy et William McGreevey. 1983. « Women, Poverty and Development. » Dans Mayra Buvinić, Margaret Lycette et William Paul McGreevey, directeurs de publication, *Women and Poverty in the Third World*. Baltimore, Md : Johns Hopkins University Press.
- Bitran, Ricardo A. et D. Keith McInnes. 1993. *The Demand for Health Care in Latin America: Lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Série Documents de séminaire de l'Institut de développement économique, No 46. Washington : Banque mondiale.
- Black, Douglas, J. N. Morris, Cyril Smith, Peter Townsend et Nick Davidson, directeurs de publication. 1982. *The Black Report*. New York : Penguin Books.
- Black, Robert E. 1991. « Would Control of Childhood Infectious Diseases Reduce Malnutrition? » *Acta Paediatrica Scandinavica* (Supplement) 374: 133-40.
- Blendon, Robert J., R. Leitman, I. Morrison et K. Donelan. 1990. « Satisfaction with Health Systems in 10 Nations. » *Health Affairs* 9(2): 185-92.
- Bloom, Barry R. et Christopher J. L. Murray. 1992. « Tuberculosis: Commentary on a Reemergent Killer. » *Science* 257 (21 août): 1055-64.
- Bloom, David E. et Joyce V. Lyons, directeurs de publication. 1993. *Economic Implications of AIDS in Asia*. Division du Programme régional du PNUD (Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique). New Delhi : Projet régional « Répercussions du VIH/SIDA sur le développement en Asie et dans le Pacifique ».
- Bloom, Gerald. 1989. « Le bon matériel... en état de marche. » *Forum mondial de la santé* 10, p. 3-11.
- Blum, D., R. N. Emeh, S. R. A. Huttly, O. Dosunmu-Ogunbi, N. Okeke, M. Ajala, J. I. Okoro, C. Akujobi, B. R. Kirkwood et R. G. Feachem. 1990. « The Imo State Nigeria Drinking Water Supply and Sanitation Project. 1. Description of the Project, Evaluation Methods, and Impact on Intervening Variables. » *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 84: 309-15.
- Bobadilla, José-Luis, Julio Frenk, Tomas Freijka, Rafael Lozano et Claudio Stern. A paraître. « The Epidemiological Transition and Health Priorities. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Bobak, M. 1993. « Air Pollution and Health in Central and Eastern Europe: How Bad Is the Problem? » *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.
- Bobak, M. et R. G. A. Feachem. 1992. « Health Status in the Czech and Slovak Federal Republic. » *Health Policy and Planning* 7: 234-42.
- Bobak, M. et D. A. Leon. 1992. « Air Pollution and Infant Mortality in the Czech Republic, 1986-88. » *Lancet* 340: 1010-14.
- Boissiere, M., J. B. Knight et R. H. Sabot. 1985 « Earning, Schooling, Ability and Cognitive Skills. » *American Economic Review* 75 : 1026-30.
- Boring, Catherine C., Teresa S. Squires et Tony Tong. 1993. « Cancer Statistics 1993. » *CA—Cancer Journal for Clinicians* 43 (janv.-févr.): 7-26.
- Bos, Eduard, My T. Vu, Ann Levin et Rodolfo A. Bulatao. 1992. *World Population Projections 1992-93 Edition: Estimates and Projections with Related Demographic Statistics*. Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press.
- Bouis, Howarth E. 1990. « The Determinants of Household-Level Demand for Micronutrients: An Analysis for Philippine Farm Households. » Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington.
- Bourdon, Jean, François Orivel et Jean Perrot. 1993. « Peut-on apprécier un lien entre les acquisitions scolaires et la santé : le cas de l'enseignement primaire au Tchad. » Document présenté aux réunions de l'Association française de sciences économiques, Dijon, 27-28 mai.
- Bradley, Christine. 1988. « How Can We Help Rural Beaten Wives? Some Suggestions from Papua New Guinea. » Document présenté à l'International Women's Aid Conference, Cardiff, Pays de Galles.
- Bradley, David John, Sandy Cairncross, Trudy Harpham et Carolyn Stephens. 1992. *A Review of Environmental Health Impacts in Developing Country Cities*. Document du Programme de gestion urbaine No 6. Washington : Banque mondiale.
- Brenzel, Logan. 1990. « The Costs of EPI: Lessons Learned from Cost and Cost-Effectiveness Studies of Immunization Programs. » Resources for Child Health (REACH) Project. John Snow, Inc., Arlington, Va.
- Briscoe, John. 1992. « Pauvreté et alimentation en eau: comment aller de l'avant. » *Finances et Développement* 29: 16-19.
- Brook, Robert H. et Kathleen N. Lohr. 1986. « Will We Need to Ration Effective Health Care? » *Issues in Science and Technology* 3(1): 68-77.
- Brotowasisto, Oscar Gish, Ridwan Malik et Paramita Sudharto. 1988. « Health Care Financing in Indonesia. » *Health Policy and Planning* 3(2): 131-40.
- Bruce, Judith et Cynthia B. Lloyd. 1992. « Finding the Ties That Bind: Beyond Headship and Household. » Working Paper 41. Population Council, New York.
- Bruley, Mark E. 1991. « Global Trends in Healthcare Technology. » Keynote Address at Health-Tech 91: Health Technology in Development Countries: Assessment, Procurement, and Maintenance, Yaoundé, Cameroun, 11 mars. ECRI, Réunion de Plymouth, Pa.
- CAC/SCN (Comité administratif de coordination/Sous-Comité de la nutrition). 1991. *Controlling Iron Deficiency*. Nutrition Policy Discussion Paper 9. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- . 1992a. *Nutrition and Population Links: Breastfeeding, Family Planning and Child Health*. Nutrition Policy Discussion Paper 11. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- . 1992b. *Second Report on the World Nutrition Situation*. Vol. I : *Global and Regional Results*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Cairncross, A. M. 1990. « Health Impacts in Developing Countries: New Evidence and New Prospects. » *Journal of the Institution of Water and Environmental Management* 4(6): 571-77.
- Cairncross, Sandy. 1992. « Sanitation and Water Supply: Practical Lessons from the Decade. » Série Documents de synthèse du PNUD/Banque mondiale pour l'eau et l'assainissement, No 9. Banque mondiale, Washington.
- Caldwell, J. C. 1986. « Routes to Low Mortality in Poor Countries. » *Population and Development Review* 12(2): 171-220.
- CAMVAC (Centro de Apoyo a Mujeres Violadas). 1985. « Carpeta de Información Básica para la Atención Solidaria y Feminista a Mujeres Violadas. » Mexico.

- Caplan, David. 1985. « Consumption, Production, World Trade and Industry Structure. » Banque mondiale, Département de l'industrie et de l'énergie, Washington.
- Cassen, Robert H. et al. 1986. *Does Aid Work?* New York: Oxford University Press.
- Castro, E. I. et K. M. Mokate. 1988. « Malaria and its Socioeconomic Meaning: The Study of Cunday in Colombia. » Dans A. N. Herrin et P. L. Rosenfield, directeurs de publication. *Economics, Health and Tropical Diseases*. Manille : School of Economics, Université des Philippines.
- Chapman, R. S., J. L. Mumford, X. He, D. B. Harris, R. Yang et W. Jianq. 1989. « Assessing Indoor Air Pollution Exposure and Lung Cancer Risk in Xuan Wei, China. » *Journal of the American College of Toxicology* 8(5): 941-48.
- Chen, B. H., C. J. Hong, M. R. Pandey et K. R. Smith. 1990. « Indoor Air Pollution in Developing Countries. » *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales* 43: 127-38.
- Cleland, John. 1990. « Maternal Education and Child Survival: Further Evidence and Explanations. » Dans John Caldwell, Sally Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid et Daphne Broers-Freeman, directeurs de publication, *What We Know about Health Transition: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Series, Vol. I. Canberra : Australian National University.
- Coale, Ansley J. et Paul Demeny, avec Barbara Vaughan. 1983. *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. 2e édition. New York : Academic Press.
- Comanor, William S. 1986. « The Political Economy of the Pharmaceutical Industry. » *Journal of Economic Literature* 24 (septembre) : 1178-1217.
- Commission on Health Research for Development. 1990. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. New York: Oxford University Press.
- Conly, G. N. 1975. *The Impact of Malaria on Economic Development: A Case Study*. Scientific Publication 297. Washington : Organisation panaméricaine de la santé.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. 1992. « Violence against Women: Relevance for Medical Practitioners. » *JAMA: Journal of the American Medical Association* 267(23): 3184-89.
- COVAC. 1990. « Evaluación de Proyecto para Educación, Capacitación, y Atención a Mujeres y Menores de Edad en Materia de Violencia Sexual, Enero a Diciembre 1990. » Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, Mexico.
- Cumper, George et Patrick Vaughan. 1985. « Les auxiliaires de santé communautaire à la croisée des chemins. » *Forum mondial de la santé* 6, p. 412-415.
- Curtis, C. F. 1992. « Spraying Bed-Nets with Deltamethrin in Sichuan, China. » *Tropical Diseases Bulletin* 89(8): R1-R6.
- Davis, Karen, Gerard F. Anderson, Diane Rowland et Earl P. Steinberg. 1990. *Health Care Cost Containment*. Johns Hopkins Studies in Health Care Finance and Administration. Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press.
- De Geync, Willy. 1991. *Managing Health Expenditures under National Health Insurance: The Case of Korea*. Rapport technique de la Banque mondiale No 156. Washington.
- Diamond, Peter. 1992. « Organizing the Health Insurance Market. » *Econometrica* 60(6): 1233-54.
- Doll, Richard. 1992. « Health and the Environment in the 1990s. » *American Journal of Public Health* 82: 933-43.
- Downing, A. J. 1991. « Pedestrian Safety in Developing Countries. » Dans *Proceedings of the Vulnerable Road User: International Conference on Traffic Safety, New Delhi, January 27-30*. New Delhi : McMillan India.
- Drèze, Jean et Amartya Sen. 1989. *Hunger and Public Action*. WIDER Studies in Development Economics. Oxford, R.-U. : Clarendon Press.
- Dunn D. T., M. L. Newell, A. E. Ades et C. S. Peckham. 1992. « Risk of Human Immunodeficiency Transmission through Breastfeeding. » *Lancet* 340: 585-88.
- Edwards, Sebastian. A paraître. « Latin America a Decade After the Debt Crisis. » Banque mondiale, Bureau régional Amérique latine et Caraïbes, Bureau de l'Economiste en chef, Washington.
- El Batawi, M. A. et C. Husburner. 1987. « Epidemiological Approach to Planning and Development of Occupational Health Services at a National Level. » *International Journal of Epidemiology* 16: 288-92.
- Elliott, Paul. 1988. « The Intersalt Study: An Addition to the Evidence on Salt and Blood Pressure, and Some Implications. » *Journal of Human Hypertension* 3: 289-98.
- Elo, Irma. 1992. « Utilization of Maternal Health-Care Services in Peru: The Role of Women's Education. » *Health Transition Review* 2(1): 49-69.
- Engle, Patrice L. 1991. « Mother's Work and Child Care in Peri-Urban Guatemala. » *Child Development* 62.
- Enthoven, Alain C. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam : North-Holland.
- . 1989. « What Can Europeans Learn from Americans? » *Health Care Financing Review*, supplément annuel (décembre) 49-63.
- Enthoven, Alain et Carol Vorhaus. 1992. « Teaching Note: The Physician Personnel Industry. » Stanford University Graduate School of Business, Palo Alto, Calif.
- Equipe spéciale de la recherche en santé pour le développement. 1991. *Une stratégie pour l'action au service de la santé et du développement humain*. Genève : Equipe spéciale de la recherche en santé pour le développement.
- Esrey, S. A., J. B. Potash, L. Roberts et C. Shiff. 1991. « Effects of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhoea, Dracunculiasis, Hookworm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 69(5): 609-21.
- Evans, John R. 1981. *Measurement and Management in Medicine and Health Services: Training Needs and Opportunities*. New York : Fondation Rockefeller.
- Evans, John R., Karen Lashman Hall et Jeremy Warford. 1981. « Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. » Shattuck Lecture. *New England Journal of Medicine* 305 (novembre): 1117-27.
- Evans, Robert G., Morris L. Barer et Roberta J. Labelle. 1988. « Fee Controls as Cost Control: Tales from the Frozen North. » *Milbank Memorial Fund Quarterly* 66(1): 1-64.
- Ewbank, Douglas C. et Samuel H. Preston. 1990. « Personal Health Behaviour and the Decline in Infant and Child Mortality: The United States, 1900-1930. » Dans John Caldwell, Sally Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid et Daphne Broers-Freeman, directeurs de publication, *What We Know about Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Series, Vol. I. Canberra : Australian National University.
- Faiz, Asif, Christopher Weaver, Kumares Sinha, Michael Walsh et Jose Carbajo. A paraître. *Air Pollution from Motor Vehicles: Issues and Options for Developing Countries*. Washington : Banque mondiale et PNUE.
- Faúndes, Anibal et José Guilherme Cecatti. 1993. « Which Policy for Caesarian Sections in Brazil? An Analysis of Trends and Consequences. » *Health Policy and Planning* 8(1): 33-42.

- Fauveau, V. et T. Blanchet. 1989. « Epidemiology and Cause of Deaths among Women in Rural Bangladesh. » *International Journal of Epidemiology* 18(1): 139-45.
- Feachem, R. G. 1988. « Epidemiology and Tropical Public Health: Current and Future Contributions with Particular Emphasis on the Role of the London School of Hygiene and Tropical Medicine. » *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 82: 790-98.
- Feachem, Richard G. et Dean T. Jamison. 1991. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. New York : Oxford University Press.
- Feachem, R. G., E. Burns, S. Cairncross, A. Cronin, P. Cross, D. Curtis, M. Khalid Kahn, D. Lamb et H. Southall. 1978. *Water, Health and Development: An Interdisciplinary Evaluation*. Londres : Tri-Med Books.
- Feachem, Richard G. A., Tord Kjellstrom, Christopher J. L. Murray, Mead Over et Margaret A. Phillips, directeurs de publication, 1992. *The Health of Adults in the Developing World*. Washington : Banque mondiale.
- Fenner, Frank, Donald A. Henderson, Isao Arita, Zdenek Jezek et Ivan D. Ladnyi. 1988. *Smallpox and Its Eradication*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Fonds monétaire international. Editions diverses. *Government Finance Statistics*. Washington.
- Foster, A. 1987. « Cataract Blindness in Africa. » *Ophthalmic Surgery* 18: 384-88.
- Foster, Stanley O., Deborah McFarland et Meredith John. A paraître. « Measles. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Foster, Susan D. 1990. « Improving the Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa. » Série Documents de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures, No 456. Banque mondiale, Département de la population et des ressources humaines, Washington.
- . 1991. « Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa: Some Issues and Possible Solutions. » *Social Science Medicine* 32(11): 1201-18.
- Free, Michael. 1991. « Health Technologies for the Developing World: Addressing the Unmet Needs. » Program for Appropriate Technology in Health, Seattle, Washington.
- Frenk, Julio, J.-L. Bobadilla, J. Sepúlveda et M. Lopez Cervantes. 1989. « Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care. » *Health Policy and Planning* 4: 29-39.
- Frenk, Julio, Javier Alagon, Gustavo Nigenda, Alejandro Muñoz-del Rio, Cecilia Robledo, Luis A. Vaquez-Segovia et Catalin Ramirez-Cuadra. 1991. « Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico. » *American Journal of Public Health* 81 (janvier): 123-29.
- Fuchs, V. R. 1978. « The Supply of Surgeons and the Demand for Operations. » *Journal of Human Resources* 13 (supp.): 35-56.
- . 1979. « Economics, Health and Post-Industrial Society. » *Milbank Memorial Fund Quarterly* 57(2): 153-82.
- Garber, Alan M. et Victor R. Fuchs. 1991. « The Expanding Role of Technology Assessment in Health Policy. » *Stanford Law and Policy Review* (automne) 1991: 203-09.
- Gelijns, Annetine C. et Ethan A. Halm, directeurs de publication. 1991. *Medical Innovation at the Crossroads*. Vol. 2: *The Changing Economics of Medical Technology*. Washington : National Academy Press.
- Gerdtham, Ulf-G., Jes Sogaard, Fredrik Andersson et Bengt Jönsson. 1992. « An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries. » *Journal of Health Economics* 11: 63-84.
- Gertler, Paul et Jacques van der Gaag. 1990. *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries*. Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press.
- Ghana Health Assessment Project Team. 1981. « Quantitative Methods of Assessing Health Impact of Different Diseases in Less Developed Countries. » *International Journal of Epidemiology* 10(1): 73-80.
- Glewwe, Paul. 1991. *Schooling, Skills, and the Returns to Government Investment in Education: An Exploration Using Data from Ghana*. Etude sur la mesure des niveaux de vie, Document de travail No 76. Washington : Banque mondiale.
- Godal, Tore. 1993. « Introduction. » *Maladies tropicales : progrès de la recherche, 1991-92*. Onzième rapport du Programme PNUD/Banque mondiale/OMS : Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR). Genève : OMS.
- Gomes-Neto, J. B. et E. A. Hanushek. 1991. « The Causes and Effects of Grade Repetition: Evidence from Brazil. » Working Paper 295. Rochester Center for Economic Research, Rochester, N.Y.
- Goodgame, R. W. 1990. « AIDS in Uganda: Clinical and Social Features. » *New England Journal of Medicine* 323: 383-89.
- Griffin, Charles C. 1992. *Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing*. Etudes régionales et sectorielles de la Banque mondiale. Washington.
- Grosh, Margaret E., directeur de publication. 1992. « From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America. » Vol. 1, Synthesis. LAC Regional Studies Program Report 21. Banque mondiale, Washington.
- Grossman, Michael. 1975. « The Correlation between Health and Schooling. » Dans Nestor E. Terleckyj, directeur de publication, *Household Production and Consumption*. New York : Columbia University Press.
- Gutierrez-Fisac, Juan L., Enrique Regidor et Elena Ronda. 1992. « Occupational Accidents and Alcohol Consumption in Spain. » *International Journal of Epidemiology* 21(6): 1114-19.
- Halbwachs, Hans. 1992. « Need for Spares: Excuse or Reality? » Office allemand de la coopération technique (GTZ), Division Santé, population et nutrition, Eschborn, Allemagne.
- Halstead, Scott, Peter Tugwell et Kathryn Bennet. 1991. « The International Clinical Epidemiology Network (INCLEN): A Progress Report. » *Journal of Clinical Epidemiology* 44: 579-89.
- Halstead, Scott B., Julia A. Walsh et Kenneth S. Warren, directeurs de publication. 1985. *Good Health at Low Cost*. Actes de la Conférence de Bellagio, Italie, parrainée par la Fondation Rockefeller, 29 avril-3 mai.
- Handwerker, W. Penn. 1991. « Gender Power Difference May Be STD Risk Factors for the Next Generation. » Document présenté à la 90e réunion annuelle de l'American Anthropological Association, Chicago, Illinois.
- Hecht, Robert, Catherine Overholt et R. Hopkins Holmberg. 1993. « Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe. » *Health Policy* 25(1), juillet.
- Heise, Lori. 1993. « Violence Against Women: The Missing Agenda. » Dans Marge Koblinksky, Judith Timyan et Jill Gay, directeurs de publication, *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, Colo. : Westview.
- Heller, Peter S. et Jack Diamond. 1990. *International Comparisons of Government Expenditures Revisited: The Developing Countries, 1975-86*. Etude spéciale No 69. Washington : Fonds monétaire international.

- Hill, Kenneth et Alberto Palloni. 1992. « Demographic Responses to Economic Shocks: The Case of Latin America. » Dans *Proceedings of the Peopling of the Americas Conference, Veracruz, Mexico*. Liège : Union internationale pour l'étude scientifique de la population.
- Hlady, W. Gary, John V. Bennett, Aziz R. Samadi, Jahanara Begum, Abdul Hafez, Aminul I. Tarafdar et John R. Boring. 1992. « Neonatal Tetanus in Rural Bangladesh: Risk Factors and Toxoid Efficacy. » *American Journal of Public Health* 82(10): 1365-69.
- Hobcraft, J. N., directeur de publication. 1991. *Actes de la Conférence mondiale sur les enquêtes démographiques et de santé, Washington, 1991*. Vol. 2: 1157-82.
- . 1991. « Women's Education, Child Welfare and Child Survival: A Review of the Evidence. » *Health Transition Review* 3(2).
- Hoddinott, John et Lawrence Haddad. 1991. « Household Expenditures, Child Anthropometric Status and the Intra-household Division of Income: Evidence from the Côte d'Ivoire. » Université d'Oxford, Unit for the Study of African Economies, Oxford, R.-U..
- Holly, John et David Lee. 1992. « Costa Rica: Proyecto Reforma Salud— Estudio de Financiamiento, Adquisición y Distribución de Farmacéuticos y Materiales Médicos. » Managemen Sciences for Health, Boston, Mass.
- Hosken, Fran. 1988. « International Seminar: Female Circumcision— Strategies to Bring About Change. » *Women's International Network News* 14(3): 24-37.
- Hsiao, William. 1992. « Health Care Finance and Health Insurance Mechanisms in Developing Countries. » Document présenté à la Conférence internationale sur la macro-économie et la santé dans les pays les plus démunis, Genève, 24-26 juin.
- Hughes, Robert G., Sandra S. Hunt et Harold S. Luft. 1987. « Effects of Surgeon Volume and Hospital Volume on Quality of Care in Hospitals. » *Medical Care* 25(6): 489-503.
- Humphrey, J. H., K. P. West, Jr. et Alfred Sommer. 1992. « Vitamin A Deficiency and Attributable Mortality Among Under-5-Year-Olds. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 70(2): 2: 5-232.
- Hurst, Jeremy. 1992. *La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques.
- Huttly, S. I. A. 1990. « The Impact of Inadequate Sanitary Conditions on Health in Developing Countries. » *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales* 43: 118-26.
- Ikegami, Naoki. 1992. « The Economics of Health Care in Japan. » *Science* 258 (23 octobre) : 614-18.
- Ingram, Gregory. 1992. « Social Indicators and Productivity Convergence in Developing Countries. » Série Documents de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures, No 894. Banque mondiale, Economie du développement, Service de conseil pour la recherche, Washington.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington : National Academy Press.
- . 1992. *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*. Washington : National Academy Press.
- Jacobs, William R., Jr., Raúl G. Barletta, Rupa Udani, John Chan, Gary Falkut, Gabriel Sosne, Tobias Kiese, Gary J. Sarkis, Graham F. Hatfull et Barry R. Bloom. 1993. « Rapid Assessment of Drug Susceptibilities of *Mycobacterium tuberculosis* by Means of Luciferase Reporter Phages. » *Science* 260 (mai): 319-22.
- Jamison, Dean T. A paraître. « Disease Control Priorities in Developing Countries: An Overview. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Jamison, Dean T. et Joanne Leslie. 1990. « Health and Nutrition Considerations in Education Planning: The Cost and Effectiveness of School-Based Interventions. » *Food and Nutrition Bulletin (International)* 12(3): 204-14.
- Jamison, Dean T. et Peter Moock. 1984. « Farmer Education and Farm Efficiency in Nepal: The Role of Schooling, Extension Services, and Cognitive Skills. » *World Development* 12: 67-86.
- Jamison, Dean T., W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication. A paraître. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Jarousse, Jean-Pierre et Alain Mingat. 1992. « Options for Accelerated Development of Primary Education in the Sahel. » Banque mondiale, Département du Sahel, Division Opérations, population et ressources humaines, Washington.
- Javitt, Jonathan C. A paraître. « Cataract. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Jeyaratnam, J. 1985. « Health Problems of Pesticide Usage in the Third World. » *British Journal of Industrial Medicine* 42: 505-06.
- Jimenez, Emmanuel. 1987. *Pricing Policy in the Social Sectors*. Washington : Banque mondiale.
- Johnston Ian. 1992. « Comment réduire la mortalité routière. » *Forum mondial de la santé* 13: 154-62.
- Jonsson, Bengt. 1989. « What Can Americans Learn from Europeans? » *Health Care Financing Review*, supplément annuel (décembre) 79-93.
- Kakwani, Nanak, Elene Makonnen et Jacques van der Gaag. 1990. « Structural Adjustment and Living Conditions in Developing Countries. » Série Documents de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures, No 467. Banque mondiale, Département de la population et des ressources humaines, Washington.
- Kanji, Najmi, Anita Hardon, Jan Willem Harnmeijer, Masuma Mamdani et Gill Walt. 1992. *Drugs Policy in Developing Countries*. Londres : Zed Books Ltd., en association avec l'Agence danoise de développement international (DANIDA).
- Katabira, E. et R. W. Goodgame. 1989. « AIDS Care: Diagnostic and Treatment Strategies for Health Workers. » Ministère de la santé de l'Ouganda, Health Education Printing Unit, Kampala.
- Kennedy, Eileen. 1992. « Effects of Gender of Head of Household on Women's and Children's Nutritional Status. » Document présenté à l'atelier concernant « Les effets des politiques et des programmes sur les femmes », 16 janvier. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. Washington.
- Keusch, Gerald T. et Nevin Scrimshaw. 1986. « Control of Infection to Reduce Malnutrition. » *Reviews of Infectious Diseases* 8(2): 298-312.
- King, Elizabeth M. et M. Anne Hill. 1993. « Overview. » Dans Elizabeth M. King and M. Anne Hill, directeurs de publication, *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policies*. Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press.

- Koop, C. Everett. 1989. « Violence against Women: A Global Problem. » Allocution prononcée à l'Organisation panaméricaine de la santé, Washington, 22 mai.
- Korte, R., Heide Richter, F. Merkle et H. Gorgen. 1992. « Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Options for Decisionmakers during Adjustment. » *Social Science and Medicine* 34(1): 1-9.
- Koss, Mary, Paul Koss et Joy Woodruff. 1991. « Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization. » *Archives of Internal Medicine* 151: 342-47.
- Kutzin, Joseph et Howard Barnum. 1992. « Institutional Features of Health Insurance Programs and Their Effects on Developing Country Health Systems. » *International Journal of Health Planning and Management* 7: 51-72.
- Laing, R. O. 1990. « Rational Drug Use: An Unsolved Problem. » *Tropical Doctor* 20 (juillet): 101-03.
- Lancet. 1992. « Environmental Pollution: It Kills Trees, But Does it Kill People? » 340: 821-22.
- Leslie, Joanne. 1987. « Interactions of Malnutrition and Diarrhea: A Review of Research. » Dans J. Price Gittinger, Joanne Leslie et Caroline Hoisington, directeurs de publication, *Food Policy: Integrating Supply, Distribution, and Consumption*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- . 1989a. « Women's Time: A Factor in the Use of Child Survival Technologies. » *Health Policy and Planning* 4(1): 1-16.
- . 1989b. « Women's Work and Child Nutrition in the Third World. » Dans Joanne Leslie et Michael Paolisso, directeurs de publication, *Women, Work, and Child Welfare in the Third World*. Boulder, Colo.: Westview.
- Leslie Joanne, Dean T. Jamison et Philip Musgrove. A paraître. « Protein-Energy Balance in the Diet and Human Growth. » Banque mondiale, Washington.
- Levin, Henry M., Ernesto Pollitt, Rae Galloway et Judith McGuire. A paraître. « Micronutrient Deficiency Disorders. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Lewis, Maureen A. et Clover Parker. 1991. « Policy and Implementation of User Fees in Jamaican Public Hospitals. » *Health Policy* 18: 57-85.
- Lindenbaum, S., M. Chakraborty et M. Elias. 1985. *The Influence of Maternal Education on Infant and Child Mortality in Bangladesh*. Special Publication 23. Dhaka: International Center for Diarrhoeal Disease Research.
- Litvack, Jennie et Claude Bodart. 1992. « User Fees and Improved Quality of Health Care Equals Improved Access: Results of a Field Experiment in Cameroon. » *Social Sciences and Medicine* 37(3).
- Lockheed, Marlaine E., Dean T. Jamison et Lawrence Lau. 1980. « Farmer Education and Farm Efficiency: A Survey. » *Economic Development and Cultural Change* 29(1): 37-76.
- Lockheed, Marlaine E., Adriaan M. Verspoor et al. 1991. *Improving Primary Education in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Louat, Frederic, Margaret E. Grosh et Jacques van der Gaag. 1992. *Welfare Implications of Female Headship in Jamaican Households*. Etude sur la mesure des niveaux de vie, Document de travail No 96. Washington: Banque mondiale.
- Luft, Harold S. 1978. *Poverty and Health. Economic Causes and Consequences of Health Problems*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Lutter, Chessa K., Jean-Pierre Habicht, Juan A. Rivera et Reynaldo Martorell. 1992. « The Relationship Between Energy Intake and Diarrhoeal Disease in Their Effects on Child Growth: Biological Model, Evidence, and Implications for Public Health Policy. » *Food and Nutrition Bulletin* 14(1): 36-42.
- Mackay, Judith. 1993. *The State of Health Atlas*. New York: Simon and Schuster.
- Management Sciences for Health. 1992. *Indicateur de prix internationaux des médicaments 1991*. Boston, Mass.
- Mardones, Francisco et Rafael Zamora. 1989. « Evaluaciones Socio-económicas del Programa Nacional de Alimentación Complementaria: ¿Que es lo que se ha hecho? » *Revista Chilena de Nutrición* 17(3): 169-74.
- Martorell, Reynaldo, Juan Rivera, Haley Kaplowitz et Ernesto Pollitt. 1992. « Long-Term Consequences of Growth Retardation During Early Childhood. » Document présenté au Sixième Congrès international d'auxologie, Madrid. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Max, Emmanuel et Donald S. Shepard. 1989. « Productivity Loss Due to Deformity from Leprosy in India. » *International Journal of Leprosy* 57(2).
- Maxwell, C. A., C. F. Curtis, H. Haji, S. Kisumku, A. I. Thalib et S. A. Yahya. 1990. « Control of Bancroftian Filariasis by Integrating Therapy with Vector Control Using Polystyrene Beads in Wet Pit Latrines. » *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 84: 709-14.
- McGreevey, William. 1990. *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*. Document de synthèse de la Banque mondiale No 110. Washington.
- McGuire, Judith et Barry M. Popkin. 1990. « Beating the Zero-Sum Game: Women and Nutrition in the Third World: Part 2. » *Food and Nutrition Bulletin (International)* 12: 3-11.
- McKeown, Thomas. 1976. *The Modern Rise of Population*. Londres: Edward Arnold.
- McPake, Barbara, Kara Hanson et Anne Mills. 1992. « Experience to Date of Implementing The Bamako Initiative: A Review and Five Country Case Studies. » London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy.
- Meerman, Jacob. 1980. « An Analysis in Development Perspective of Bolivia's Largest Public Enterprises: COMIBOL, YPFB, and ENAF. » Banque mondiale, Département de l'économie du développement, Washington.
- Mesa-Lago, Carmelo. 1991. *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*. Document de synthèse de la Banque mondiale No 140. Washington.
- . 1992. « Health Care for the Poor in Latin America and The Caribbean. » PAHO Scientific Publication 539. Organisation panaméricaine de la santé, Washington.
- Mills, Anne, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith et Iraj Tabibzadeh, directeurs de publication. 1990. *Décentralisation des systèmes de santé: concepts, problèmes et expériences de quelques pays*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Minhas, B. S. 1991. *Educational Deprivation and Its Role as a Spoiler of Access to Better Life in India*. New Delhi: Indian Statistical Institute.
- Monteiro, Carlos Augusto. 1988. *Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Moses, S., F. A. Plummer, E. N. Ngugi, N. J. Nagelkerke, A. O. Anzala et J. O. Ndinya-Achola. 1991. « Controlling HIV in Africa: Effectiveness and Cost of an Intervention in a High-Frequency STD Transmitter Core Group. » *AIDS* 5: 407-11.

- Moses, S., F. Manji, J. E. Bradley, N. J. Nagelkerke, M. A. Malisa et F. A. Plummer. 1992. « Impact of User Fees on Attendance at a Referral Centre for Sexually Transmitted Diseases in Kenya. » *Lancet* 340: 463-66.
- Mosley, W. Henry et Lincoln Chen, directeurs de publication. 1984. *Child Survival: Strategies for Research*. New York : Population Council.
- MRC (Medical Research Council). 1989. « The Neuropsychological Effects of Lead in Children: A Review of the Research 1984-1988. » Londres.
- Muller, O., L. Barugahare, B. Schwartlander, E. Byaruhanga, P. Kataaha, D. Kyeyune, W. Heckmann et M. Ankrah. 1992. « HIV Prevalence, Attitudes and Behaviour in Clients of a Confidential HIV Testing and Counselling Centre in Uganda. » *AIDS* 6: 869-74.
- Murray, Christopher et Alan Lopez, directeurs de publication. A paraître (a). « The Global Burden of Disease. » Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Mass.
- . A paraître (b). « Global Causes of Death Pattern in 1990. » *Lancet*.
- Murray, Christopher, Karel Styblo et Annik Rouillon. A paraître « Tuberculosis. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Musgrove, Philip. 1986. « Measurement of Equity in Health. » *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales* 39: 325-35.
- . 1988. « Is the Eradication of Polio in the Americas Economically Justified? *Bulletin of the Pan American Sanitary Bureau* 22(1).
- . 1990. *Fighting Malnutrition: An Evaluation of Brazilian Food and Nutrition Programs*. Document de synthèse de la Banque mondiale No 60. Washington.
- . 1993. « Relaciones entre la Salud y el Desarrollo. » *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 114(2): 115-29.
- Natale, Joanne E., Jill G. Joseph, Randall Bergen, Ravilla D. Thulasi et Laxmi Rahmathullah. 1992. « Prevalence of Childhood Disability in a Southern Indian City: Independent Effect of Small Differences in Social Status. » *International Journal of Epidemiology* 21(2): 367-72.
- National Research Council. 1989. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington : National Academy Press.
- Nations Unies. 1985. *Socio-Economic Differentials in Child Mortality in Developing Countries*. Etudes démographiques No 97. New York.
- . 1938. *Mortality of Children under Age Five*. New York.
- . 1950. *World Population Prospects*. New York.
- . 1991. *Annuaire démographique*. New York.
- . 1992. *Child Mortality since the 1960s*. New York.
- . A paraître. *The Health Rationale for Family Planning: Timing of Births and Child Survival*. New York.
- Nazerali, Hanif. 1992. « ZEDAP: rétrospective 1987-1992. » *Médicaments essentiels : le Point* (Bulletin d'information diffusé par le Programme d'action de l'OMS pour les médicaments et vaccins essentiels) 13: 6-8.
- Needleman, H. L., A. Schell, D. Bellinger, A. Leviton et E. N. Alford. 1990. « The Long-Term Effects of Exposure to Low Doses of Lead in Childhood: An 11-Year Follow-up Report. » *New England Journal of Medicine* 322(2): 83-88.
- Newbrander, William. 1987. « Papua New Guinea's Expenditure on Hospitals: Policy and Practice since Independence. » *Health Policy and Planning* 2(3): 227-35.
- Nokes, C., S. M. Grantham-McGregor, A. W. Sawyer, E. S. Cooper, B. A. Robinson et D. A. P. Bundy. 1992. « Moderate to Heavy Infections of *Trichuris trichiura* Affect Cognitive Function in Jamaican School Children. » *Parasitology* 104: 539-47.
- Norboo, T., M. Yahya, N. G. Bruce, J. A. Heady et K. P. Ball. 1991. « Domestic Pollution and Respiratory Illness in a Himalayan Village. » *International Journal of Environmental Health* 20: 749-57.
- Nur, E. T. M. et H. A. Mahran. 1988. « The Effect of Health on Agricultural Labor Supply: A Theoretical and Empirical Investigation. » Dans A. N. Herrin et P. L. Rosenfield, directeurs de publication. *Economics, Health and Tropical Diseases*. Manille : School of Economics, Université des Philippines.
- Office of Technology Assessment, U.S. Congress. 1993. *Pharmaceutical R & D: Costs, Risks and Rewards*. Report OTA-H-522, février. Washington : U.S. Government Printing Office.
- Oganov, Raphael G. 1992. « Cardiovascular Diseases in Russia. » Document présenté à la réunion de l'Institut de Médecine à Washington, octobre. National Research for Preventive Medicine, Moscou.
- Omran, Abdel R. 1971. « The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. » *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4): Part 1, 509-38.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 1978. *Classification internationale des maladies*. Neuvième révision. Genève.
- . 1988a. *Estimating Drug Requirements: A Practical Manual*. Programme d'action de l'OMS pour les médicaments et vaccins essentiels. Genève.
- . 1989a. *L'amélioration de la sécurité routière : nouvelles approches*. Série de Rapports techniques, No 781. Genève.
- . 1989b. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. Genève.
- . 1989c. *Directives pour l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales*. Genève.
- . 1990. *La situation pharmaceutique dans le monde*. Genève.
- . 1991a. « Organisation, financement et réforme des systèmes de soins dans les pays d'Europe centrale et orientale. » Compte rendu de la réunion qui s'est tenue à l'Organisation mondiale de la santé à Genève, 22-26 avril 1991. Groupe spécial de l'OMS sur le développement sanitaire des pays d'Europe centrale et orientale. Genève.
- . 1991b. « Programme on Substance Abuse: Inter-Regional Meeting on Alcohol-Related Problems, April 2-8, Tokyo. » Division du renforcement des services de santé, Genève.
- . 1991c. « The Public/Private Mix in National Health Systems and The Role of Ministries of Health. » Réunion interrégionale, Hacienda Cocoyoc, Etat de Morelos, Mexique. Division du renforcement des services de santé, Genève.
- . 1991d. *Maladies tropicales : progrès de la recherche, 1989-1990*. Dixième rapport du programme du PNUD/Banque mondiale/OMS. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR). Genève.
- . 1991e. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. Genève.
- . 1992a. *Acute Effects on Health of Smog Episodes*. OMS, Publications régionales, Série européenne, No 43. Copenhague.
- . 1992b. « Global Health Situation and Projections—Estimates. » Division de la surveillance épidémiologique et de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances. Genève.
- . 1992c. *Notre planète, notre santé : Rapport de la Commission OMS Santé et environnement*. Genève.

- . 1992d. « Programme on Substance Abuse: Atlas Report. » Genève.
- . 1993a. « Evaluation, changements, finances, services santé. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Série de Rapports techniques, No 829. Genève.
- . 1993b. « Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : deuxième évaluation et huitième rapport sur la situation sanitaire mondiale. » Sous presse. Genève.
- . A paraître. « Investing in Care for Persons with AIDS. » Projet. Genève.
- . Editions diverses. « Health Equipment Management: A World Health Organization Newsletter. » Division du renforcement des services de santé. Genève.
- OMS, Programme mondial de lutte contre le SIDA. 1993a. « The Costs of HIV/AIDS Prevention Strategies in Developing Countries. » GPA/Dir/93.2. Genève.
- . 1993b. « Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection 1992. » WHO/GPA/Inf/93.2. Genève.
- OMS/PNUe (Programme des Nations Unies pour l'environnement). 1992. *Urban Air Pollution in Megacities of the World*. Oxford, R.-U. : Blackwell Reference.
- Over, Mead. 1991. *Economics for Health Sector Analysis : Concepts and Cases*. Institut de développement économique. Matériels techniques. Washington : Banque mondiale.
- Over, Mead et Peter Piot. A paraître. « HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Over, Mead, Randal P. Ellis, Joyce Huber et Orville Solon. 1992. « The Consequences of Adult Ill-Health. » Dans Richard Feachem et al., directeurs de publication, *The Health of Adults in the Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Palloni, Alberto. 1981. « Mortality in Latin America: Emerging Patterns. » *Population and Development Review* 7(4): 623-51.
- Pandey, M. R., J. S. M. Boleij, K. R. Smith et E. M. Wafula. 1989. « Indoor Air Pollution in Developing Countries and Acute Respiratory Infection in Children. » *Lancet* 1: 427-29.
- Pauley, Mark V. 1986. « Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. » *Journal of Economic Literature* 24 (juin): 629-75.
- Pelletier, David L. 1991. « Relationships between Child Anthropometry and Mortality in Developing Countries: Implications for Policy, Programs and Future Research. » Cornell Food and Nutrition Policy Program Monograph 12. Université Cornell, Ithaca, N.Y.
- Phelps, Charles E. 1992. *Health Economics*. New York : Harper-Collins.
- Pierce, John P. 1989. « International Comparisons of Trends in Cigarette Smoking Prevalence. » *American Journal of Public Health* 79(2): 152-57.
- . 1991. « Progress and Problems in International Public Health Efforts to Reduce Tobacco Usage. » *Annual Review of Public Health* 12: 383-400.
- Pinstrup-Andersen, Per, Susan Burger, Jean-Pierre Habicht et Karen Peterson. A paraître. « Protein Energy and Malnutrition. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Piola, Sérgio Francisco et Solon Magalhães Vianna. 1991. « Políticas e Prioridades do Sistema Único de Saúde—SUS. » Banque mondiale, Amérique latine, Département géographique 1, Washington.
- Pitt, Mark M., Mark R. Rosenzweig et Nazmul Hassan. 1990. « Productivity, Health and Inequality in the Intrahousehold Distribution of Food in Low-Income Countries. » *American Economic Review* 80: 1139-56.
- Plitche, Stacey. 1992. « The Effects of Woman Abuse on Health Care Utilization and Health Status: A Literature Review. » *Women's Health* (Jacobs Institute of Women's Health) 2(3): 154-61.
- PNUd (Programme des Nations Unies pour le développement). 1993. *Rapport mondial sur le développement humain 1993*. Paris : Economica.
- Pollitt, Ernesto. 1990. *Malnutrition and Infection in the Classroom*. Paris : UNESCO.
- Popkin, Barry M. 1993. « Nutritional Patterns and Modes of Change. » *Population and Development Review*.
- Population Information Program. 1992. *Population Reports Series M* (11) : décembre.
- Population Reference Bureau. 1992a. « Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences. » Washington.
- . 1992b. « Les adolescentes en Afrique subsaharienne : graphiques sur le mariage et la procréation. » Washington.
- Potts, Malcolm, Roy Anderson et Marie-Claude Boily. 1991. « Slowing the Spread of Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries. » *Lancet* 338 (7 septembre).
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. 1983. « Securing Access to Health Care. » Washington.
- Preston, Samuel H. et Michael R. Haines. 1991. *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*. Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Preston, Samuel H., Nathan Keyfitz et Robert Schoen. 1972. *Causes of Death: Life Tables for National Populations*. New York : Seminar Press.
- Psacharopoulos, George. 1993. « Returns to Investment in Education: A Global Update. » Série Documents de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures, No 1067. Banque mondiale, Amérique latine et Caraïbes, Département technique, Washington.
- Reinhardt, Uwe E. 1989. « The U.S. Health Care Financing and Delivery System: Its Experience and Lessons for Other Nations. » Symposium international sur les systèmes de soins de santé, Taiwan, Chine.
- . 1991. « Health Manpower Forecasting: The Case of Physician Supply. » Dans Eli Ginzberg, directeur de publication. *Health Services Research: Key to Health Policy*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Relman, Arnold S. 1993. « The Marketplace in Health Care Reform: The Demographic Limitations of Managed Competition. » *New England Journal of Medicine* 328 (janvier): 148-52.
- Reyes, Edna A. et Oscar F. Picazo. 1990. « Health Manpower Employment and Productivity in the Philippines. » Working Paper Series 90-19. Philippine Institute for Development Studies, Manille.
- Richards, R. et T. Fülöp avec la collaboration de J. Bannerman, G. Greenholm, J.-J. Guibert et M. Wunderlich. 1989. *Ecoles novatrices pour les personnels de santé : Rapport sur dix établissements du réseau des établissements de formation en sciences de la santé orientés vers les besoins de la communauté*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Riddell, Roger C. 1987. *Foreign Aid Reconsidered*. Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press.
- Robertson, Robert L., Andrew J. Hall, Paolo E. Crivelli, Yamoundou Lowe, Hazel M. Inskip et Sharon K. Snow. 1992. « Cost Effectiveness of Immunizations: The Gambia Revisited. » *Health Policy and Planning* 7(2): 111-22.
- Rodgers, G. B. 1979. « Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. » *Population Studies* 33(2): 343-51.
- Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World*. Vol. 1 : *The Countries*. New York : Oxford University Press.
- Rogot, E., P. D. Sorlie et N. J. Johnson. 1992. « Life Expectancy by Employment Status, Income, and Education in the National Longitudinal Mortality Study. » *Public Health Reports* 107(4): 47-61.
- Romieu, Isabelle. 1992. « Air Pollution and Pneumonia in Young Children. » Centre panaméricain d'écologie et de santé humaines, Mexico.
- Romieu, Isabelle, Henyk Weitzenfeld et Jacobo Finkelman. 1990. « Urban Air Pollution in Latin America and the Caribbean: Health Perspectives. » *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales* 43(3): 153-67.
- Rozyński, Edward M. et Matthew S. Gallivan. 1992. « The Global Medical Device Market Report. » Health Industry Manufacturers Association, Washington.
- Rublee, Dalila A. 1989. « Medical Technology in Canada, Germany, and the United States. » *Health Affairs* (automne) : 178-81.
- Sagan, L. A. et A. A. Afifi. 1979. « Health and Economic Development Factors Affecting Mortality. » Dans G. T. Goodman et W. D. Rowe, directeurs de publication, *Energy Risk Management*. Londres : Academic Press.
- Sahn, David E. 1990. *Malnutrition in Côte d'Ivoire: Prevalence and Determinants*. Les dimensions sociales de l'ajustement en Afrique subsaharienne, Document de travail No 4. Washington : Banque mondiale.
- Sanderson, Warren C. et Jee-Peng Tan. A paraître. « Population Issues in Asia: Context, Policies and Prospects. » Banque mondiale, Asie, Département technique, Washington.
- Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier et Leslie M. Greenwald. 1992. « U.S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Update. » *Health Care Financing Review* 11(4): 9-15.
- Schmidt, Henk C., Victor R. Neufeld, Zohair M. Nooman et Toyé Ogunbode. 1991. « Network of Community-Oriented Educational Institutions for the Health Services. » *Academic Medicine* 66: 259-63.
- Schneider, Markus, Rudolf K.-H. Dennerlein, Aynur Kose et Lea Scholtes. 1992. *Health Care in the EC Member States*. Health Policy Monographs, Vol. 1. Amsterdam : Elsevier.
- Schroeder, Steven A. 1984. « Western European Responses to Physician Oversupply—Lessons for the United States. » *JAMA: Journal of the American Medical Association* 252 (juillet): 373-84.
- . 1992. « Physician Supply and the U.S. Medical Marketplace. » *Health Affairs* (printemps): 234-43.
- Schultz, T. Paul et Aysit Tansel. 1993. « Estimates of Wage Returns to Adult Health in Côte d'Ivoire and Ghana. » Université Yale New Haven, Conn.
- Schwab, L. 1987. « Cost Effective Cataract Surgery in Developing Nations. » *Ophthalmic Surgery* 12: 307-09.
- Schwartz, J. H. et D. W. Dockery. 1992. « Increased Mortality in Philadelphia Associated with Daily Air Pollution Concentrations. » *American Review of Respiratory Disease* 145: 600-04.
- Scrimshaw, Nevin S. 1986. « Consequences of Hunger for Individuals and Society. » Dans Barry R. Bloom, directeur de publication. *Proceedings from the Symposium on the Biomedical Aspects of World Famine*. Federation Proceedings (Federation of American Societies for Experimental Biology) 45(10): 2421-26.
- Sen, Amartya R. 1981. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, R.-U. : Clarendon Press.
- Serageldin, Ismail, A. Edward Elmendorf et El-Tigani E. El-Tigani. A paraître. « Structural Adjustment and Health in Africa in the 1980s. » Banque mondiale, Département technique, Afrique, Washington.
- Shepard, Donald S., R. L. Robertson, C. S. M. Cameron III, P. Saturno, M. Pollack, J. Manseau, P. Martinez, P. Meissner et J. Perrone. 1989. « Cost Effectiveness of Routine and Campaign Vaccination Strategies in Ecuador. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 67(6): 649-662.
- Shepard, Donald, Julia Walsh, Wolfgang Munar, Laura Rose, Rodrigo Guerrero, Luis F. Cruz, Guillermo Reyes, Gail P. Orsolani et Carlos Solarte. 1990. « Cost-Effectiveness of Ambulatory Surgery in Cali, Colombia. » Document présenté à la conférence intitulée « Outpatient Hospitals: Their Role in Health Care Systems in Developing Countries », Harvard School of Public Health, Boston, novembre.
- Shim, Young-Hee. 1992. « Sexual Violence against Women in Korea: A Victimization Survey of Seoul Women. » Document présenté à la conférence sur « Les perspectives internationales de la criminalité, de la justice et de l'ordre public », Saint-Petersbourg, Russie, 21-27 juin.
- Smith, G. S. et P. Barss. 1991. « Unintentional Injuries in Developing Countries: The Epidemiology of a Neglected Problem. » *Epidemiologic Reviews* 13: 228-65.
- Smith, Kirk R. A paraître. « Combustion, Air Pollution, and Health in Developing Countries. » *Annual Review of Energy and Environment* 18(20).
- Smith, Kirk R. et Liu Youcheng. 1993. « Indoor Air Pollution in Developing Countries. » Dans Jonathan Samet, directeur de publication. *The Epidemiology of Lung Cancer*. New York : Marcel Dekker.
- Smith, K. R. et S. Rodgers. 1992. « Interventions to Reduce Morbidity and Mortality from Pneumonia in Children: Reducing Exposure to Household Biomass Smoke. » London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Solon, Orville, Rhais M. Gamboa, J. Brad Schwartz et Alejandro N. Herrin. 1992. « Health Sector Financing in Philippines. » Health Finance Development Project. HFDP Monograph 2. Gouvernement des Philippines, Département de la santé, Manille.
- Stamler, Jeremiah, Geoffrey Rose, Rose Stamler, Paul Elliot, Alan Dyer et Michael Marmot. 1989. « Intersalt Study Findings: Public Health and Medical Care Implications. » *Hypertension* 14: 570-77.
- Stark, Evan. 1984. « The Battering Syndrome: Social Knowledge, Social Therapy and the Abuse of Women. » Thèse de doctorat. Université d'Etat de New York, Binghamton, Département de Sociology.
- Stark, Evan et Anne Flitcraft. 1991. « Spouse Abuse. » Dans M. Rosenberg et Anne Finley, directeurs de publication, *Violence in America: A Public Health Approach*. New York : Oxford University Press.
- Stephenson, Patricia, Marsden Wagner, Mihaela Badea et Florina Servanescu. 1992. « Commentary: The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion—Lessons from Romania. » *American Journal of Public Health* 82(10): 1328-31.

- Strauss, John, Paul Gertler, Omar Rahman et Kristin Fox. 1992. « Gender and Life-Cycle Differentials in the Patterns and Determinants of Adult Health. » Préparé pour le Gouvernement jamaïcain. RAND, Santa Monica, Calif.
- Study Group for Global Environment and Economics. 1991. « Pollution in Japan: Our Tragic Experience. » Environment Agency, Office of Policy, Planning and Research, Tokyo.
- Summers, Lawrence H. 1989. « What Can Economics Contribute to Social Policy? Some Simple Economics of Mandated Benefits. » *AEA Papers and Proceedings* 79(2): 177-83.
- . 1992. « Investing in All the People. » Document de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures No 905. Banque mondiale, Washington.
- Summers, Lawrence H. et Lant H. Pritchett. 1993. « The Structural Adjustment Debate. » American Economic Review Conference Proceedings, réunion de l'American Economic Association, Anaheim, Calif.
- Tan, Jee-Peng et Alain Mingat. 1992. *Education in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing*. Etudes régionales et sectorielles de la Banque mondiale, Washington.
- Tarlov, Alvin R. 1986. « HMO Enrollment Growth and Physicians: The Third Compartment. » *Health Affairs* (printemps): 21-35.
- Thomas, Duncan. 1990. « Intra-Household Resource Allocation: An Inferential Approach. » *Journal of Human Resources* 25(4): 635-64.
- Thomas, Duncan, Victor Lavy et John Strauss. 1992. *Public Policy and Anthropometric Outcomes in Côte d'Ivoire*. Etude sur la mesure des niveaux de vie, Document de travail No 89. Washington : Banque mondiale.
- Thomas, Duncan, John Strauss et Maria-Helena Henriques. 1990. « How Does Mother's Education Affect Child Height? » *Journal of Human Resources* 26(2): 183-211.
- Tinker, Anne et Marjorie Koblinsky. 1993. *Making Motherhood Safe*. Document de synthèse de la Banque mondiale No 202. Washington.
- Tomkins, Andrew et Fiona Watson. 1989. *Malnutrition and Infection*. Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Nutrition Policy Discussion Paper 5. New York : Nations Unies.
- Tomson, Göran et Göran Sterky. 1986. « Self-Prescribing by Way of Pharmacies in Three Asian Developing Countries. » *Lancet* 2 (13 septembre): 620-21.
- Torrance, G. W. 1986. « Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal. » *Journal of Health Economics* 5: 1-30.
- Toubia, Nahid. 1993. « A Call for Global Action against Female Genital Mutilation. » *Women, Ink.*, New York.
- TRRL (Transport and Road Research Laboratory). 1991. « Towards Safer Roads in Developing Countries: A Guide for Planners and Engineers. » Crowthorne, R.-U.
- UNICEF (Fonds des nations Unies pour l'enfance). 1993. *La situation des enfants dans le monde 1993*. New York.
- . A paraître. *The Progress of Nations 1993*. New York.
- UNICEF/Groupe d'administration de l'Initiative de Bamako. 1990. *The Bamako Initiative: Reaching Health Goals through Strengthened Services Delivery*. New York.
- . 1992. « L'Initiative de Bamako : rapport d'activité », présenté au Conseil d'administration de l'UNICEF, session de 1992. New York.
- UNICEF et IMIP (Intituto Materno-Infantil de Pernambuco). 1992. *Cuidados Basicos de Saúde em Comunidades de Baixa Renda*. Recife.
- UNICEF, OMS et UNESCO. 1991. *Savoir pour sauver : le défi de la communication*. Benson, Oxfordshire : P&LA.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1992. « Famine-Affected, Refugee, and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues. » *Morbidity and Mortality Weekly Report* 41 (24 juin-RR-13).
- Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff et Frans Rutten, directeurs de publication. 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. CEC Health Services Research Series 8. Oxford, R.-U. : Oxford University Press.
- Victoria, Cesar et Fernando Barros. 1990. « Avaliação Preliminar do Impacto da Pastoral da Criança sobre Alguns Indicadores de Saúde e de Utilização de Serviços. » UNICEF, Brasília.
- Viravaidya, M., S. Obremsky et C. H. Myers. 1991. « The Economic Impact of AIDS on Thailand. » Population and Community Development Association, Bangkok.
- Vogel, R. J. 1989. « Trends in Health Expenditures and Revenue Sources in Sub-Saharan Africa. » Document préparé conjointement avec l'Etude de la politique sanitaire en Afrique subsaharienne, Washington.
- . 1990. « Health Insurance in Sub-Saharan Africa: A Survey and Analysis. » Série Documents de travail de Politique générale, recherche et relations extérieures, No 476, Banque mondiale, Département technique, Afrique, Washington.
- Waalder, Hans T. 1984. « Height, Weight, and Mortality: The Norwegian Experience. » *Acta Medica Scandinavica* 679: 3-56.
- Walsh, Julia A. 1988. *Establishing Health Priorities in the Developing World*. PNUD, Division des projets mondiaux et interrégionaux. Boston, Mass. : Adams Publishing Group.
- Walsh, Julia A. et Kenneth Warren. 1979. « Selective Primary Health Care—An Interim Strategy or Disease Control in Developing Countries. » *New England Journal of Medicine* 301 (1er novembre): 967-74.
- Walsh, J. A., C. M. Feifer, A. R. Measham et P. J. Gertler. A paraître. « Maternal and Perinatal Health Problems. » Dans Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham et José-Luis Bobadilla, directeurs de publication, *Disease Control Priorities In Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Walter, Tomas, Manuel Olivares et Eva Hertrampf. 1990. « Field Trials of Food Fortification with Iron: The Experience in Chile. » Dans Bo Lonnerdal, directeur de publication, *Iron Metabolism in Infants*. Boca Raton, Fla. : CRC Press.
- Wasserman, Jeffrey, Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse et John D. Winkler. 1991. « The Effects of Excise Taxes and Regulations on Cigarette Smoking. » *Journal of Health Economics* 19: 43-64.
- Wegman, David H. 1992. « The Potential Impact of Epidemiology on the Prevention of Occupational Disease. » *American Journal of Public Health* 82: 944-54.
- Weisbrod, Burton A. 1991. « The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment. » *Journal of Economic Literature* 29 (juin): 523-52.
- Welch, W. Pete, Mark E. Miller, H. Gilbert Welch, Elliott Fisher et John E. Wennberg. 1993. « Geographic Variation in Expenditures for Physicians' Services in the United States. » *New England Journal of Medicine* 328:9: 621-27.
- Werner, David. 1987. *L'enfant handicapé au village : guide à l'usage des agents de santé, des agents de réadaptation et des familles*. Lyon : Handicap International.
- Whitfield, R., Jr. 1987. « Dealing with Cataract Blindness—Part III: Paramedical Cataract Surgery in Africa. » *Ophthalmic Surgery* 18: 765-67.

- Wilkinson, F. G. 1992. « Income Distribution and Life Expectancy. » *British Medical Journal* 304 (janvier): 165–68.
- Woodward, David. 1992. *Debt, Adjustment and Poverty in Developing Countries*. Vol. 1: *National and International Dimensions of Debt and Adjustment in Developing Countries*. Vol. 2: *The Impact of Debt and Adjustment at the Household Level in Developing Countries*. Londres : Pinter Publishers en association avec Save the Children.
- Yang, Bong-Min. 1991. « Health Insurance in Korea: Opportunities and Challenges. » *Health Policy and Planning* 6(2): 119–29.
- Yoshikawa, Aki, Norihiko Shirouzu et Matthew Holt. 1991. « How Does Japan Do It? Doctors and Hospitals in a Universal Health Care System. » *Stanford Law and Policy Review* 3 (automne): 111–37.
- Yu, Seung-Hum et Gerard F. Anderson. 1992. « Achieving Universal Health Insurance in Korea: A Model for Other Developing Countries? » *Health Policy* 20: 289–99.
- Zeckhauser, R. et Donald Shepard. 1976. « Where Now for Saving Lives? » *Law and Contemporary Problems* 40: 5–45.
- Zinanga, Alex. 1992. « Development of the Zimbabwe Family Planning Program. » Série Documents de travail de Politique, recherche et relations extérieures, No 1053. Banque mondiale, Département de la population et des ressources humaines, Washington.
- Zwi, A. 1992. « Injury in Developing Countries: A Review of the Literature. » London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy.





Annexe A. Données sur la population et la santé

Les Tableaux A.1 et A.2 récapitulent les données sur la population et le PNB. Les Tableaux A.3 à A.9 contiennent des informations sur la population et la santé, qui viennent compléter le corps du texte et les données présentées dans les Indicateurs du développement dans le monde. Tous les tableaux hormis les Tableaux A.1 et A.2 sont organisés par région démographique, comme indiqué dans le Tableau A.10. Les économies sont classées en fonction de la valeur estimée de leur PNB par habitant pour la mi-1991, de la plus faible à la plus élevée. Les totaux par région se rapportent à l'ensemble des économies énumérées dans le Tableau A.10, mais les données par pays sont présentées uniquement pour les économies qui comptaient, d'après les estimations, 3 millions d'habitants au moins à la mi-1990. Taiwan (Chine) n'est pas présentée séparément dans cette annexe mais incluse dans les estimations relatives aux Autres pays et îles d'Asie. Les pays pour lesquels le PNB par habitant n'est pas connu avec certitude sont indiqués en italique à la fin des groupes par région.

Bien que les données rapportées ici proviennent des sources considérées comme les plus fiables, leur comparabilité est limitée en raison de la diversité des procédures de collecte, des méthodes statistiques et des définitions employées. Les données considérées comme étant moins fiables sont indiquées en italique.

Tableau A.3 Structure et dynamique de la population

Les chiffres de population pour 1990 par pays et les pourcentages des personnes âgées de moins de 15 ans et de 60 ans et plus sont tirés de Bos et al., 1992. Les totaux régionaux ont été obtenus par addition. Le nombre total des habitants de chaque région a servi de base aux projections régionales pour la période 1950 à 2050 aux fins du présent Rapport. Les données sur lesquelles reposent les hypothèses de mortalité retenues pour ces projections varient selon les régions. Pour les économies de marché bien établies et les anciennes économies socialistes d'Europe, on a utilisé les informations produites à partir des registres de l'état civil à dater de 1990 environ; on a ensuite ajusté l'évolution future de la mortalité pour aboutir aux valeurs indiquées dans Bos et al., 1992 pour 2050. Les chiffres relatifs aux années passées ont été calculés à partir des don-

nées des registres de l'état civil et des tables de mortalité officielles ainsi que des valeurs moyennes de la mortalité juvénile estimées pour chaque région à partir des données des pays considérés. Dans le cas de la Chine, le nombre des décès par âge déclarés dans le recensement de 1990 a été révisé en hausse au moyen d'un facteur de correction de 1,20 pour les hommes et de 1,25 pour les femmes pour calculer la mortalité en 1990; ces facteurs de correction ont été obtenus par comparaison du nombre des décès par âge et par sexe et de la pyramide des âges en 1982 et en 1990. Pour l'Inde, on s'est fondé sur la table de survie du Système pilote d'inscription à l'état civil pour 1990, sans correction. Pour l'Amérique latine et les Caraïbes, le taux de mortalité pour 1990 a été établi à partir des données relatives aux nombres de décès et d'habitants par âge de la base de données de l'Organisation panaméricaine de la santé pour 1990. Pour les pays d'Afrique subsaharienne, les Autres pays et îles d'Asie et le Croissant moyen-oriental, les estimations de la mortalité ont été établies à partir d'estimations de la mortalité juvénile dans chaque pays et d'indicateurs de la relation entre la mortalité juvénile et la mortalité des adultes calculés à partir d'un petit nombre de tables de mortalité fiables. Les estimations de la fécondité par région pour la période 1950-90 ont été déterminées par les hypothèses retenues pour la mortalité et la pyramide des âges de 1990. Les estimations de la fécondité pour la période 1990-2050 sont les moyennes pondérées des valeurs retenues pour chaque pays par Bos et al., 1992. Les estimations de la migration proviennent indirectement de l'ouvrage *World Population Prospects 1990* de l'Organisation des Nations Unies. Les chiffres récapitulatifs par région pour les différentes colonnes du Tableau A.3 — *indice synthétique de fécondité, total de naissances vivantes, espérance de vie à la naissance, âge médian à la mort, taux de mortalité juvénile et taux de mortalité adulte par sexe* — sont tirés directement des projections régionales.

Les valeurs de l'*indice synthétique de fécondité* et le nombre *total des naissances vivantes* en 1990 propres à chaque pays proviennent des bases de données de projections de Bos et al., 1992. Les indicateurs de la mortalité sont basés sur les estimations de la mortalité juvénile pour 1960, 1975 et 1990, qui ont été établies, pour les pays en développement, essentiellement à partir de l'exercice particulier décrit ci-après.

L'espérance de vie à la naissance, $e(0)$, est la durée probable de vie d'une personne née au cours d'une année donnée, compte tenu des taux de mortalité correspondant à cette année de naissance. L'espérance de vie en 1960 et en 1990 et les taux de mortalité des hommes et des femmes d'âge adulte pour 1990 ont été calculés à partir des estimations des taux de mortalité juvénile pour cette année et des hypothèses formulées sur la relation entre la mortalité juvénile et la mortalité des adultes à partir des projections propres à chaque pays de Bos et al., 1992. Le taux de mortalité de la population adulte de chaque sexe est la probabilité qu'a un individu de décéder entre 15 et 60 ans, exprimée par millier d'habitants. L'âge médian à la mort est l'âge en dessous duquel survient la moitié de tous les décès d'une année.

Le taux de mortalité périnatale est le nombre de décès périnatals pour 1.000 naissances (mortalité foetale tardive, survenant à partir de la vingt-huitième semaine de gestation, et mortalité néonatale précoce, qui se produit au cours de la première semaine de vie). Les estimations de mortalité périnatale ont été établies à partir de données provenant de diverses sources. Les données des registres de l'état civil ont été utilisées pour la plupart des économies de marché bien établies ainsi que pour l'Argentine, le Chili, la Chine, Singapour et l'Uruguay. Les données des registres de l'état civil des républiques de l'ex-Union soviétique ont été corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration des décès périnatals, au moyen d'un modèle de régression de la mortalité périnatale sur la mortalité postnéonatale établi sur la base de séries de données couvrant environ 45 ans (1945-91) pour 40 pays disposant d'actes d'état civil complets. Les autres estimations ont été tirées d'études réalisées à l'échelon des collectivités et des établissements hospitaliers dans les districts ou autres circonscriptions, dont les résultats ont été rapportés à l'échelle nationale au moyen du pourcentage de la population vivant en milieu urbain en 1990 ou du pourcentage de naissances assistées par un personnel sanitaire formé à cet effet. Les statistiques de l'état civil pour les économies de marché bien établies et la base de données historiques ont été obtenues auprès du National Center for Health Statistics (NCHS) des États-Unis.

Le taux de mortalité juvénile est la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire. Les estimations pour la période allant de 1960 à 1990 sont le résultat d'un exercice spécial effectué conjointement pour le Rapport sur le développement dans le monde et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), dont les résultats seront publiés par l'UNICEF dans un document intitulé *The Progress of Nations 1993*. (Cette méthodologie est décrite dans le document de référence de Hill et Yazbeck.) Les informations sont tirées du rapport *Child Mortality since the 1960s* (1992) publié par les Nations Unies, ainsi que des données d'enquêtes et de recensement disponibles depuis peu. Il est fait mention, pour chaque observation relative à la mortalité juvénile, de la date à laquelle cet indicateur se rapporte. Pour obtenir les estimations ponctuelles de la mortalité juvénile, il a été procédé à un ajustement linéaire des observations par la méthode des moindres carrés pondérés, avec les années comme varia-

bles indépendantes (pour prendre en compte les tendances); les poids ont, quant à eux, été déterminés par consensus en fonction de la robustesse relative des estimations établies à partir des différents types de données. Pour que l'on s'intéresse aux taux de variation, on a pris pour variable dépendante le logarithme des taux de mortalité juvénile observés. Les estimations relatives à des périodes qui sortent du cadre des observations ont été obtenues par extrapolation; toutes les valeurs extrapolées sont indiquées en italique. Pour les pays qui ne sont pas inclus dans le rapport *Child Mortality since the 1960s*, les estimations de la mortalité juvénile par période proviennent du document *Mortality of Children under Age Five* (1988) publié par l'Organisation des Nations Unies. Pour ces pays, les estimations ponctuelles établies sur la base de l'année civile ont été obtenues en calculant la moyenne des estimations de deux périodes de cinq ans successives; par exemple, la mortalité juvénile en 1960 en Ethiopie est donnée par la moyenne des valeurs estimées pour 1955-60 et pour 1960-65.

Tableau A.4 Population et décès par groupe d'âge

On a établi, pour les huit régions démographiques, des projections de la population future, pour la période 1990-2030, et antérieure, pour la période 1990-1950. Ces deux types de projections ont pour point de départ la pyramide des âges de chaque population régionale indiquée dans Bos et al., 1992. Pour les projections effectuées pour les périodes antérieures, les hypothèses de mortalité sont fondées sur les estimations de la mortalité juvénile établies pour le présent Rapport, comme décrit précédemment, ainsi que sur des informations supplémentaires tirées du rapport *Mortality of Children under Age Five* (1988) publié par l'ONU; les hypothèses relatives aux migrations ont été tirées indirectement du rapport *World Population Prospects* (1990) de l'ONU. S'agissant des projections pour les périodes futures, on a retenu les hypothèses de fécondité, de mortalité et de migration qui permettent d'obtenir les niveaux indiqués dans Bos et al., 1992, en partant des valeurs utilisées pour les projections de la population pour la période 1985-90. Les projections démographiques sont effectuées au moyen du modèle de projection par composante utilisé par la Banque mondiale.

Tableau A.5 Risque de mortalité et espérance de vie durant le cycle de vie

Les chiffres présentés dans le Tableau A.5 ont été calculés à partir des projections de la population des régions décrites dans la note relative au Tableau A.4.

Tableau A.6 Nutrition et état de santé

L'insuffisance staturale (ou retard de croissance) est indiquée par un rapport taille-âge inférieur à la norme; les données présentées ici se rapportent à des enfants de 24 à 59 mois. L'insuffisance pondérale (ou émaciation) est indiquée par un rapport poids-taille inférieur à la norme; les données présentées ici concernent les enfants âgés de

12 à 23 mois. Il y a insuffisance staturale ou pondérale, modérée à grave, lorsque les rapports taille-âge ou poids-taille sont inférieurs de plus de deux écarts types à la médiane de la population de référence du NCHS. Ce qui importe, c'est la mesure dans laquelle le nombre de cas constaté dépasse la prévalence dans la population de référence due, dans ce cas, aussi bien aux caractéristiques génétiques qu'aux effets de la malnutrition. On considère que l'insuffisance staturale est un indicateur de malnutrition chronique, et l'insuffisance pondérale, celui d'une malnutrition grave ou de courte durée, pouvant résulter d'une ration alimentaire insuffisante ou d'une maladie infectieuse, voire des deux. La malnutrition bénigne ou modérée n'est pas considérée comme une maladie, mais accroît, à tous les degrés, le risque de mortalité juvénile. Les bébés *uniquement allaités* sont ceux qui ont été nourris au sein — que leur alimentation ait été ou non complétée par de l'eau, du jus de fruit ou d'autres liquides, mais sans apport d'aliments solides, ni de lait autre que maternel — avant l'âge de 4 mois. Les femmes dont le taux d'hémoglobine est inférieur à la norme établie par l'OMS (110 grammes par litre) sont classées dans la catégorie *anémiques*.

La *consommation annuelle de tabac* est la quantité estimée de tabac (en kilogrammes de matière sèche) consommée par adulte (personne âgée de 15 ans ou plus). Lorsqu'on ne dispose pas de données sur la consommation en équivalent tabac brut en feuilles, on convertit les données relatives à la consommation ou à la vente de produits transformés. Dans certains cas, la consommation est calculée à partir des chiffres nets de production et de vente de tabacs bruts et manufacturés. Des projections de consommation de tabac pour 1990 et l'an 2000 ont été calculées au moyen d'un modèle faisant intervenir les hypothèses relatives à la croissance des dépenses de consommation privée afin de calculer la demande de tabac par habitant. Les fonctions et les élasticités de la demande sont basées sur l'analyse d'enquêtes récentes menées à l'échelon national sur le budget des familles et sur des séries chronologiques de la consommation passée. Les campagnes antitabac et autres activités préventives qui influent sur le niveau de consommation de tabac ont été prises en compte pour certains pays au moyen d'un facteur de tendance indépendant du niveau des revenus et des prix.

Les données proviennent de diverses sources : pour la nutrition infantile, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'enquêtes démographiques et sanitaires, de l'Institut pour le développement des ressources des macro-systèmes et de l'UNICEF; pour l'anémie, de l'OMS; et pour la consommation de tabac, de la Division des produits de base et du commerce de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (1990).

Tableau A.7 Mortalité par cause de décès et incidence de la tuberculose

Les *taux de mortalité* sont normalisés par âge par une méthode directe dans laquelle la population mondiale est la population type. Les décès dus à des *maladies infec-*

tieuses et à des problèmes de santé génésiques recouvrent tous les décès dus aux maladies infectieuses énumérées dans la *Classification internationale des maladies*, Neuvième édition (1977), ceux dus à la grippe et à la pneumonie, aux troubles nutritionnels et à l'anémie, les décès maternels (y compris ceux qui résultent d'avortements) et les décès périnataux. Les blessures incluent toutes les causes de mort violente, intentionnelles ou non, ou inconnues. Les *maladies non transmissibles* recouvrent toutes les autres causes de décès. Les décès dont la cause est indéterminée sont répartis entre les trois groupes proportionnellement au nombre de décès dans chaque groupe. Ces données ont été établies par l'OMS à partir des statistiques nationales de l'état civil. Les estimations effectuées pour les économies dont les registres des décès ne sont pas complets (moins de 90 % des décès), où un grand nombre des certificats indiquant les causes du décès sont établis par des personnes autres que des médecins (plus de 15 %), et où une proportion élevée de décès sont imputés à des causes mal définies (plus de 20 %), sont considérées comme peu fiables et sont indiquées en italique.

L'incidence de la *tuberculose* a été estimée à partir des dernières informations fournies par les autorités nationales et ajustées, pour beaucoup de pays en développement, sur la base de données supplémentaires produites par des études épidémiologiques. Les données proviennent du Programme de lutte contre la tuberculose de l'OMS.

Tableau A.8 Infrastructure et services sanitaires

Le terme de *médecin* s'applique uniquement aux personnes titulaires d'un diplôme professionnel de docteur en médecine. Celui de *personnel infirmier* s'applique uniquement aux infirmiers ou infirmières et aux sages-femmes diplômés d'Etat. Par *lit d'hôpital*, on entend les lits des cliniques et des hôpitaux; en sont exclus les lits des établissements de soins à long terme et ceux des maisons de repos et de retraite. Les données proviennent de la Banque mondiale, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de l'OPS et de l'OMS.

Les données sur les *vaccinations* se réfèrent au triple vaccin DCT — trois doses du vaccin complet diphtérie-coqueluche-tétanos — et au vaccin contre la rougeole. Le dénominateur de l'estimation du taux de couverture vaccinale est le nombre d'enfants de 1 an survivants. Les données proviennent du Programme élargi de vaccination de l'OMS.

Tableau A.9 Dépenses de santé et total des apports d'aide extérieure

Les dépenses de santé couvrent les dépenses relatives aux activités de prévention, de promotion, de rééducation et à la fourniture de soins; aux activités concernant la population et la nutrition; aux programmes d'aide alimentaire; et aux secours d'urgence organisés spécialement à des fins sanitaires. Elles n'incluent pas les coûts liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Les données sur les dépenses et les apports d'aide par habitant sont fondées sur les estimations de la population en milieu d'année de la Banque mondiale.

Les dépenses de santé totales sont exprimées en dollars des Etats-Unis au taux de change officiel. Les données relatives aux dépenses de santé publiques et privées des économies de marché bien établies et de la Turquie proviennent de l'OCDE. Pour les autres pays, les informations concernant les dépenses publiques de santé proviennent de sources nationales et des *Statistiques de finances publiques* (publiées par le Fonds monétaire international), d'études sectorielles de la Banque mondiale et d'autres études. Les données relatives aux dépenses parapubliques (pour les programmes d'assurance et de sécurité sociale liés à la santé) ont été produites par le Département de la sécurité sociale du Bureau international du travail (BIT) et par la Banque mondiale. Les données sont tirées du document de référence de Murray, Govindaraj et Chellaraj.

Les dépenses du *secteur public* regroupent les dépenses de santé publiques et parapubliques et l'aide extérieure, aussi les chiffres sont-ils comparables avec ceux des pays de l'OCDE. Les dépenses du *secteur privé* dans les pays non membres de l'OCDE sont basées sur les enquêtes auprès des ménages réalisées par le BIT et d'autres sources, ainsi que sur des informations provenant du Système de comptabilité national de l'ONU, d'études de la Banque mondiale et d'autres études publiées dans des ouvrages scientifiques.

Les estimations concernant les pays pour lesquels on ne dispose que de données incomplètes ont été établies en trois étapes. Premièrement, en l'absence de données sur les dépenses publiques ou privées, on a imputé aux rubriques nécessaires des valeurs établies à partir des données relatives aux pays pour lesquels on dispose d'informations. Les valeurs imputées ont été produites par des analyses de régression des dépenses publiques ou privées par rapport au PIB par habitant. Deuxièmement, s'agissant des pays pour lesquels on ne disposait d'aucune information sur les dépenses de santé, on a supposé que la part du PIB consacrée à la santé était égale à la moyenne constatée pour la région démographique correspondante. Troisièmement, dans les cas des pays pour lesquels on ne connaissait pas non plus le PIB mais dont on connaissait le nombre d'habitants, on a

supposé que les dépenses de santé par habitant étaient égales à la moyenne régionale.

Les estimations relatives à l'aide au développement dans le domaine de la santé sont exprimées en dollars des Etats-Unis au taux de change officiel. Le total des apports d'aide représente la somme de l'aide sanitaire totale apportée à chaque pays par les organismes bilatéraux et multilatéraux et par les organisations non gouvernementales (ONG). L'aide publique directe au développement (APD) d'origine bilatérale émane des pays de l'OCDE. Les sources multilatérales d'aide au développement sont les institutions du système des Nations Unies, les banques de développement (y compris la Banque mondiale), la Communauté européenne et l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP). Parmi les principales ONG internationales figurent le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et la Fédération internationale pour le planning familial (FIPF). Les ONG nationales n'ont pas été prises en compte parce que les informations disponibles ne sont pas ventilées par pays bénéficiaire.

Les informations sur l'APD émanant des organismes bilatéraux et multilatéraux ont été complétées par des données provenant du Comité d'aide au développement (CAD) et du Système de notification des pays créanciers (SNPC) de l'OCDE, et du Comité consultatif pour la coordination des systèmes d'information (CCCSI). Le Comité d'aide au développement compile des statistiques globales annuelles d'APD par secteur depuis 1960. Le SNPC de l'OCDE, créé en 1970, complète les statistiques du Comité en identifiant les contributions affectées par secteur. La base de données du SNPC est la source d'informations la plus complète qui soit sur l'APD bilatérale, bien que son degré d'exhaustivité varie selon les pays de l'OCDE et les années. Depuis 1987, le CCCSI tient un Répertoire des activités de développement de l'Organisation des Nations Unies où sont consignés les sources de financement et les agents d'exécution de tous les projets de l'ONU, par secteur.

Les estimations de l'aide au développement contenues dans ce tableau ont été préparées par le Harvard Center for Population and Development Studies à titre de document de référence pour le présent Rapport.

Tableau A.1 Population (en milieu d'année) et accroissement annuel moyen

Groupe de pays	Population (millions)							Accroissement annuel moyen (%)				
	1965	1973	1980	1990	1991	2000 ^a	2030 ^a	1965-73	1973-80	1980-90	1990-2000 ^a	2000-2030 ^a
Economies à faible revenu et à revenu intermédiaire	2.602	3.166	3.662	4.445	4.528	5.294	7.736	2,5	2,1	2,0	1,8	1,3
Economies à faible revenu	1.776	2.169	2.507	3.066	3.127	3.686	5.459	2,5	2,1	2,0	1,9	1,3
Economies à revenu intermédiaire	826	997	1.155	1.379	1.401	1.608	2.273	2,3	2,2	1,8	1,5	1,2
gravement endettées	274	332	389	477	486	569	841	2,4	2,3	2,1	1,8	1,3
Afrique subsaharienne ^b	233	288	351	474	489	635	1.313	2,7	2,9	3,1	3,0	2,4
Asie de l'Est et Pacifique	1.009	1.240	1.399	1.641	1.667	1.891	2.442	2,6	1,7	1,6	1,4	0,9
Asie du Sud	632	765	903	1.128	1.152	1.368	2.004	2,4	2,4	2,2	1,9	1,3
Europe et Asie centrale	..	..	448	489	492	517	566	..	..	0,9	0,6	0,5
Amérique latine et Caraïbes	249	305	358	438	455	516	721	2,6	2,4	2,0	1,7	1,1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	114	141	173	236	244	315	600	2,8	3,0	3,2	2,9	2,2
Economies à revenu élevé	671	725	766	817	822	864	920	1,0	0,8	0,6	0,6	0,2
Membres de l'OCDE	649	698	733	777	783	820	871	0,9	0,7	0,6	0,5	0,2
Toutes économies	3.281	3.895	4.428	5.262	5.351	6.157	8.664	2,2	1,8	1,7	1,6	1,2

Note : La couverture des données étant incomplète, les sommes des différents sous-groupes peuvent donner des résultats différents.

a. Projections. Les hypothèses retenues pour ces projections sont indiquées dans les notes techniques relatives au Tableau 26 des Indicateurs du développement dans le monde.

b. Non compris l'Afrique du Sud.

Tableau A.2 PNB, population, PNB par habitant et croissance du PNB par habitant

Groupe de pays	PNB 1991 (milliards de dollars)	Population, 1991 (millions)	PNB 1991 par habitant (dollars)	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)					
				1965-73	1973-80	1980-90	1989	1990	1991 ^a
Economies à faible revenu et à revenu intermédiaire	4.571	4.528	1.010	4,3	2,7	1,2	1,1	-0,1	-2,1
Economies à faible revenu	1.097	3.127	350	2,5	2,6	4,0	2,9	2,9	2,1
Economies à revenu intermédiaire	3.474	1.401	2.480	..	..	0,5	0,7	-1,0	-3,4
gravement endettées	1.130	486	2.320	5,2	3,4	-0,8	-0,6	-5,4	-2,5
Afrique subsaharienne ^b	173	489	350	1,7	0,9	-1,3	0,5	-1,4	-0,6
Asie de l'Est et Pacifique	1.081	1.667	650	5,0	4,8	6,2	4,5	5,3	5,0
Asie du Sud	372	1.152	320	1,2	1,7	3,2	2,9	3,3	-0,7
Europe	1.314	492	2.670	..	..	1,4	1,4	-2,7	-9,8
Amérique latine et Caraïbes	1.065	445	2.390	4,6	2,2	-0,4	-1,1	-1,4	1,7
Moyen-Orient et Afrique du Nord	474	244	1.940	6,0	1,7	-2,5	-0,2	-0,2	-1,3
Economies à revenu élevé	16.920	822	20.570	3,7	2,1	2,3	2,7	1,6	0,3
Membres de l'OCDE	16.463	783	21.020	3,8	2,1	2,3	2,7	1,6	0,1
Toutes économies	21.464	5.351	4.010	2,8	1,3	1,2	1,6	0,5	-0,1

Note : La couverture des données étant incomplète, les sommes des différents sous-groupes peuvent donner des résultats différents.

a. Projection. Les hypothèses retenues pour ces projections sont indiquées dans les notes techniques relatives au Tableau 26 des Indicateurs du développement dans le monde.

b. Non compris l'Afrique du Sud.

Tableau A.3 Structure et dynamique de la population

Région démographique et économie	Population et fécondité					Mortalité globale				Taux de mortalité par âge				
	Popu- lation, 1990 (millions)	Habitants de moins de 15 ans, 1990 (%)	Habitants de 60 ans et plus, 1990 (%)	Indice synthé- tique de fécondité, 1990	Total annuel de naissances vivantes, 1990 (centaines de milliers)	Espérance de vie à la naissance		Âge médian à la mort, 1990	Taux de mortalité à la naissance, 1990	Taux de mortalité juvénile			Taux de mortalité adulte, 1990 (15 à 59 ans)	
						1960	1990			1960	1975	1990	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne	510 t	46 w	5 w	6,4 w	251,8 t	43 w	52 w	5 w	68 w	251 w	212 w	175 w	381 w	322 w
Mozambique	16	44	5	6,4	7,2	39	43	2	75	280	280	280	490	421
Tanzanie	25	47	5	6,6	11,7	42	49	5	71	242	202	165	379	335
Ethiopie	51	47	5	7,5	26,5	37	48	4	87	294	262	197	404	329
Ouganda	16	49	5	7,3	8,5	44	47	4	85	224	173	185	424	367
Burundi	5	46	5	6,8	2,7	40	47	11	87	255	209	180	424	367
Tchad	6	42	6	6,0	2,5	35	47	7	74	326	271	212	445	358
Madagascar	12	46	5	6,3	5,3	42	51	11	76	250	200	170	389	333
Sierra Leone	4	43	5	6,5	1,9	34	38	2	72	391	375	360	503	436
Malawi	9	47	4	7,6	4,6	35	47	4	83	361	313	201	426	369
Rwanda	7	48	4	8,3	3,9	45	44	3	86	210	223	222	453	395
Mali	8	47	5	7,0	4,3	33	48	4	80	413	321	200	417	361
Burkina Faso	9	46	5	6,5	4,2	35	49	4	85	318	254	159	429	352
Niger	8	47	4	7,1	3,9	35	38	3	79	320	320	320	513	454
Nigéria	96	47	4	6,0	42,5	47	49	7	71	204	198	191	406	354
Kenya	24	50	4	6,6	11,1	46	59	15	77	203	139	83	315	259
Bénin	5	48	5	6,4	2,2	35	50	6	69	307	228	170	387	316
Rép. centrafricaine	3	42	5	5,8	1,3	35	55	15	64	332	209	132	346	288
Ghana	15	47	5	6,3	6,6	45	52	7	71	213	169	170	344	282
Togo	4	48	5	6,7	1,8	39	54	7	75	264	193	143	325	268
Guinée	6	46	4	6,5	2,7	35	44	2	76	347	297	268	452	395
Zimbabwe	10	45	4	5,0	3,6	52	62	26	55	159	120	58	269	216
Côte d'Ivoire	12	47	4	6,7	5,4	40	57	10	68	260	194	90	332	277
Sénégal	7	47	4	6,5	3,4	35	50	15	73	303	265	156	397	340
Cameroun	12	46	6	5,9	4,8	40	57	16	68	265	194	125	316	256
Afrique du Sud	36	38	6	4,3	12,1	48	62	41	50	192	141	91	278	209
Somalie	8	46	5	6,8	3,8	36	45	4	70	294	262	214	443	390
Zaïre	37	46	4	6,3	17,0	37	49	6	68	286	223	190	387	319
Soudan	25	46	5	6,3	11,2	46	57	13	78	203	152	104	267	234
Zambie	8	49	4	6,7	4,0	45	47	11	63	213	167	190	422	354
Angola	10	45	5	6,5	4,7	35	46	3	75	346	281	214	434	381
Inde	850	37	7	4,0	258,1	47	58	37	64	235	195	127	272	229
Chine	1.134	27	9	2,5	251,3	43	69	64	25	210	85	43	201	150
Autres pays et îles d'Asie	683 t	37 w	6 w	3,3 w	188,7 t	50 w	62 w	42 w	49 w	182 w	135 w	97 w	243 w	177 w
Népal	19	42	5	5,7	7,6	44	56	12	90	279	202	135	312	243
Cambodge	8	35	5	4,6	3,3	45	50	30	85	218	239	174	347	274
Bangladesh	107	43	5	4,6	37,2	46	56	12	75	251	236	137	295	244
RDP lao	4	44	5	6,7	2,0	44	50	8	85	232	209	171	345	280
Sri Lanka	17	32	8	2,4	3,5	58	72	73	19	140	69	22	158	92
Indonésie	178	36	6	3,1	45,9	46	59	47	40	214	151	111	278	212
Philippines	61	40	5	3,6	17,8	59	64	49	27	103	75	62	234	172
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4	41	5	5,1	1,4	47	52	22	43	204	185	169	374	327
Thaïlande	56	33	6	2,4	12,0	52	68	71	25	149	85	36	242	163
Malaisie	18	38	6	3,8	5,5	58	71	63	25	106	54	20	177	120
Corée, Rép. de	43	26	8	1,8	6,9	53	72	74	10	133	29	10	149	67
Hong Kong	6	21	13	1,5	0,7	64	78	77	8	53	17	7	91	44
Singapour	3	24	8	1,9	0,5	65	74	76	8	48	16	8	135	64
Myanmar	42	37	6	3,9	12,7	43	61	41	50	234	153	101	256	187
Viet Nam	66	40	7	3,9	20,4	57	67	50	40	105	68	46	180	118
Corée, Rép. pop. dém. de	22	28	7	2,4	4,7	53	70	71	20	133	55	31	179	84
Amérique latine et Caraïbes	444 t	36 w	7 w	3,3 w	124,6 t	54 w	70 w	55 w	33 w	161 w	104 w	60 w	228 w	163 w
Nicaragua	4	46	4	5,4	1,5	50	62	13	35	191	149	106	283	264
Haïti	6	40	6	4,8	2,3	47	54	18	43	221	208	156	413	406
Honduras	5	45	5	5,3	2,0	49	67	23	39	203	126	62	220	162
Bolivie	7	43	5	4,9	2,6	43	60	13	37	251	205	125	330	269
Guatemala	9	45	5	5,5	3,6	49	64	23	40	205	152	84	287	227
Rép. dominicaine	7	37	6	3,3	2,0	56	68	49	35	149	114	56	212	147
Equateur	10	39	6	3,8	3,1	53	70	57	37	174	120	42	218	157
Pérou	22	38	6	3,8	6,6	45	65	47	40	233	157	73	272	221
El Salvador	5	44	6	4,3	1,7	51	69	32	39	188	146	52	318	217
Colombie	32	35	6	2,7	7,9	58	73	66	33	132	88	21	200	109
Paraguay	4	41	5	4,7	1,5	64	70	42	37	92	70	37	261	210
Chili	13	31	9	2,6	2,9	55	73	69	14	155	68	20	214	112
Venezuela	20	38	6	3,6	5,7	67	72	62	26	78	59	26	196	105
Argentine	32	30	13	2,8	6,5	67	72	72	28	73	56	26	168	90
Uruguay	3	26	16	2,3	0,5	71	74	73	17	55	58	23	194	101
Brésil	150	35	7	3,3	40,4	52	66	57	35	179	110	69	250	182
Mexique	86	37	6	3,3	23,8	56	70	60	30	148	95	38	212	164
Porto Rico	4	26	14	2,3	0,6	67	76	75	18	70	27	15	155	77
Cuba	11	23	12	1,9	1,9	71	76	77	17	49	34	12	134	95

Région démographique et économie	Population et fécondité					Mortalité globale				Taux de mortalité par âge				
	Popu- lation, 1990 (millions)	Habitants de moins de 15 ans, 1990 (%)	60 ans et plus, 1990 (%)	Indice synthé- tique de fécondité, 1990	Total annuel de naissances vivantes, 1990 (centaines de milliers)	Espérance de vie à la naissance		Age médian à la mort, 1990	Taux de mortalité à la mort, périnatale, 1990	Taux de mortalité par âge			Taux de mortalité adulte, 1990 (15 à 59 ans)	
						1960	1990			1960	1975	1990	Hommes	Femmes
Croissant moyen-oriental	503 t	41 w	6 w	5,0 w	195,8 t	44 w	61 w	24 w	46 w	242 w	174 w	111 w	228 w	174 w
Pakistan	112	44	5	5,9	47,1	49	56	7	65	222	163	139	296	263
Yémen, Rép. du	11	49	5	7,7	6,1	33	49	4	60	378	270	183	334	327
Egypte	52	39	6	5,6	16,2	40	64	38	58	256	212	56	214	158
Maroc	25	41	6	4,6	8,7	45	62	41	45	215	174	71	214	183
Tadjikistan	5	45	6	5,0	2,0	..	65	22	37	..	115	75	190	133
Jordanie	3	44	4	5,5	1,3	54	69	35	40	145	85	34	138	93
Rép. arabe syrienne	12	48	4	6,5	5,5	47	66	23	45	199	98	44	157	121
Ouzbékistan	21	42	6	4,0	6,6	..	67	37	33	..	67	60	225	135
Tunisie	8	38	6	3,7	2,3	41	67	58	40	245	140	45	166	136
Kirghizistan	4	38	9	3,7	1,3	..	68	64	31	..	63	53	268	131
Géorgie	5	24	16	2,1	0,9	..	72	71	24	..	39	28	218	94
Azerbaïdjan	7	33	9	2,7	1,7	..	69	66	30	..	69	52	239	106
Turkménistan	4	41	6	4,1	1,2	..	64	48	41	..	101	93	270	155
Turquie	56	35	7	3,5	15,9	47	65	52	45	217	172	94	175	107
Algérie	25	44	5	5,2	9,1	43	65	47	40	242	174	82	135	105
Arménie	3	30	11	2,4	0,6	..	72	67	25	..	43	32	195	100
Iran	56	44	5	6,3	25,1	42	63	18	56	234	164	64	174	124
Kazakhstan	17	32	10	2,8	3,7	..	68	65	27	..	48	39	291	131
Arabie saoud te	15	46	4	7,0	6,4	38	64	18	40	292	166	81	175	138
Israël	5	31	12	2,9	1,1	72	76	76	11	38	26	10	110	72
Afghanistan	20	45	4	6,9	9,8	34	40	2	75	358	314	307	421	421
Iraq	19	47	4	6,2	8,0	52	63	24	52	163	106	72	194	129
Libye	5	46	4	6,7	2,0	39	62	16	35	269	146	82	191	144
Anciennes économies socialistes (l'Europe (AESE)	346 t	23 w	17 w	2,2 w	52,9 t	66 w	72 w	72 w	19 w	68 w	36 w	22 w	281 w	112 w
Roumanie	23	24	16	2,2	3,7	63	70	71	12	82	43	31	233	119
Pologne	38	25	15	2,2	5,9	65	71	72	15	70	29	20	263	102
Bulgarie	9	20	20	1,9	1,1	67	73	73	11	62	29	21	217	97
Moldovie	4	32	11	2,9	0,8	..	69	68	24	..	51	32	271	153
Ukraine	52	21	19	2,1	7,5	..	72	73	22	..	25	22	270	107
Tchécoslovaquie ^a	16	23	17	2,0	2,2	70	72	73	10	32	23	13	243	98
Lituanie	4	30	16	2,0	0,6	..	72	73	20	..	23	18	276	108
Hongrie	11	20	19	1,8	1,3	68	71	73	15	57	33	20	305	133
Bélarus	10	23	18	2,2	1,6	..	73	73	21	..	22	18	272	64
Fédération de Russie	148	24	17	2,3	23,5	..	71	71	22	..	33	27	304	110
Albanie	3	33	8	3,0	0,8	51	70	67	45	164	71	36	250	110
Yougoslavie ^b	22	23	15	2,1	2,8	59	71	71	16	113	47	28	195	94
Economies de marché bien établies (EMBE)	798 t	19 w	18 w	1,7 w	104,0 t	70 w	76 w	75 w	9 w	36 w	21 w	11 w	147 w	73 w
Portugal	10	21	18	1,6	1,3	60	75	75	13	108	49	13	169	82
Grèce	10	19	20	1,5	1,1	68	76	76	13	50	29	13	133	71
Irlande	4	27	15	2,2	0,6	70	74	75	10	35	20	10	186	98
Nouvelle-Zélande	3	23	15	2,0	0,6	71	75	75	7	26	18	11	159	86
Espagne	39	20	19	1,5	4,4	68	76	75	10	56	22	10	148	79
Royaume-Uni	57	19	21	1,9	7,9	71	76	77	8	27	18	9	156	87
Australie	17	22	15	1,9	2,5	71	77	76	10	24	16	9	148	74
Italie	58	16	16	1,3	5,7	68	77	77	12	56	25	11	128	72
Pays-Bas	15	18	18	1,6	1,9	73	77	77	10	21	12	9	141	72
Belgique	10	18	21	1,7	1,2	70	76	77	10	38	19	11	156	75
Autriche	8	18	20	1,5	0,9	69	76	77	8	47	24	10	162	76
France	56	20	19	1,8	7,6	70	77	78	9	33	16	9	159	66
Canada	27	21	16	1,8	3,9	71	77	76	8	33	16	9	146	65
Etats-Unis	250	22	17	1,9	38,6	70	76	76	10	31	19	11	157	75
Allemagne	79	16	20	1,6	9,2	69	76	78	7	43	22	9	159	76
Danemark	5	17	20	1,6	0,6	72	75	77	9	25	12	10	162	90
Finlande	5	20	18	1,8	0,7	63	75	76	8	27	11	8	168	86
Norvège	4	19	21	1,9	0,6	73	77	78	8	22	12	10	140	68
Suède	9	17	23	2,0	1,2	73	78	78	7	19	10	8	135	71
Japon	124	18	17	1,6	13,5	68	79	78	6	37	11	6	120	63
Suisse	7	17	20	1,7	0,8	71	78	78	8	25	12	9	136	63
AESE et EMBE	1.144 t	20 w	18 w	1,9 w	156,8 t	69 w	75 w	74 w	12 w	46 w	25 w	15 w	188 w	86 w
Groupe de pays en tran- sition démographique	4.123 t	36 w	7 w	3,8 w	1.270,3 t	46 w	63 w	39 w	45 w	226 w	152 w	106 w	250 w	199 w
Toutes économies	5.267 t	32 w	9 w	3,4 w	1.427,1 t	53 w	65 w	55 w	40 w	195 w	135 w	96 w	234 w	169 w

Note : Dans la présente annexe, le Groupe de pays en transition démographique englobe l'Afrique subsaharienne, l'Inde, la Chine, les Autres pays et îles d'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes, et le Croissant moyen-oriental. Les totaux et moyennes par région incluent les informations pertinentes relatives aux pays moins peuplés qui figurent dans le Tableau A.10, hormis celles qui se rapportent à la mortalité périnatale.

a. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Tableau A.4 Population et décès par groupe d'âge

Région démographique et groupe d'âge	Population (millions)					Décès (millions)				
	1950	1980	1990	2000	2030	1950	1980	1990	2000	2030
Afrique subsaharienne	179	376	510	724	1.628	4,4	6,2	7,9	9,3	11,7
0-4	32	69	95	139	206	2,3	3,3	4,0	4,8	3,4
5-14	46	111	140	205	392	0,4	0,5	0,7	0,7	0,6
15-59	93	179	252	348	945	1,1	1,5	1,9	2,1	3,7
60+	9	17	23	32	85	0,6	0,9	1,3	1,7	4,0
Inde	358	684	850	1.003	1.357	8,1	9,1	9,3	9,7	11,8
0-4	55	97	117	111	102	4,4	3,9	3,2	2,5	1,0
5-14	84	168	197	223	202	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2
15-59	198	378	477	593	870	1,6	1,9	2,3	2,6	2,9
60+	20	42	59	76	182	1,5	2,7	3,3	4,0	7,7
Chine	547	988	1.134	1.296	1.610	15,2	7,7	8,9	9,1	13,9
0-4	76	97	118	116	105	6,0	1,4	1,1	0,8	0,3
5-14	108	253	187	240	232	1,3	0,3	0,1	0,2	0,1
15-59	322	566	728	808	927	4,5	2,3	2,3	2,3	2,2
60+	41	73	101	132	346	3,4	3,7	5,4	5,8	11,3
Autres pays et îles d'Asie	281	552	683	808	1.108	5,7	5,7	5,5	6,5	9,2
0-4	42	82	86	87	83	2,5	2,2	1,6	1,5	0,6
5-14	68	141	164	169	165	0,4	0,4	0,4	0,3	0,1
15-59	155	298	390	494	698	1,6	1,5	1,5	1,9	2,3
60+	17	31	43	58	161	1,2	1,6	2,0	2,8	6,2
Amérique latine et Caraïbes	166	355	444	538	765	2,9	2,7	3,0	3,1	6,0
0-4	27	52	56	59	56	1,3	0,9	0,7	0,6	0,3
5-14	40	89	103	113	114	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
15-59	90	194	254	323	474	0,7	0,9	0,9	0,7	1,5
60+	9	21	31	43	121	0,6	0,9	1,2	1,7	4,1
Croissant moyen-oriental	148	382	503	667	1.240	3,9	4,7	4,4	5,6	7,6
0-4	24	62	81	102	130	2,0	2,1	1,8	2,1	1,2
5-14	35	99	127	173	252	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
15-59	79	201	266	353	748	1,0	1,2	0,9	1,4	1,9
60+	10	20	29	39	110	0,7	1,1	1,4	1,8	4,3
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	269	324	346	361	395	3,1	3,2	3,8	3,7	4,3
0-4	27	27	27	25	26	0,7	0,3	0,1	0,1	0,0
5-14	50	49	54	51	50	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
15-59	165	204	208	217	225	0,8	0,5	0,9	0,7	0,5
60+	26	45	57	67	94	1,5	2,3	2,7	2,9	3,7
Économies de marché bien établies (EMBE)	564	757	798	832	869	6,5	7,5	7,1	8,0	10,1
0-4	58	52	51	50	49	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1
5-14	96	117	104	104	99	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
15-59	342	461	497	516	460	1,5	1,0	1,1	1,1	0,7
60+	69	127	145	163	260	4,3	6,2	5,9	6,8	9,3
AESE et EMBE	832	1.077	1.144	1.194	1.267	9,6	10,7	10,9	11,7	14,3
0-4	85	79	78	75	75	1,3	0,5	0,2	0,2	0,1
5-14	146	166	158	156	149	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
15-59	507	665	705	732	685	2,2	1,5	2,0	1,8	1,2
60+	95	167	203	231	358	5,8	8,5	8,6	9,7	13,0
Groupe de pays en transition démographique	1.678	3.337	4.123	5.034	7.708	40,2	36,2	39,1	43,3	60,2
0-4	255	458	552	613	682	18,5	13,9	12,4	12,3	6,8
5-14	381	851	919	1.123	1.348	3,2	2,2	2,1	2,2	1,3
15-59	937	1.902	2.367	2.918	4.672	10,5	9,2	9,8	11,0	14,5
60+	106	126	286	380	1.005	8,0	10,9	14,6	17,8	37,6
Toutes économies	2.511	4.414	5.267	6.228	8.975	49,8	46,9	50,0	55,0	74,5
0-4	340	536	631	687	757	19,8	14,4	12,7	12,5	6,9
5-14	527	1.017	1.077	1.279	1.497	3,4	2,3	2,2	2,2	1,3
15-59	1.443	2.489	3.072	3.600	5.358	12,7	10,7	11,8	12,8	15,7
60+	200	371	488	662	1.363	13,8	19,4	23,2	27,5	50,6

Tableau A.5 Risque de mortalité et espérance de vie durant le cycle de vie

Région démographique et groupes d'âge	Probabilité de décéder (%)					Région démographique et âge	Espérance de vie à différents âges (années)				
	1950	1980	1990	2000	2030		1950	1980	1990	2000	2030
Afrique subsaharienne						Afrique subsaharienne					
0-4	28,6	19,9	17,5	15,2	7,9	0	39	49	52	55	64
5-14	6,2	3,7	3,1	2,7	1,3	5	50	56	58	59	64
15-59	47,9	36,6	34,5	30,6	21,5	15	43	48	50	51	55
60-75	58,0	51,5	49,4	47,7	42,1	60	13	15	15	15	17
Inde						Inde					
0-4	30,4	17,2	12,4	10,5	4,5	0	42	55	58	61	70
5-14	5,0	3,0	2,7	2,3	1,0	5	54	61	61	63	68
15-59	38,5	26,3	25,0	23,3	15,1	15	47	52	53	54	59
60-75	61,1	51,2	48,9	44,6	33,8	60	14	15	16	16	18
Chine						Chine					
0-4	31,5	6,7	4,3	3,6	1,6	0	38	63	69	71	77
5-14	6,3	1,2	0,8	0,6	0,3	5	47	64	67	69	73
15-59	53,4	21,6	17,5	15,3	9,7	15	40	55	58	59	63
60-75	65,2	43,5	41,5	34,8	23,0	60	12	17	18	18	20
Autres pays et îles d'Asie						Autres pays et îles d'Asie					
0-4	23,4	12,0	9,7	8,2	3,8	0	44	58	62	64	72
5-14	4,9	1,9	1,7	1,3	0,6	5	52	61	63	65	70
15-59	45,0	24,5	21,2	19,7	13,9	15	44	51	54	56	60
60-75	59,3	47,8	44,9	41,2	31,4	60	13	15	16	17	19
Amérique latine et Caraïbes						Amérique latine et Caraïbes					
0-4	19,9	8,6	6,0	5,1	2,3	0	49	65	70	71	76
5-14	3,7	1,5	1,2	0,9	0,3	5	56	66	69	70	73
15-59	36,6	19,1	19,1	13,4	9,6	15	48	57	60	60	63
60-75	51,5	37,9	33,0	30,7	23,4	60	15	17	19	19	20
Croissant moyen-oriental						Croissant moyen-oriental					
0-4	30,1	15,0	11,1	9,4	4,4	0	38	56	61	63	71
5-14	6,8	2,5	1,9	1,5	0,7	5	49	60	63	65	69
15-59	50,1	26,5	20,1	19,3	14,0	15	42	52	55	56	60
60-75	59,2	46,7	42,0	39,4	31,0	60	13	15	17	17	19
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)						Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)					
0-4	12,8	3,0	2,2	1,9	0,9	0	59	70	72	74	78
5-14	2,4	0,5	0,4	0,3	0,1	5	63	68	69	70	74
15-59	22,3	20,2	19,7	13,3	8,9	15	54	58	59	60	64
60-75	54,8	38,9	36,3	32,8	22,1	60	16	18	18	19	21
Économies de marché bien établies (EMBE)						Économies de marché bien établies (EMBE)					
0-4	6,0	1,7	1,1	1,0	0,6	0	65	74	76	77	81
5-14	1,0	0,3	0,3	0,2	0,1	5	65	71	72	73	77
15-59	20,7	11,4	10,7	9,3	6,4	15	55	61	62	63	67
60-75	43,1	31,1	27,6	24,9	16,5	60	17	19	20	20	22
AESE et EMBE						AESE et EMBE					
0-4	8,4	2,1	1,5	1,3	0,7	0	64	73	75	76	81
5-14	1,5	0,4	0,3	0,2	0,1	5	65	70	71	72	76
15-59	21,2	15,0	13,7	10,6	7,2	15	55	60	61	62	66
60-75	47,0	33,7	30,4	27,5	18,3	60	17	19	19	20	22
Groupe de pays en transition démographique						Groupe de pays en transition démographique					
0-4	28,6	13,5	10,6	9,5	4,9	0	40	59	63	65	71
5-14	5,7	2,6	2,2	1,6	0,8	5	50	62	64	66	69
15-59	46,7	26,7	23,5	21,9	15,3	15	43	53	55	56	60
60-75	60,3	46,7	43,8	40,4	32,6	60	13	16	17	17	19
Toutes économies						Toutes économies					
0-4	24,8	12,0	9,6	8,7	4,5	0	48	62	65	67	73
5-14	4,7	2,1	1,9	1,5	0,8	5	55	64	66	67	70
15-59	40,6	24,7	20,7	19,7	11,7	15	47	55	56	57	61
60-75	56,0	40,1	40,1	38,8	31,0	60	14	17	17	17	19

Tableau A.6 Nutrition et état de santé

Région et économie	Pourcentage d'enfants souffrant :		Pourcentage d'enfants uniquement allaités au sein, 1985-90 (0-3 mois) ^a	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, années 70 et 80 (% de l'insuffisance du taux d'hémoglobine par rapport à la norme) ^a	Consommation annuelle de tabac (kg par habitant d'âge adulte)		
	d'insuffisance staturale, 1980-90 (24-59 mois) ^a	d'insuffisance pondérale, 1980-90 (12-23 mois) ^a			1974-76	1990	2000
Afrique subsaharienne	39 w	10 w	63 w	41 w	..	..	..
Mozambique	..	..	..	58	0,5	0,4	0,4
Tanzanie	46	5	..	80	0,8	0,6	0,6
Ethiopie	43	19	..	6	..	..	..
Ouganda	45	2	76	..	..	..	..
Burundi	48	6	98	68	..	..	..
Tchad	13	..	..	37	..	..	..
Madagascar	56	17	..	..	..	..	..
Sierra Leone	43	14	..	45	..	..	..
Malawi	61	8	..	49	0,5	0,4	0,4
Rwanda	34	1	..	..	..	..	..
Mali	24	11	82	65	..	..	..
Burkina Faso	28	11	..	24	..	..	..
Niger	38	23	..	47	..	..	..
Nigéria	43	9	61	43	0,4	0,4	0,3
Kenya	32	5	48	57	..	..	..
Bénin	..	..	..	55	..	..	..
Rép. centrafricaine	..	..	..	67	..	..	..
Ghana	30	8	81	64	..	..	..
Togo	29	6	60	47	..	..	..
Guinée	..	..	..	..	..	..	..
Zimbabwe	31	2	56	..	0,7	0,6	0,6
Côte d'Ivoire	20	17	..	34	1,3	1,0	1,0
Sénégal	25	6	77	55	..	..	..
Cameroun	43	2	70	8	..	..	..
Afrique du Sud	53	10	..	28	2,3	1,4	1,1
Somalie	30	40	..	73	..	..	..
Zaïre	27	3	64	42	0,8	0,5	0,5
Soudan	32	13	84	36	..	..	..
Zambie	59	10	72	34	..	..	..
Angola	..	..	..	29	..	..	..
Inde	65	27	..	88	0,8	0,8	0,9
Chine	41	8	..	25	1,6	2,6	2,9
Autres pays et îles d'Asie	53 w	11 w	..	58 w	1,6 w	1,7 w	1,8 w
Népal	69	14	..	33	..	..	..
Cambodge	..	..	..	..	..	..	..
Bangladesh	65	16	..	51	1,1	0,9	1,0
RDP lao	44	20	..	62	..	..	..
Sri Lanka	27	13	79	62	..	..	..
Indonésie	67	9	45	74	1,0	1,4	1,6
Philippines	43	13	..	48	1,5	1,5	1,7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	47	10	..	..	..	..	..
Thaïlande	22	6	33	52	2,4	2,0	2,0
Malaisie	32	6	..	34	1,5	1,8	2,1
Corée, Rép. de	18	2	..	..	2,4	2,9	3,5
Hong Kong	..	..	..	..	2,0	1,6	1,8
Singapour	10	7	..	18	6,3	3,4	3,2
Myanmar	50	11	..	58	3,0	3,0	3,1
Viet Nam	49	12	..	..	0,6	1,0	1,1
Corée, Rép. pop. dém. de	..	..	..	..	4,3	4,0	3,9
Amérique latine et Caraïbes	26 w	5 w	41 w	35 w	2,0 w	1,6 w	1,7 w
Nicaragua	22	0	..	..	..	..	..
Haïti	51	17	..	64	..	..	..
Honduras	34	2	..	..	..	..	..
Bolivie	38	2	75	36	..	..	..
Guatemala	57	13	..	..	..	..	..
Rép. dominicaine	19	1	42	..	0,8	1,1	1,1
Equateur	39	4	54	46	..	..	..
Pérou	37	2	58	53	..	..	..
El Salvador	36	6	..	14	1,2	0,9	0,9
Colombie	23	1	40	24	1,9	2,0	2,3
Paraguay	17	0	..	63	1,9	0,9	0,9
Chili	10	1	..	20	1,3	0,9	1,0
Venezuela	7	4	..	29	1,8	1,5	1,7
Argentine	..	..	..	..	3,1	1,9	1,9
Uruguay	16	..	..	..	..	..	..
Brésil	29	6	34	34	2,1	1,8	1,9
Mexique	22	6	44	41	1,4	1,0	1,1
Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..
Cuba	..	1	..	..	4,8	4,5	5,0

Région et économie	Pourcentage d'enfants souffrant :		Pourcentage d'enfants uniquement allaités au sein, 1985-90 (0-3 mois) ^a	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, années 70 et 80 (% de l'insuffisance du taux d'hémoglobine par rapport à la norme) ^a	Consommation annuelle de tabac (kg par habitant d'âge adulte)		
	d'insuffisance staturale, 1980-90 (24-59 mois) ^a	d'insuffisance pondérale, 1980-90 (12-23 mois) ^a			1974-76	1990	2000
Croissant moyen-oriental	..	..	..	..	..	..	..
Pakistan	50	9	25	57	1,4	1,7	1,9
Yémen, Rép. du	..	15	15	..	..	..	..
Egypte	31	1	66	47	1,0	1,8	1,8
Maroc	25	4	66	46	1,3	1,7	1,9
Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..
Jordanie	20	3	32	50	..	..	..
Rép. arabe syrienne	..	..	..	52	3,7	3,2	3,3
Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..
Tunisie	18	3	60	38	..	..	..
Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..
Géorgie	..	..	..	..	..	..	..
Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..
Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..
Turquie	..	..	..	74	2,5	2,2	2,3
Algérie	13	4	..	42	1,8	1,9	2,1
Arménie	..	..	..	..	..	..	..
Iran	55	23	..	28	1,1	0,9	0,9
Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..
Arabie saoudite	..	..	..	24	1,5	2,0	2,1
Israël	..	..	..	25	2,1	2,4	2,4
<i>Afghanistan</i>	..	..	..	..	..	..	..
<i>Iraq</i>	..	..	..	..	1,7	3,0	2,9
<i>Libye</i>	..	..	..	..	..	..	..
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	..	..	..	..	..	..	..
Roumanie	..	..	..	..	2,0	2,0	2,0
Pologne	..	..	..	16	3,4	3,5	3,7
Bulgarie	..	..	..	..	3,6	4,1	4,3
Moldova	..	..	..	..	..	..	..
Ukraine	..	..	..	..	..	..	..
Tchécoslovaquie ^b	..	..	..	23	2,0	2,5	2,6
Lituanie	..	..	..	..	..	..	..
Hongrie	..	..	..	..	2,9	3,3	3,6
Bélarus	..	..	..	..	..	..	..
Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..
<i>Albanie</i>	..	..	..	..	..	..	..
<i>Yougoslavie^c</i>	4	1	..	..	2,5	2,5	2,8
Economies de marché bien établies (EMBE)	..	..	..	15 w	3,2 w	2,4 w	2,0 w
Portugal	..	..	..	..	1,3	1,9	2,0
Grèce	..	..	..	24	3,2	3,0	3,3
Irlande	..	..	..	..	3,2	2,4	2,1
Nouvelle-Zélande	3	1	..	22	3,2	2,1	1,9
Espagne	..	..	..	9	2,5	2,4	2,6
Royaume-Uni	2	1	..	19	2,6	1,9	1,6
Australie	..	..	..	8	2,9	2,0	1,7
Italie	2	1	..	10	2,2	1,9	2,0
Pays-Bas	..	..	..	18	3,8	3,0	2,7
Belgique	..	..	..	6	3,5	2,9	2,7
Autriche	..	..	..	..	2,3	2,1	1,9
France	6	0	..	18	2,8	2,3	2,1
Canada	5	1	..	..	3,8	2,6	2,2
Etats-Unis	2	2	..	17	3,8	2,6	2,2
Allemagne	..	..	..	12	3,2	2,3	2,1
Danemark	..	..	..	..	3,5	2,6	2,3
Finlande	..	..	..	..	2,2	1,6	1,4
Norvège	..	..	..	..	2,3	2,0	1,9
Suède	..	..	..	..	1,9	1,5	1,3
Japon	4	..	..	..	3,5	2,4	1,9
Suisse	..	..	..	..	3,7	2,9	2,3
AESE et EMBE	4 w	3 w	..	4 w	2,9 w	2,2 w	1,8 w
Groupe de pays en transition démographique	46 w	13 w	47 w	49 w	1,4 w	1,7 w	1,9 w
Toutes économies	42 w	12 w	..	42 w	1,7 w	1,9 w	1,9 w

a. Chaque valeur se rapporte à une année particulière mais non spécifiée de la période indiquée.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Tableau A.7 Mortalité par cause de décès et incidence de la tuberculose

Région démographique et économie	Taux de mortalité par principale cause de décès, 1985-90 ^a (nombre de décès pour 100.000 habitants, normalisé par âge)			Taux d'incidence annuel de la tuberculose, 1990 (pour 100.000 habitants)
	Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales	Maladies non transmissibles	Blessures	
Afrique subsaharienne	..	..	..	220 w
Mozambique	..	..	..	189
Tanzanie	..	..	..	140
Ethiopie	..	..	..	155
Ouganda	..	..	..	300
Burundi	..	..	..	367
Tchad	..	..	..	167
Madagascar	..	..	..	310
Sierra Leone	..	..	..	167
Malawi	..	..	..	173
Rwanda	..	..	..	260
Mali	..	..	..	289
Burkina Faso	..	..	..	289
Niger	..	..	..	144
Nigéria	..	..	..	222
Kenya	..	..	..	140
Bénin	..	..	..	135
Rép. centrafricaine	..	..	..	139
Ghana	..	..	..	222
Togo	..	..	..	244
Guinée	..	..	..	166
Zimbabwe	..	..	..	207
Côte d'Ivoire	..	..	..	196
Sénégal	..	..	..	166
Cameroun	..	..	..	194
Afrique du Sud	..	..	..	250
Somalie	..	..	..	222
Zaïre	..	..	..	333
Soudan	..	..	..	211
Zambie	..	..	..	345
Angola	..	..	..	225
Inde	470	761	97	220
Chine	117	696	88	166
Autres pays et îles d'Asie	..	..	..	201 w
Népal	..	..	..	167
Cambodge	..	..	..	235
Bangladesh	..	..	..	220
RDP lao	..	..	..	235
Sri Lanka	232	459	194	167
Indonésie	..	..	..	220
Philippines	..	..	..	280
Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	..	..	275
Thaïlande	..	..	..	173
Malaisie	..	..	..	67
Corée, Rép. de	113	454	194	162
Hong Kong	71	354	28	140
Singapour	114	498	39	82
Myanmar	..	..	..	189
Viet Nam	..	..	..	166
Corée, Rép. pop. dém. de	..	..	..	162
Amérique latine et Caraïbes	193 w	494 w	95 w	92 w
Nicaragua	..	..	..	110
Haiti	..	..	..	333
Honduras	..	..	..	133
Bolivie	..	..	..	335
Guatemala	595	523	113	110
Rép. dominicaine	206	443	88	110
Equateur	210	448	119	166
Pérou	327	392	53	250
El Salvador	202	385	201	110
Colombie	..	..	..	67
Paraguay	..	..	..	166
Chili	131	444	88	67
Venezuela	151	449	110	44
Argentine	107	530	59	50
Uruguay	98	519	67	15
Brésil	..	..	..	56
Mexique	168	490	102	110
Porto Rico	78	447	59	8
Cuba	73	472	82	10

Région démographique et économie	Taux de mortalité par principale cause de décès, 1985-90 ^a (nombre de décès pour 100.000 habitants, normalisé par âge)			Taux d'incidence annuel de la tuberculose, 1990 (pour 100.000 habitants)
	Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales	Maladies non transmissibles	Blessures	
Croissant moyen-oriental	116 w	619 w	72 w	99 w
Pakistan	..	..	..	150
Yémen, Rép. du	..	..	..	96
Egypte	..	..	..	78
Maroc	..	..	..	125
Tadjikistan	182	558	53	133
Jordanie	..	..	..	14
Rép. arabe syrienne	..	..	..	58
Ouzbékistan	137	601	65	55
Tunisie	..	..	..	55
Kirghizistan	124	651	95	68
Géorgie	69	591	56	36
Azerbaïdjan	110	595	46	47
Turkménistan	216	737	68	72
Turquie	..	..	..	57
Algérie	..	..	..	53
Arménie	60	580	66	127
Iran	..	..	..	83
Kazakhstan	86	700	103	77
Arabie saoudite	..	..	..	22
Israël	64	444	53	12
<i>Afghanistan</i>	..	..	..	278
<i>Iraq</i>	..	..	..	111
<i>Libye</i>	..	..	..	12
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	52 w	658 w	94 w	52 w
Roumanie	93	685	65	70
Pologne	73	603	80	43
Bulgarie	73	619	64	30
Moldova	54	704	104	54
Ukraine	32	673	93	50
Tchécoslovaquie ^b	51	646	62	22
Lituanie	25	598	107	82
Hongrie	55	690	90	38
Bélarus	28	625	90	50
Fédération de Russie	47	704	115	56
<i>Albanie</i>	..	..	..	40
<i>Yougoslavie^c</i>	87	559	68	30
Economies de marché bien établies (EMBE)	47 w	416 w	49 w	20 w
Portugal	70	429	78	57
Grèce	51	393	48	12
Irlande	57	526	39	18
Nouvelle-Zélande	50	487	58	10
Espagne	45	410	42	49
Royaume-Uni	49	478	31	10
Australie	31	424	48	6
Italie	38	425	39	25
Pays-Bas	40	416	36	9
Belgique	52	459	68	16
Autriche	30	437	55	20
France	40	362	70	16
Canada	39	395	48	8
Etats-Unis	54	447	58	10
Allemagne	35	468	45	18
Danemark	..	..	..	7
Finlande	43	450	76	15
Norvège	52	399	53	8
Suède	41	397	46	7
Japon	51	306	41	42
Suisse	..	..	..	18
AESE et EMBE	49 w	488 w	63 w	29 w
Groupe de pays en transition démographique	253 w	692 w	94 w	173 w
Toutes économies	187 w	626 w	84 w	142 w

a. Chaque valeur se rapporte à une année particulière mais non spécifiée de la période indiquée.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Tableau A.8 Infrastructure et services sanitaires

Région démographique et économie	Nombre de médecins pour 1.000 habitants, 1988-92 ^a	Ratio personnel infirmier-médecin, 1988-92 ^a	Nombre de lits d'hôpital pour 1.000 habitants, 1985-90 ^a	Pourcentage d'enfants vaccinés, âgés de moins de 1 an	
				Troisième dose de DCT, 1990-91 ^a	Vaccin contre la rougeole, 1990-91 ^a
Afrique subsaharienne	0,12 w	5,1 w	1,4 w	52 w	52 w
Mozambique	0,02	13,1	0,9	19	23
Tanzanie	0,03	7,3	1,1	79	75
Ethiopie	0,03	2,4	0,3	44	37
Ouganda	0,04	8,4	0,8	77	74
Burundi	0,06	4,3	1,3	83	75
Tchad	0,03	0,9	..	18	28
Madagascar	0,12	3,5	0,9	46	33
Sierra Leone	0,07	5,0	1,0	75	74
Malawi	0,02	2,8	1,6	81	78
Rwanda	0,02	1,7	1,7	89	89
Mali	0,05	2,5	..	35	40
Burkina Faso	0,03	8,2	0,3	37	42
Niger	0,03	11,3	..	18	24
Nigéria	0,15	6,0	1,4	65	70
Kenya	0,14	3,2	1,7	36	36
Bénin	0,07	5,8	..	67	70
Rép. centrafricaine	0,04	4,5	0,9	82	82
Ghana	0,04	9,1	1,5	39	39
Togo	0,08	6,2	1,6	73	61
Guinée	0,02	4,3	0,6	41	39
Zimbabwe	0,16	6,1	2,1	89	87
Côte d'Ivoire	0,06	4,8	0,8	48	42
Sénégal	0,05	2,6	0,8	60	59
Cameroun	0,08	6,4	2,7	56	56
Afrique du Sud	0,61	4,5	4,1	67	63
Somalie	0,07	7,1	0,8	18	30
Zaire	0,07	2,1	1,6	32	31
Soudan	0,09	2,7	0,9	63	58
Zambie	0,09	6,0	..	79	76
Angola	0,07	16,4	1,2	26	39
Inde	0,41	1,1	0,7	83	77
Chine	1,37	0,5	2,6	95	96
Autres pays et îles d'Asie	0,31 w	3,00 w	1,8 w	81 w	78 w
Népal	0,06	2,7	0,3	74	63
Cambodge	0,04	8,0	2,2	38	38
Bangladesh	0,15	0,8	0,3	87	83
RDP lao	0,23	5,9	2,5	22	47
Sri Lanka	0,14	5,1	2,8	86	79
Indonésie	0,14	2,8	0,7	86	80
Philippines	0,12	3,1	1,3	88	85
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,08	8,1	3,4	64	63
Thaïlande	0,20	5,5	1,6	69	60
Malaisie	0,37	3,9	2,4	90	79
Corée, Rép. de	0,73	1,0	3,0	74	93
Hong Kong	0,93	4,5	4,2	83	42
Singapour	1,09	3,8	3,3	91	92
Myanmar	0,08	4,0	0,6	69	73
Viet Nam	0,35	4,9	3,3	85	85
Corée, Rép. pop. dém. de	2,72	..	13,5	90	96
Amérique latine et Caraïbes	1,25 w	0,5 w	2,7 w	71 w	75 w
Nicaragua	0,60	0,5	1,8	71	54
Haïti	0,14	0,8	0,8	41	31
Honduras	0,32	1,0	1,1	94	86
Bolivie	0,48	0,7	1,3	58	73
Guatemala	0,44	2,5	1,7	63	48
Rép. dominicaine	1,08	0,7	2,0	47	69
Equateur	1,04	0,3	1,7	89	54
Pérou	1,03	0,9	1,5	71	59
El Salvador	0,64	1,5	1,5	60	53
Colombie	0,87	0,6	1,5	84	75
Paraguay	0,62	1,7	1,0	79	74
Chili	0,46	0,8	3,3	91	93
Venezuela	1,55	0,5	2,9	54	54
Argentine	2,99	0,2	4,8	84	99
Uruguay	2,90	0,2	4,6	88	82
Brésil	1,46	0,1	3,5	75	83
Mexique	0,54	0,8	1,3	64	78
Porto Rico	2,55	..	4,0	..	..
Cuba	3,75	1,7	5,0	99	99

Région démographique et économique	Nombre de médecins pour 1.000 habitants, 1988-92 ^a	Ratio personnel infirmier-médecin, 1988-92 ^a	Nombre de lits d'hôpital pour 1.000 habitants, 1985-90 ^a	Pourcentage d'enfants vaccinés, âgés de moins de 1 an	
				Troisième dose de DCT, 1990-91 ^a	Vaccin contre la rougeole, 1990-91 ^a
Croissant moyen-oriental	1,04 w	1,5 w	2,9 w	75 w	74 w
Pakistan	0,34	0,8	0,6	81	77
Yémen, Rép. du	0,18	2,9	0,9	62	57
Egypte	0,77	1,2	1,9	86	89
Maroc	0,21	4,5	1,2	79	76
Tadjikistan	2,71	2,8	10,6	89	89
Jordanie	1,54	0,3	1,9	92	85
Rép. arabe syrienne	0,85	1,2	1,1	89	84
Ouzbékistan	3,58	2,9	12,4	57	81
Tunisie	0,53	2,7	2,0	90	80
Kirghizistan	3,67	2,8	12,0	78	94
Géorgie	5,92	2,2	11,1	65	74
Azerbaïdjan	3,93	2,4	10,2	89	91
Turkménistan	3,57	2,8	11,3	78	68
Turquie	0,74	1,5	2,1	72	66
Algérie	0,26	4,7	2,6	89	83
Arménie	4,28	2,5	9,0	88	92
Iran	0,32	1,1	1,5	88	84
Kazakhstan	4,12	3,0	13,6	84	94
Arabie saoudite	1,52	1,5	2,7	94	90
Israël	2,90	2,3	6,3	88	88
Afghanistan	0,11	0,8	0,3	..	..
Iraq	0,58	1,2	1,6	69	73
Libye	1,04	2,9	4,1	62	59
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	4,07 w	2,1 w	11,4 w	77 w	86 w
Roumanie	1,79	..	8,9	97	92
Pologne	2,06	..	6,6	98	94
Bulgarie	3,19	2,1	9,8	99	97
Moldova	4,00	3,0	7,8	87	95
Ukraine	4,40	2,7	13,6	78	88
Tchécoslovaquie ^b	3,23	2,4	7,9	99	98
Lituanie	..	..	..	80	92
Hongrie	2,98	1,1	10,1	100	100
Bélarus	4,05	..	13,2	90	97
Fédération de Russie	4,69	..	13,8	65	83
Albanie	1,39	2,5	4,1	94	87
Yougoslavie ^c	2,63	1,9	6,0	79	75
Economies de marché bien établies (EMBE)	2,52 w	2,1 w	8,3 w	80 w	77 w
Portugal	2,57	0,8	4,2	95	96
Grèce	1,73	1,6	5,1	54	76
Irlande	1,58	4,7	3,9	65	78
Nouvelle-Zélande	1,74	0,1	6,6	81	82
Espagne	3,60	1,1	4,8	73	84
Royaume-Uni	1,40	2,0	6,3	85	89
Australie	2,29	3,8	5,6	90	68
Italie	4,69	0,6	7,5	95	50
Pays-Bas	2,43	3,4	5,9	97	94
Belgique	3,21	0,1	8,3	94	75
Autriche	4,34	2,4	10,8	90	60
France	2,89	1,6	9,3	95	69
Canada	2,22	4,7	16,1	85	85
Etats-Unis	2,38	2,8	5,3	67	80
Allemagne	2,73	1,7	8,7	80	90
Danemark	2,56	5,6	5,7	95	86
Finlande	2,47	4,3	10,8	95	97
Norvège	2,43	4,4	4,8	89	90
Suède	2,73	3,4	6,2	99	95
Japon	1,64	1,8	15,9	87	66
Suisse	1,59	2,6	11,0	90	90
AESE et EMBE	3,09 w	2,1 w	9,3 w	79 w	80 w
Groupe de pays en transition démographique	0,78 w	0,9 w	2,0 w	80 w	79 w
Toutes économies	1,34 w	1,4 w	3,6 w	80 w	79 w

Note : Les totaux et les moyennes par région incluent les informations pertinentes relatives aux pays moins peuplés qui figurent dans le Tableau A.10, hormis pour la rubrique « Pourcentage d'enfants vaccinés ».

a. Chaque valeur se rapporte à une année particulière mais non spécifiée de la période indiquée.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Tableau A.9 Dépenses de santé et total des apports d'aide extérieure

Région démographique et économie	Dépenses de santé totales (dollars au taux de change officiel)		Dépenses de santé en pourcentage du PIB			Aide au développement dans le domaine de la santé		
	Millions, 1990	Par habitant, 1990	Totales, 1990	Secteur public, 1990	Secteur privé, 1990	Total des apports d'aide en dollars (millions) ^a	Apports d'aide par habitant, 1990	Apports d'aide en pourcentage des dépenses de santé totales, 1990
Afrique subsaharienne	12.080 t	24 w	4,5 w	2,5 w	2,0 w	1.251 t	2,5 w	10,4
Mozambique	85	5	5,9	4,4	1,5	45	2,9	52,9
Tanzanie	109	4	4,7	3,2	1,5	53	2,1	48,3
Ethiopie	229	4	3,8	2,3	1,5	43	0,8	18,8
Ouganda	95	6	3,4	1,6	1,8	46	2,8	48,4
Burundi	36	7	3,3	1,7	1,6	15	2,8	42,7
Tchad	76	13	6,3	4,7	1,6	33	5,8	43,0
Madagascar	79	7	2,6	1,3	1,3	17	1,5	21,5
Sierra Leone	22	5	2,4	1,7	0,8	7	1,7	33,0
Malawi	93	11	5,0	2,9	2,1	22	2,5	23,3
Rwanda	74	10	3,5	1,9	1,6	29	4,1	39,5
Mali	130	15	5,2	2,8	2,4	36	4,3	27,7
Burkina Faso	219	24	8,5	7,0	1,5	42	4,7	19,4
Niger	126	16	5,0	3,4	1,6	43	5,6	34,0
Nigéria	906	9	2,7	1,2	1,6	58	0,6	6,4
Kenya	375	16	4,3	2,7	1,6	84	3,5	22,3
Bénin	79	17	4,3	2,8	1,6	33	7,0	41,8
Rép. centrafricaine	55	18	4,2	2,6	1,6	20	6,5	35,8
Ghana	204	14	3,5	1,7	1,8	29	1,9	14,2
Togo	67	18	4,1	2,5	1,6	14	3,9	21,0
Guinée	106	19	3,9	2,3	1,6	20	3,5	23,8
Zimbabwe	416	42	6,2	3,2	3,0	42	4,2	10,0
Côte d'Ivoire	332	28	3,3	1,7	1,6	11	0,9	3,4
Sénégal	214	29	3,7	2,3	1,4	36	4,9	16,9
Cameroun	286	24	2,6	1,0	1,6	38	3,3	13,4
Afrique du Sud	5.671	158	5,6	3,2	2,4	2	..	..
Somalie	60	8	1,5	0,9	0,6	27	3,5	45,6
Zaïre	179	5	2,4	0,8	1,5	48	1,3	26,7
Soudan	300	12	3,3	0,5	2,8	39	1,5	13,0
Zambie	117	14	3,2	2,2	1,0	6	0,7	4,9
Angola	..	..	..	..	..	28	2,8	..
Inde	17.740	21	6,0	1,3	4,7	286	0,3	1,6
Chine	12.969	11	3,5	2,1	1,4	77	0,1	0,6
Autres pays et îles d'Asie	41.752 t	61 w	4,5 w	1,8 w	2,7 w	594 t	0,9 w	1,4 w
Népal	141	7	4,5	2,2	2,3	33	1,8	23,6
Cambodge	..	..	..	..	..	..	..	..
Bangladesh	715	7	3,2	1,4	1,8	128	1,2	17,9
RDP lao	22	5	2,5	1,0	1,5	5	1,2	22,7
Sri Lanka	305	18	3,7	1,8	1,9	26	1,5	7,4
Indonésie	2.148	12	2,0	0,7	1,3	159	0,9	7,4
Philippines	883	14	2,0	1,0	1,0	69	1,1	7,8
Papouasie-Nouvelle-Guinée	142	36	4,4	2,8	1,6	7	1,8	4,9
Thaïlande	4.061	73	5,0	1,1	3,9	36	0,7	0,9
Malaisie	1.259	67	3,0	1,3	1,7	3	0,1	0,2
Corée, Rép. de	16.130	377	6,6	2,7	3,9	32	..	0,2
Hong Kong	4.060	699	5,7	1,1	4,6	..	..	..
Singapour	658	219	1,9	1,1	0,8	1	0,2	0,1
Myanmar	..	..	..	..	..	12	0,3	..
Viet Nam	157	2	2,1	1,1	1,0	25	0,4	15,9
Corée, Rép. pop. dém. de	..	..	..	..	..	..	..	..
Amérique latine et Caraïbes	46.660 t	105 w	4,0 w	2,4 w	1,6 w	591 t	1,3 w	1,3 w
Nicaragua	133	35	8,6	6,7	1,9	27	6,6	20,0
Haïti	193	30	7,0	3,2	3,8	33	5,1	17,0
Honduras	134	26	4,5	2,9	1,6	20	4,0	15,1
Bolivie	181	25	4,0	2,4	1,6	37	5,1	20,3
Guatemala	283	31	3,7	2,1	1,6	32	3,4	11,1
Rép. dominicaine	263	37	3,7	2,1	1,6	11	1,5	4,1
Equateur	441	43	4,1	2,6	1,6	31	3,0	7,0
Pérou	1.065	49	3,2	1,9	1,3	29	1,4	2,7
El Salvador	317	61	5,9	2,6	3,3	44	8,5	13,9
Colombie	1.604	50	4,0	1,8	2,2	26	0,8	1,6
Paraguay	160	37	2,8	1,2	1,6	10	2,4	6,4
Chili	1.315	100	4,7	3,4	1,4	10	0,7	0,7
Venezuela	1.747	89	3,6	2,0	1,6	2	0,1	0,1
Argentine	4.441	138	4,2	2,5	1,7	11	0,3	0,2
Uruguay	383	124	4,6	2,5	2,1	5	1,7	1,4
Brésil	19.871	132	4,2	2,8	1,4	84	0,6	0,4
Mexique	7.648	89	3,2	1,6	1,6	65	0,8	0,9
Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..
Cuba	..	..	..	..	..	3	0,3	..

Région démographique et économie	Dépenses de santé totales (dollars au taux de change officiel)		Dépenses de santé en pourcentage du PIB			Aide au développement dans le domaine de la santé		
	Millions, 1990	Par habitant, 1990	Totales, 1990	Secteur public, 1990	Secteur privé, 1990	Total des apports d'aide en dollars (millions) ^a	Apports d'aide par habitant, 1990	Apports d'aide en pourcentage des dépenses de santé totales, 1990
Croissant moyen-oriental	38.961 t	77 w	4,1 w	2,4 w	1,7 w	453 t	0,9 w	1,2 w
Pakistan	1.394	12	3,4	1,8	1,6	76	0,7	5,4
Yémen, Rép. du	217	19	3,2	1,5	1,7	25	2,2	11,6
Egypte	921	18	2,6	1,0	1,6	111	2,1	12,1
Maroc	661	26	2,6	0,9	1,6	20	0,8	3,0
Tadjikistan	532	100	6,0	4,4	1,6	..	..	..
Jordanie	149	48	3,8	1,8	2,0	18	5,9	12,4
Rép. arabe syrienne	283	23	2,1	0,4	1,6	20	1,6	7,1
Ouzbékistan	2.388	116	5,9	4,3	1,6	..	..	..
Tunisie	614	76	4,9	3,3	1,6	18	2,3	3,0
Kirghizistan	517	118	5,0	3,3	1,6	..	..	..
Géorgie	830	152	4,5	2,8	1,7	..	..	..
Azerbaïdjan	785	98	4,3	2,6	1,7	..	..	..
Turkménistan	459	125	5,0	3,3	1,7	2	0,5	0,4
Turquie	4.281	76	4,0	1,5	2,5	23	0,4	0,5
Algérie	4.159	166	7,0	5,4	1,6	2	0,1	0,1
Arménie	506	152	4,2	2,5	1,7	..	..	..
Iran	3.024	54	2,6	1,5	1,1	2	..	..
Kazakhstan	2.572	154	4,4	2,8	1,7	..	..	..
Arabie saoudite	4.784	322	4,8	3,1	1,7	1	0,1	..
Israël	2.301	494	4,2	2,1	2,1	3	0,6	0,1
Afghanistan	..	..	..	..	..	53	2,6	..
Iraq	..	..	..	..	..	4	0,2	..
Libye	..	..	..	..	..	..	..	..
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	49.143 t	142 w	3,6 w	2,5 w	1,0 w	..	..	..
Roumanie	1.455	63	3,9	2,4	1,5	..	..	..
Pologne	3.157	83	5,1	4,1	1,0	..	..	..
Bulgarie	1.154	131	5,4	4,4	1,0	..	..	..
Moldova	623	143	3,9	2,9	1,0	..	..	..
Ukraine	6.803	131	3,3	2,3	1,0	..	..	..
Tchécoslovaquie ^b	2.711	173	5,9	5,0	0,9	..	..	..
Lituanie	594	159	3,6	2,6	1,0	..	..	..
Hongrie	1.958	185	6,0	5,0	0,9	..	..	..
Bélarus	1.613	157	3,2	2,2	1,0	..	..	..
Fédération de Russie	23.527	157	3,0	2,0	1,0	..	..	..
Albanie	84	26	4,0	3,4	0,6	..	..	..
Yougoslavie ^c	4.512	205	3,0	4,0	1,0	..	..	..
Economies de marché bien établies (EMBE)	1.483.196 t	1.860 w	9,2 w	5,6 w	3,5 w	..	..	..
Portugal	3.970	383	7,0	4,3	2,7	..	..	..
Grèce	3.609	358	5,5	4,2	1,3	..	..	..
Irlande	3.068	876	7,1	5,8	1,4	..	..	..
Nouvelle-Zélande	3.150	925	7,2	5,9	1,3	..	..	..
Espagne	32.375	831	6,6	5,2	1,4	..	..	..
Royaume-Uni	59.623	1.039	6,1	5,2	0,9	..	..	..
Australie	22.736	1.331	7,7	5,4	2,3	..	..	..
Italie	82.214	1.426	7,5	5,8	1,7	..	..	..
Pays-Bas	22.423	1.500	7,9	5,7	2,2	..	..	..
Belgique	14.428	1.449	7,5	6,2	1,3	..	..	..
Autriche	13.193	1.711	8,3	5,5	2,8	..	..	..
France	105.467	1.869	8,9	6,6	2,3	..	..	..
Canada	51.594	1.945	9,1	6,8	2,4	..	..	..
Etats-Unis	690.667	2.763	12,7	5,6	7,0	..	..	..
Allemagne	120.072	1.511	8,0	5,8	2,2	..	..	..
Danemark	8.160	1.588	6,3	5,3	1,0	..	..	..
Finlande	10.200	2.046	7,4	6,2	1,2	..	..	..
Norvège	7.782	1.835	7,4	7,0	0,3	..	..	..
Suède	20.055	2.343	8,8	7,9	0,9	..	..	..
Japon	189.930	1.538	6,5	4,8	1,6	..	..	..
Suisse	16.916	2.520	7,5	5,1	2,4	..	..	..
AESE et EMBE	1.532.340 t	1.340 w	8,7 w	5,4 w	3,4 w	..	..	..
Groupe de pays en transition démographique	170.115 t	41 w	4,7 w	2,3 w	2,5 w	3.252 t	0,8 w	1,9 w
Toutes économies	1.702.455 t	323 w	8,0 w	4,9 w	3,2 w	..	..	..

Note : Les totaux et les moyennes par région incluent les informations pertinentes relatives aux pays moins peuplés qui figurent dans le Tableau A.10.

a. Les apports d'aide recouvrent l'aide publique au développement et une partie seulement des apports privés, à savoir l'aide d'ONG.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

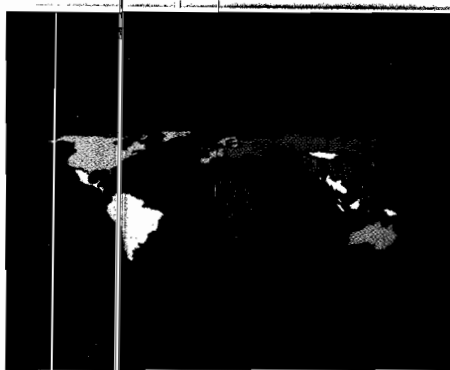
c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Tableau A.10 Economies et population par région démographique, fin juin 1990
(milliers d'habitants)

Afrique subsaharienne (49 économies)		510.271	Amérique latine et Caraïbes (suite)	
Nigéria	96.203	Burkina Faso	9.016	
Ethiopie	51.180	Malawi	8.507	
Zaïre	37.320	Mali	8.460	
Afrique du Sud	35.919	Zambie	8.111	
Soudan	25.188	Somalie	7.805	
Tanzanie	24.517	Niger	7.666	
Kenya	24.160	Sénégal	7.404	
Ouganda	16.330	Rwanda	7.118	
Mozambique	15.707	Guinée	5.717	
Ghana	14.870	Tchad	5.680	
Côte d'Ivoire	11.902	Burundi	5.427	
Cameroon	11.739	Bénin	4.740	
Madagascar	11.673	Sierra Leone	4.136	
Angola	10.012	Togo	3.638	
Zimbabwe	9.805	Rép. centrafricaine	3.035	
Pays de moins de 3 millions d'habitants			Amérique latine et Caraïbes (suite)	
Libéria	2.561	Comores	475	
Congo	2.276	Djibouti	427	
Mauritanie	1.969	Guinée équatoriale	417	
Namibie	1.780	Cap-Vert	371	
Lesotho	1.768	São Tomé-et-Principe	117	
Botswana	1.254	Mayotte	73	
Gabon	1.136	Sainte-Hélène	6	
Guinée-Bissau	980	Ascension	1	
Gambie	875	Tristan da Cunha	0,3	
Swaziland	797			
Inde	849.515			
Chine	1.133.698			
Autres pays et îles d'Asie (49 économies)		682.533	Croissant moyen-oriental (34 économies)	
Indonésie	178.232	Népal	18.916	
Bangladesh	106.656	Malaisie	17.857	
Viet Nam	66.312	Sri Lanka	17.002	
Philippines	61.480	Cambodge	8.469	
Thaïlande	55.853	Hong Kong	5.806	
Corée, Rép. de	42.797	RDP lao	4.186	
Myanmar	41.609	Papouasie-Nouvelle-		
Corée, Rép. pop. dém. de	21.576	Guinée	3.915	
Taiwan, Chine	20.313	Singapour	3.003	
Pays de moins de 3 millions d'habitants			Pays de moins de 3 millions d'habitants	
Mongolie	2.124	Kiribati	70	
Bhoutan	1.433	Seychelles	68	
Maurice	1.074	Îles Marshall	41	
Fidji	744	Samoa américaines	39	
Réunion	593	Îles Mariannes		
Macao	459	septentrionales	23	
Îles Salomon	316	Îles Cook	19	
Brunéi	256	Territoire sous tutelle		
Maldives	214	des îles du Pacifique	18	
Polynésie française	197	Îles Wallis et Futuna	14	
Nouvelle-Calédonie	165	Nauru	9	
Samoa-Occidental	165	Tuvalu	9	
Vanuatu	151	Île Nioué	3	
Guam	137	Îles Midway	2	
Etats fédérés de		Île Tokelau	2	
Micronésie	103	Île de Wake	2	
Tonga	99	Île Johnston	1	
		Île Pitcairn	0,1	
Amérique latine et Caraïbes (46 économies)		444.297	Pays de moins de 3 millions d'habitants	
Brésil	150.368	Bolivie	7.171	
Mexique	86.154	Rép. dominicaine	7.074	
Colombie	32.345	Haïti	6.472	
Argentine	32.293	El Salvador	5.213	
Pérou	21.663	Honduras	5.105	
Venezuela	19.738	Paraguay	4.314	
Chili	13.173	Nicaragua	3.853	
Cuba	10.617	Porto Rico	3.530	
Equateur	10.284	Uruguay	3.094	
Guatemala	9.197	(suite dans colonne suivante)		
			Amérique latine et Caraïbes (suite)	
			Pays de moins de 3 millions d'habitants	
			Costa Rica	2.807
			Jamaïque	2.420
			Panama	2.418
			Trinité-et-Tobago	1.236
			Guyana	798
			Suriname	447
			Guadeloupe	387
			Martinique	360
			Barbade	257
			Bahamas	255
			Antilles néerlandaises	189
			Belize	188
			Sainte-Lucie	150
			Îles Vierges (EU)	110
			Saint-Vincent	107
			Guyane française	92
			Grenade	91
			Antigua-et-Barbuda	79
			Dominique	72
			Aruba	66
			Saint-Kitts-et-Nevis	40
			Îles Caïmans	24
			Îles Vierges britanniques	13
			Montserrat	12
			Îles Turques et Caïques	9
			Anguilla	8
			Îles Falkland/Malvinas	2
			Croissant moyen-oriental (34 économies)	503.075
			Pakistan	112.351
			Turquie	56.098
			Iran	55.779
			Egypte	52.061
			Maroc	25.091
			Algérie	25.056
			Ouzbékistan	20.532
			Afghanistan	20.445
			Iraq	18.914
			Kazakhstan	16.746
			Arabie saoudite	14.870
			Rép. arabe syrienne	12.360
			Yémen, Rép. du	11.282
			Tunisie	8.060
			Azerbaïdjan	7.149
			Géorgie	5.462
			Tadjikistan	5.302
			Israël	4.659
			Libya	4.546
			Kirghizistan	4.395
			Turkménistan	3.669
			Arménie	3.325
			Jordanie	3.098
			Pays de moins de 3 millions d'habitants	
			Liban	2.681
			Koweït	2.143
			Emirats arabes unis	1.592
			Oman	1.554
			Cisjordanie	1.088
			Chypre	702
			Bande de Gaza	588
			Bahreïn	503
			Qatar	439
			Malte	354
			Sahara occidental	179
			Groupe de pays en transition démographique (180 économies)	4.123.389
			Anciennes économies socialistes d'Europe (14 économies)	346.237
			Fédération de Russie	148.255
			Ukraine	51.860
			Pologne	38.180
			Roumanie	23.199
			Yougoslavie ^a	23.808
			Tchécoslovaquie ^b	15.662
			Hongrie	10.553
			Bélarus	10.278
			Bulgarie	8.823
			Moldova	4.367
			Lituanie	3.731
			Albanie	3.250
			Pays de moins de 3 millions d'habitants	
			Lettonie	2.686
			Estonie	1.583
			Economies de marché bien établies (35 économies)	797.788
			Etats-Unis	249.975
			Japon	123.519
			Allemagne	79.484
			Italie	57.663
			Royaume-Uni	57.395
			France	56.440
			Espagne	38.959
			Canada	26.522
			Australie	17.085
			Pays-Bas	14.943
			Portugal	10.354
			Grèce	10.067
			Belgique	9.956
			Suède	8.559
			Autriche	7.712
			Suisse	6.712
			Danemark	5.140
			Finlande	4.986
			Norvège	4.242
			Irlande	3.503
			Nouvelle-Zélande	3.405
			Pays de moins de 3 millions d'habitants	
			Luxembourg	378
			Islande	255
			Îles Anglo-Normandes	144
			Île de Man	66
			Bermudes	59
			Groenland	56
			Îles Féroé	48
			Andorre	47
			Gibraltar	30
			Liechtenstein	28
			Monaco	28
			Saint-Marin	23
			Saint-Pierre-et-Miquelon	6
			Saint-Siège	1
			AESE et EMBE (49 économies)	1.144.025
			Toutes économies (229 économies)	5.267.414

a. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.



Annexe B. La charge de morbidité globale, 1990

La Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé ont entrepris conjointement une analyse aux fins du présent Rapport, qui quantifie l'impact de la perte de santé résultant d'une centaine de maladies et de blessures en 1990 (Murray et Lopez, document de référence). La charge de morbidité globale (CMG) couvre la mortalité liée aux décès prématurés en 1990 et la perte de la santé résultant d'une invalidité. La CMG se mesure en années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), hormis dans le Tableau B.8, qui indique le nombre de décès. Les catégories de maladies et blessures sont tirées de la *Classification internationale des maladies, Neuvième révision* (1977). Les maladies et les blessures étudiées ont été sélectionnées en fonction de l'ampleur prévue de leur impact sur un groupe d'âge particulier. Elles sont à l'origine de plus de 90 % des décès prématurés, et la charge d'invalidité qui leur est imputable est probablement du même ordre de grandeur. Les tableaux inclus dans la présente annexe indiquent des totaux partiels pour différents groupes de maladies; ils couvrent les AVCI perdues par suite des maladies indiquées et, dans certains cas, de plusieurs autres troubles.

Le calcul de la charge de morbidité se fonde sur plusieurs hypothèses, dont certaines impliquent des choix en matière de valeurs éthiques ou de préférences sociales. Les choix fondamentaux concernent les années potentielles de vie perdue pour cause de décès à un âge donné; la valeur relative d'une année de vie en bonne santé selon l'âge auquel elle est vécue; le taux d'actualisation ou de préférence pour le présent appliqué à la vie humaine et à la santé; et les poids d'invalidité utilisés pour établir une commune mesure entre une vie vécue avec une invalidité et un décès prématuré. Ces choix sont décrits ci-après. La méthodologie retenue sera décrite de manière plus détaillée dans le rapport de Murray et Lopez (à paraître).

Années de vie perdues pour cause de décès à chaque âge. Le nombre d'années de vie perdues pour cause de décès à chaque âge est calculé à partir d'une table type d'espérance de vie pour l'âge considéré. La table type de mortalité que nous avons utilisée pour les femmes est le modèle familial occidental (1983) de Coale et Demeny (niveau 26 avec une espérance de vie de 82,5 ans). Un modèle comparable, avec une espérance de vie de 80 ans, a été utilisé pour les hommes. Par exemple, le décès d'une femme âgée de 40 ans est censé correspondre à une durée de vie perdue égale à l'espérance de vie d'une femme de 40 ans, soit 43 ans. Au vu des données sur les groupes à revenu

élevé dans les populations à faible mortalité, il semble justifié de considérer que la durée de vie perdue pour cause de décès est plus longue dans le cas des femmes que dans celui des hommes, indépendamment de l'âge considéré. Ces données montrent que les femmes ont une espérance de vie à la naissance encore supérieure de deux à trois ans à celle des hommes.

Valeur d'une année de vie en bonne santé à chaque âge. La plupart des sociétés attachent plus d'importance à l'année de vie d'un adulte jeune ou d'âge mûr qu'à celle d'un enfant ou d'une personne âgée. La valeur relative d'une année de vie à chaque âge a été exprimée, pour cet exercice, sous forme mathématique par une fonction exponentielle $ka \exp(-Ba)$, dans laquelle a représente l'âge, et B est égal à 0,04. La courbe décrite par cette fonction augmente rapidement pour passer de zéro à la naissance à un sommet à l'âge de 25 ans, avant de redescendre et de tendre asymptotiquement vers zéro. La constante k a été choisie de sorte que le nombre total d'AVCI soit le même que si l'on avait utilisé des poids d'âge uniformes (Figure 1.3A). Il importe de noter que si la première année de vie est affectée d'un poids très faible, la vie d'un nouveau-né est évaluée sur la base du poids de toutes ses années probables de vie, à savoir la somme des valeurs produites par la fonction pour toutes les années suivantes. Lorsque les données ne sont pas actualisées, la plus grande perte d'AVCI pour cause de décès prématuré est donc associée à la mortalité infantile. Lorsqu'on fait intervenir un taux d'actualisation, la plus grande perte due à un décès prématuré se produit vers l'âge de 10 ans, mais elle n'est guère plus grande que dans le cas du décès d'un nouveau-né. C'est en grande partie parce que la perte de la vie est évaluée en fonction de la série future des poids affectés aux différents âges et pas seulement du poids affecté à une année que les résultats de l'analyse ne sont guère sensibles à l'introduction de poids d'âge hétérogènes.

Préférence pour le présent. Etant donné que les effets d'une maladie ou d'une blessure subie aujourd'hui peuvent se faire sentir pendant des années, voire des décennies, il importe de décider de la manière d'évaluer l'avenir par rapport au présent. Il s'agit là d'une question controversée qui n'est toujours pas résolue, deux thèses s'affrontant quant à la manière de considérer le futur. En premier lieu, la société préfère généralement jouir d'un certain niveau de consommation aujourd'hui plutôt que demain. On part généralement du principe que ce « taux de préférence pure de la société pour le présent » est assez faible,

de l'ordre de 0 à 3 % par an, autrement dit que la valeur attribuée au futur est exactement ou sensiblement la même que celle attribuée au présent. En deuxième lieu, l'application d'un taux d'actualisation plus élevé aux périodes futures se justifie si les ressources ne sont pas consommées aujourd'hui mais investies de manière à accroître la consommation à l'avenir. Si l'on multiplie le taux de croissance escompté de la consommation par l'élasticité de l'utilité de la consommation, on obtient généralement un facteur de l'ordre de 8 à 10 %, comparable au taux de rentabilité des investissements, compte tenu des risques et des impôts. Aux fins de l'évaluation de la charge de morbidité globale, on suppose que cet argument ne s'applique pas à la vie humaine, qui est sans commune mesure avec la consommation; ajouter des années de vie en bonne santé à une personne n'accroît pas nécessairement sa consommation annuelle. Le présent Rapport retient donc un taux d'actualisation de 3 % par an, qui pourrait être entièrement attribué à la préférence pure pour le présent.

L'application de taux d'actualisation plus élevés réduirait la charge de morbidité globale parce que les problèmes de santé futurs résultant d'invalidités subies en 1990 seraient affectés d'une valeur moindre. Fait plus important encore, l'emploi de taux d'actualisation plus élevés modifierait également l'importance relative de différentes maladies. La durée de vie perdue pour cause de décès étant en moyenne plus longue que celle perdue pour cause d'invalidité, une invalidité revêtira plus d'importance qu'un décès précoce si l'on applique des taux d'actualisation plus élevés. Pour la même raison, l'application de taux d'actualisation plus élevés fait apparaître le décès prématuré d'une personne jeune comme moins important que celui d'une personne plus âgée.

Poids des invalidités. Les invalidités ont été affectées de coefficients de gravité allant de zéro, pour une santé parfaite, à un, en cas de décès. Ces poids ont été déterminés lors d'une réunion de spécialistes de la santé dans le monde qui n'ont pas participé à l'étude. Afin de limiter le nombre de poids à affecter et de faire ressortir les différences de gravité des diverses invalidités, il a été décidé de diviser ces dernières en six groupes de gravité. Les invalidités classées dans un même groupe peuvent être de nature différente (par exemple, cécité et paralysie), mais être considérées comme étant d'égale gravité. Les participants ont voté pour décider du poids à affecter à chaque groupe, et non à chaque invalidité, le poids retenu étant égal à la moyenne des valeurs votées. Il importe de noter que beaucoup de troubles sont à l'origine de plusieurs invalidités, qui peuvent être classées dans différents groupes de gravité.

Il est possible de calculer la charge de morbidité en considérant la morbidité prévalente (proportion de malades au cours d'une année donnée, indépendamment du moment où la maladie s'est déclarée) ou incidente (charge future des nouveaux cas de maladie observés au cours de la même année). On a choisi de mesurer la morbidité incidente : la charge de morbidité correspond donc aux séries d'invalidités futures résultant de cas survenus en 1990. C'est la manière de traiter la mortalité la plus logique, et elle est facilement applicable aux invalidités dont l'issue n'est pas fatale. Les années de vie corrigées du facteur

invalidité imputables à la mortalité précoce sont calculées sur la base des chiffres de décès par cause de 1990 indiqués dans le Tableau B.8.

Les estimations de la mortalité par cause ont été établies à partir de données provenant de trois sources : les statistiques de l'état civil, des estimations produites par des modèles, et des estimations épidémiologiques établies pour certaines maladies particulières. Pour tous les pays dotés de systèmes fiables de déclaration des causes de décès — à savoir la plupart des économies de marché bien établies, les anciennes économies socialistes d'Europe, et une bonne partie des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, on a utilisé les informations produites à partir des registres de l'état civil, en n'y apportant que quelques modifications mineures. Pour la Chine, on a eu recours à un échantillon légèrement modifié de données de haute qualité tirées du Système de surveillance ponctuelle des maladies. Les statistiques de l'état civil ont également été utilisées pour certains pays des régions du Croissant moyen-oriental et des Autres pays et îles d'Asie.

On a mis au point une série de modèles qui établissent une relation entre la mortalité par cause et la mortalité totale par âge sur la base des profils de causes de décès déclarées dans les pays dotés de systèmes d'enregistrement fiables. Ces modèles ont servi à affecter les décès à de grandes catégories de causes — maladies transmissibles, affections maternelles et périnatales, maladies non transmissibles et blessures. On a cherché, dans la mesure du possible, à corroborer ces estimations en examinant les résultats de systèmes de surveillance longitudinaux de la population de portée limitée. Les estimations établies pour des causes plus détaillées sont basées sur des évaluations des taux d'incidence, de rémission et de mortalité clinique réalisées par des spécialistes des maladies. Ces estimations épidémiologiques par cause ont été établies de sorte que leur somme soit égale à la mortalité totale.

On a eu recours à une autre approche pour estimer les AVCI perdues pour cause d'invalidité. Un groupe d'experts a estimé, pour chaque maladie, le nombre de nouveaux cas, l'âge auquel la maladie se déclare et la durée de l'invalidité qu'elle occasionne, en se fondant sur les données épidémiologiques recueillies par les collectivités, les informations de routine consignées par les dispensaires et, au besoin, l'avis de spécialistes. Des estimations séparées ont été établies pour les hommes et les femmes, pour les cinq groupes d'âges et les huit régions considérées dans l'étude. Pour estimer l'incidence à partir de la prévalence, on a utilisé le modèle de prévalence/incidence de la charge de morbidité globale pour vérifier la convergence des estimations des taux d'incidence, de rémission, de mortalité clinique et de mortalité générale. Le même modèle a par ailleurs servi à vérifier la durée estimée de chaque invalidité. Une première série complète d'estimations a été examinée lors d'une conférence organisée sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, et les commentaires dont elles ont fait l'objet ont été pris en compte. Une deuxième série d'estimations a été entreprise et soumise au même examen. La troisième série est contenue dans le présent Rapport. Une quatrième et dernière série de révisions sera exposée dans le rapport de Murray et Lopez (à paraître).

Tableau B.1 Charge de morbidité par âge et par sexe, 1990

Région démographique et groupe d'âge ^a	Millions d'AVCI ^a perdues			Pourcentage d'AVCI perdus	AVCI pour 1.000 habitants			Ratio hommes- femmes
	Hommes	Femmes	Total		Hommes	Femmes	Total	
Afrique subsaharienne	152,8	139,9	292,7	100,0	606	542	574	1,12
0-5	83,8	73,3	157,1	53,7	1.765	1.559	1.662	1,13
5-14	19,7	17,5	37,2	12,7	280	251	266	1,12
15-44	36,2	35,6	71,9	24,6	349	335	342	1,04
45-59	7,9	7,1	15,1	5,1	391	323	355	1,21
60+	5,2	6,2	11,4	3,9	494	491	492	1,01
Inde	145,3	147,1	292,4	100,0	331	359	344	0,92
0-5	67,3	70,0	137,2	46,9	1.125	1.234	1.178	0,91
5-14	15,8	16,5	32,3	11,1	155	173	164	0,90
15-44	30,8	35,0	65,8	22,5	154	191	172	0,81
45-59	16,5	12,3	28,9	9,9	348	268	308	1,30
60+	14,9	13,3	28,2	9,6	500	460	480	1,09
Chine	103,5	97,8	201,3	100,0	177	178	178	0,99
0-5	23,7	26,2	49,9	24,8	394	452	422	0,87
5-14	8,8	7,4	16,3	8,1	91	82	87	1,11
15-44	31,0	31,4	62,4	31,0	101	111	106	0,91
45-59	17,3	12,2	29,6	14,7	239	190	216	1,26
60+	22,6	20,5	43,1	21,4	462	397	429	1,16
Autres pays et îles d'Asie	95,1	81,6	176,7	100,0	277	240	259	1,15
0-5	36,8	30,4	67,1	38,0	840	724	783	1,16
5-14	15,0	11,7	26,7	15,1	179	146	163	1,22
15-44	24,3	22,4	46,8	26,5	151	140	146	1,08
45-59	10,1	8,1	18,2	10,3	296	230	263	1,29
60+	8,9	9,0	17,9	10,1	441	397	418	1,11
Amérique latine et Caraïbes	57,2	45,7	102,9	100,0	258	205	232	1,26
0-5	18,1	14,4	32,5	31,5	629	520	575	1,21
5-14	6,5	5,5	12,0	11,6	125	108	116	1,16
15-44	20,8	15,6	36,4	35,4	199	150	175	1,33
45-59	6,4	4,9	11,3	10,9	287	209	247	1,37
60+	5,5	5,3	10,8	10,5	383	316	347	1,21
Croissant moyen-oriental	73,9	70,3	144,2	100,0	288	285	287	1,01
0-5	38,1	36,2	74,3	51,5	925	912	919	1,01
5-14	9,3	8,2	17,5	12,1	142	133	137	1,07
15-44	14,4	15,4	29,8	20,6	127	143	135	0,88
45-59	6,3	4,7	11,1	7,7	284	211	248	1,35
60+	5,8	5,8	11,6	8,0	427	372	398	1,15
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	33,2	25,0	58,2	100,0	201	138	168	1,45
0-5	3,0	2,4	5,4	9,2	216	181	199	1,19
5-14	1,0	1,0	2,0	3,4	37	37	37	1,00
15-44	11,3	6,3	17,6	30,2	148	84	116	1,77
45-59	9,1	5,0	14,1	24,3	337	168	248	2,00
60+	8,8	10,3	19,1	32,9	420	284	334	1,48
Economies de marché bien établies (EMBI)	52,0	41,6	93,6	100,0	133	102	117	1,30
0-5	3,5	2,9	6,4	6,8	132	115	124	1,15
5-14	1,3	0,9	2,2	2,4	24	19	21	1,30
15-44	16,1	11,4	27,4	29,3	87	64	76	1,37
45-59	11,6	7,2	18,7	20,0	175	106	140	1,65
60+	19,6	19,2	38,8	41,5	324	227	267	1,43
AESE et EMBI	85,2	66,6	151,8	100,0	153	113	133	1,35
0-5	6,5	5,3	11,7	7,7	161	138	150	1,17
5-14	2,3	1,9	4,2	2,8	29	25	27	1,15
15-44	27,3	17,7	45,0	29,7	105	70	87	1,51
45-59	20,6	12,2	32,8	21,6	222	125	172	1,77
60+	28,4	29,5	58,0	38,2	349	244	286	1,43
Groupe de pays en transition démographique	628,0	582,3	1.210,3	100,0	299	288	294	1,04
0-5	267,7	250,5	518,1	42,8	952	924	938	1,03
5-14	75,1	66,9	142,0	11,7	160	149	155	1,07
15-44	157,6	155,5	313,1	25,9	159	165	162	0,97
45-59	64,6	49,4	114,0	9,4	295	231	264	1,27
60+	62,9	60,2	123,0	10,2	458	406	431	1,13
Toutes économies	713,1	648,9	1.362,1	100,0	269	248	259	1,08
0-5	274,1	255,7	529,9	38,9	853	822	840	1,03
5-14	77,4	68,8	146,2	10,7	140	131	136	1,07
15-44	185,0	173,1	358,1	26,3	148	144	146	1,02
45-59	85,3	61,6	146,9	10,8	273	198	236	1,38
60+	91,3	89,7	181,0	13,3	417	333	371	1,25

Note : Aux fins de la présente annexe, le Groupe de pays en transition démographique englobe l'Afrique subsaharienne, l'Inde, la Chine, les Autres pays et îles d'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes, et le Croissant moyen-oriental.

a. AVCI : année de vie corrigée du facteur invalidité.

Tableau B.2 Charge de morbidité par cause chez les femmes, 1990
(centaines de milliers d'AVCI perdues)

Maladie ou blessure	Afrique sub- saharienne	Inde	Chine	Autres pays et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen- oriental	Anciennes économies socia- listes d'Europe (AESE)	Econo- mies de marché bien établies (EMBE)	AESE et EMBE	Groupe de pays en transition dém- ographique	Toutes écono- mies
Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales	1.038,7	772,9	281,4	419,8	207,6	387,8	25,7	48,8	74,5	3.108,2	3.182,7
Maladies infectieuses et parasitaires	716,7	409,9	133,0	228,8	120,6	189,6	8,5	22,8	31,4	1.769,6	1.830,0
Tuberculose	62,1	45,2	24,4	37,7	10,6	18,8	0,5	0,5	1,0	198,8	199,8
MST hormis VIH	45,8	32,0	33,3	12,6	21,6	6,3	5,0	15,4	20,5	151,7	172,2
Syphilis	23,9	3,4	0,0	0,1	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	29,0	29,1
Chlamydia	1,5	2,7	3,1	2,3	1,5	0,6	0,3	0,8	1,1	11,7	12,8
Blennorragie	1,6	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	2,2	2,3
Inflammation des organes pelviens	18,7	25,8	30,0	10,1	18,3	5,7	4,8	14,5	19,3	108,7	128,0
Virus d'immunodéficience humaine	89,9	13,6	0,0	4,9	10,2	0,6	0,2	3,4	3,6	119,1	122,8
Maladies diarrhéiques	146,2	143,9	21,7	68,8	27,6	78,9	1,1	1,2	2,2	487,2	489,4
Graves	78,8	78,9	14,1	37,6	15,9	41,7	1,0	1,0	1,9	267,1	269,0
Chroniques	44,6	42,6	3,6	20,5	7,1	24,6	0,0	0,1	0,1	142,9	143,0
Dysenterie	22,8	22,4	4,0	10,8	4,6	12,6	0,1	0,1	0,2	77,2	77,4
Maladies infantiles	132,8	98,7	8,1	36,5	7,5	43,4	0,2	0,4	0,6	327,1	327,7
Coqueluche	22,0	15,2	2,7	5,6	3,4	7,9	0,2	0,3	0,5	56,8	57,3
Polio	6,0	7,5	0,9	1,7	1,0	2,8	0,0	0,0	0,0	19,9	19,9
Diphtérie	0,2	0,6	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2	1,2
Rougeole	77,5	48,5	1,5	19,3	1,9	19,9	0,0	0,0	0,1	168,5	168,5
Tétanos	27,2	27,0	3,0	9,8	1,1	12,7	0,0	0,0	0,0	80,7	80,7
Méningite	6,4	8,2	2,8	4,1	3,3	5,3	0,6	0,5	1,0	30,1	31,1
Hépatite	1,3	1,7	2,2	1,4	0,9	1,0	0,2	0,3	0,4	8,4	8,9
Paludisme	154,1	4,7	0,0	12,5	2,2	1,5	0,0	0,0	0,0	175,0	175,0
Maladies tropicales	25,8	7,5	2,3	1,0	13,4	1,0	0,0	0,0	0,0	51,0	51,0
Trypanosomiase	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	8,8
Chagas	0,0	0,0	0,0	0,0	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0	12,6	12,6
Schistosomiase	11,8	0,9	1,5	0,3	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	15,4	15,4
Leishmaniose	2,0	5,0	0,4	0,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	8,6	8,6
Filariose lymphatique	0,5	1,6	0,4	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	2,9	2,9
Onchocercose	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,7
Lèpre	1,1	2,6	0,0	0,8	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	5,1	5,1
Trachome	6,9	2,0	3,6	7,0	0,7	3,6	0,0	0,0	0,0	23,7	23,7
Helminthiases	4,3	10,0	30,6	28,5	11,9	2,6	0,0	0,0	0,0	87,9	87,9
Ascariidose	2,2	5,7	18,7	15,7	6,7	2,4	0,0	0,0	0,0	51,4	51,4
Trichinose	1,5	2,4	10,9	11,6	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	30,9	30,9
Ankylostomiase	0,5	1,9	0,9	1,2	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6
Maladies des voies respiratoires	153,9	161,9	69,0	93,0	29,9	84,9	6,6	11,7	18,3	592,5	610,8
Maladies voies resp. inférieures	148,5	154,0	61,0	87,3	26,5	80,9	4,8	8,0	12,8	558,3	571,1
Maladies voies resp. supérieures	1,7	2,8	2,7	2,3	1,3	0,4	1,0	2,3	3,3	11,1	14,4
Otitis	3,7	5,1	5,3	3,3	2,2	3,5	0,8	1,4	2,2	23,1	25,3
Affections maternelles	79,9	78,2	25,0	43,6	18,0	42,1	4,8	5,5	10,4	286,8	297,2
Hémorragie	14,3	13,7	6,4	7,5	2,5	4,7	0,5	0,9	1,4	49,1	50,4
Septicémie	27,5	27,5	6,3	15,8	4,1	17,5	1,5	2,0	3,5	98,7	102,2
Eclampsie	4,2	3,9	0,7	2,0	1,6	1,3	0,0	0,1	0,1	13,7	13,8
Hypertension	2,0	1,9	0,3	2,5	0,7	1,8	0,1	0,0	0,1	9,3	9,4
Complications du travail	19,0	19,4	7,9	10,2	5,7	13,3	2,0	2,3	4,3	75,4	79,8
Avortement	7,9	9,5	0,9	2,6	2,2	2,0	0,4	0,1	0,6	25,1	25,6
Affections périnatales	88,2	122,9	54,4	54,5	39,1	71,2	5,7	8,8	14,5	430,3	444,7
Maladies non transmissibles	280,5	578,9	558,1	349,8	212,0	255,2	203,5	334,8	538,3	2.234,5	2.772,8
Tumeurs malignes	22,3	53,6	72,0	36,7	27,8	22,3	36,0	79,5	115,5	234,7	350,1
Bouche et oropharynx	1,0	6,3	1,8	2,5	0,4	1,1	0,4	0,9	1,3	13,2	14,5
Oesophage	0,7	3,5	5,3	0,7	0,2	0,7	0,3	0,7	1,0	11,2	12,2
Estomac	1,6	2,4	11,1	2,1	1,4	1,5	3,9	4,3	8,2	20,0	28,2
Colon et rectum	0,8	1,9	4,4	1,9	1,3	1,1	3,5	9,4	12,9	11,5	24,4
Foie	2,1	0,6	9,0	1,8	0,2	0,6	0,3	0,8	1,1	14,3	15,4
Pancréas	0,4	0,5	1,1	0,3	0,3	0,3	0,4	2,6	3,0	2,8	5,8
Trachée, bronches et poumons	0,5	0,9	6,0	2,0	0,7	1,0	2,2	8,3	10,5	11,1	21,6
Mélanome	0,5	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,5	1,2	1,6	1,2	2,8
Sein	2,5	6,1	4,0	4,0	4,7	3,1	5,2	15,7	20,8	24,3	45,1
Col de l'utérus	4,6	9,6	3,1	4,7	4,3	1,9	2,0	2,3	4,4	28,1	32,5
Utérus	0,4	0,5	0,9	0,4	0,8	0,4	0,6	2,3	2,8	3,4	6,2
Ovaires	1,0	2,0	1,6	1,5	0,7	0,8	1,4	4,0	5,4	7,6	13,0

Maladie ou blessure	Afrique sub- saharienne	Inde	Chine	Autres pays et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen- oriental	Anciennes économies sociales d'Europe (AESE)	Écono- mies de marché bien établies (EMBE)	AESE et EMBE	Groupe de pays en transition démogra- phique	Toutes écono- mies
Maladies non transmissibles, tumeurs malignes (suite)											
Prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vessie	0,6	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,6	1,1	1,7	2,0	3,7
Lymphome	1,3	1,4	1,2	1,1	1,1	0,7	1,0	3,5	4,6	6,8	11,4
Leucémie	0,6	2,3	7,1	1,6	1,1	1,3	1,3	2,6	3,9	14,0	18,0
Diabète sucré	2,1	10,3	4,1	6,9	5,8	6,3	2,3	7,1	9,5	35,5	45,0
Troubles endocriniens et de la nutrition	39,9	90,6	38,6	41,6	23,9	27,4	5,1	8,6	13,7	262,1	275,8
Malnutrition protéino-calorique	10,4	29,2	10,1	4,4	4,6	5,1	1,1	1,2	2,4	63,9	66,3
Déficience en iode	8,5	6,9	4,9	6,4	2,6	6,7	0,0	0,0	0,0	35,8	35,9
Avitaminose A	10,7	20,2	4,9	12,2	6,9	2,6	0,0	0,0	0,0	57,7	57,7
Anémie	6,0	25,0	16,6	13,9	5,9	8,9	3,0	3,9	6,9	76,2	83,0
Maladies neuropsychiatriques	41,3	83,6	78,5	57,4	35,7	38,9	29,3	62,0	91,3	335,3	426,6
Troubles dépressifs	11,2	20,2	31,9	17,7	11,8	11,9	7,9	14,3	22,1	104,8	127,0
Troubles bipolaires de l'affectivité	0,6	1,0	1,6	0,9	0,6	0,6	0,4	0,6	1,0	5,2	6,2
Psychoses	2,7	11,4	7,8	4,2	2,7	2,8	1,2	2,9	4,1	31,6	35,7
Epilepsie	5,5	9,5	6,9	7,0	3,5	5,1	2,6	2,8	5,4	37,4	42,9
Dépendance alcoolique	2,2	2,4	2,4	1,4	2,0	0,5	2,4	3,7	6,1	10,9	17,0
Maladie d'Alzheimer et autres démences	4,3	9,7	13,6	7,3	4,7	4,9	8,7	23,2	31,9	44,5	76,4
Maladie de Parkinson	0,3	0,7	1,0	0,6	0,6	0,3	0,8	1,9	2,7	3,4	6,2
Sclérose en plaques	0,7	1,3	1,7	1,1	0,5	0,7	0,6	1,1	1,7	5,9	7,6
Pharmacodépendance	0,9	1,7	0,7	2,3	2,1	0,9	0,6	3,9	4,5	8,7	13,3
Troubles anxieux post-traumatiques	3,2	5,1	7,0	4,4	2,8	3,1	2,7	4,5	7,2	25,5	32,7
Maladies des organes des sens	7,9	11,4	9,0	7,5	3,3	3,1	0,3	0,6	0,9	42,2	43,1
Glaucome	1,7	1,7	3,4	2,9	0,4	0,1	0,1	0,4	0,5	10,2	10,7
Cataracte	5,8	8,8	3,6	4,2	2,6	2,7	0,2	0,1	0,3	27,7	28,0
Maladies cardiovasculaires	66,3	138,0	133,4	86,5	45,9	62,8	82,2	98,1	180,3	532,9	713,2
Rhumatisme	6,1	12,7	12,2	3,9	1,8	3,1	1,8	0,9	2,7	39,8	42,6
Cardiopathie ischémique	5,4	31,9	17,6	26,7	11,3	10,6	34,3	37,2	71,5	103,4	175,0
Cérébrovasculaire	25,3	35,0	58,1	21,8	14,0	18,5	29,7	26,6	56,3	172,6	229,0
Péri, endo et myocardites et cardiomyopathie	16,0	31,7	4,4	9,4	7,2	8,9	1,3	2,5	3,8	77,5	81,3
Affections respiratoires	21,2	39,5	85,4	18,4	15,0	16,8	7,6	14,9	22,6	196,3	218,9
Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,0	7,3	50,9	3,7	2,9	3,0	3,1	5,7	8,7	70,7	79,4
Asthme	10,0	8,7	17,1	7,0	5,6	4,9	2,7	5,8	8,4	53,2	61,7
Maladies de l'appareil digestif	25,4	55,3	37,8	24,6	12,8	21,9	8,5	14,7	23,2	177,8	201,0
Ulcère peptique	1,5	3,6	3,9	1,9	0,7	1,2	0,8	1,8	2,6	12,8	15,4
Cirrhose	4,8	8,4	10,0	5,3	3,0	2,7	1,4	5,1	6,5	34,3	40,8
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10,1	20,3	12,8	11,4	6,6	8,2	3,8	6,2	10,0	69,5	79,5
Néphrites et néphroses	5,6	10,6	11,1	6,9	4,5	4,5	1,9	4,3	6,2	43,2	49,4
Hypertrophie bénigne de la prostate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladies ostéomusculaires	4,6	8,4	40,0	17,0	13,0	7,2	11,3	24,5	35,8	90,2	126,1
Arthrite rhumatoïde	1,1	1,1	5,2	1,6	4,6	3,6	4,1	11,3	15,4	17,3	32,7
Ostéoarthrite	1,7	3,1	31,1	12,9	6,6	1,9	6,4	11,3	17,7	57,2	74,9
Anomalies congénitales	29,6	45,9	35,4	25,5	14,9	27,1	7,3	11,2	18,6	178,4	197,0
Santé buccale	5,2	14,1	8,9	11,7	5,9	10,2	9,0	5,7	14,6	56,0	70,6
Caries dentaires	0,7	1,6	1,1	1,3	2,2	1,6	0,8	0,4	1,2	8,5	9,6
Maladie périodontale	4,2	10,6	4,9	5,2	2,9	2,9	0,4	0,5	0,9	30,8	31,7
Édentation	0,2	1,9	2,9	5,2	0,8	5,6	7,8	4,8	12,6	16,7	29,3
Blessures	79,6	119,4	138,5	46,2	37,2	59,9	21,1	32,1	53,1	480,8	533,9
Involontaires	42,6	104,8	84,7	34,7	31,1	37,0	15,3	22,9	38,2	335,1	373,3
Accidents de véhicule à moteur	8,1	9,4	12,3	8,5	17,9	16,4	4,5	9,2	13,7	72,6	86,3
Empoisonnement	1,4	0,8	6,6	1,3	0,3	1,0	1,8	0,7	2,5	11,4	13,9
Chutes	9,5	21,1	19,2	7,3	2,7	4,6	2,8	7,4	10,2	64,4	74,6
Incendies	4,2	8,5	5,6	2,9	1,9	2,6	1,1	1,9	3,1	25,7	28,8
Noyade	4,2	8,3	16,6	3,0	1,1	2,6	0,8	0,5	1,4	35,7	37,1
Accidents du travail	0,5	3,9	1,1	0,7	0,5	0,4	0,4	0,3	0,7	7,0	7,7
Volontaires	36,9	14,6	53,8	11,5	6,1	22,8	5,8	9,2	14,9	145,7	160,6
Suicide	3,0	10,8	40,0	4,4	1,0	2,7	2,6	4,9	7,4	61,9	69,3
Homicide et violence	4,7	2,8	13,8	5,8	3,2	3,6	3,2	4,3	7,5	34,0	41,4
Guerre	29,2	0,9	0,0	1,3	1,9	16,5	0,0	0,0	0,0	49,8	49,8
Total	1.398,8	1.471,1	978,0	815,7	456,9	702,9	250,2	415,7	665,9	5.823,4	6.489,4

Tableau B.3 Charge de morbidité par cause chez les hommes, 1990

(centaines de milliers d'AVCI perdues)

Maladie ou blessure	Afrique sub- saharienne	Inde	Chine	Autres pays et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen- oriental	Anciennes économies socia- listes d'Europe (AESE)	Econo- mies de marché bien établies (EMBE)	AESE et EMBE	Groupe de pays en transition démogra- phique	Toutes écono- mies
Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales	1.046,8	704,4	228,0	438,0	226,3	347,2	24,5	42,3	66,8	2.990,9	3.057,7
Maladies infectieuses et parasitaires	763,7	404,9	117,6	258,4	137,7	180,2	8,0	18,2	26,3	1.862,5	1.888,8
Tuberculose	74,6	62,8	34,7	51,6	15,1	21,6	3,1	1,1	4,1	260,5	264,7
MST hormis VIH	28,9	5,3	0,8	0,6	2,4	0,3	0,1	0,2	0,3	38,3	38,6
Syphilis	27,2	4,7	0,1	0,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	34,1	34,1
Chlamydia	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	2,5	2,7
Blennorragie	1,4	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,8
Inflammation des organes pelviens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Virus d'immunodéficience humaine	93,7	27,1	0,0	8,0	34,1	2,6	1,4	12,4	13,7	165,5	179,3
Maladies diarrhéiques	157,3	136,4	20,7	78,5	31,3	75,1	1,1	1,2	2,3	499,4	501,7
Graves	84,1	75,0	14,1	42,6	17,5	39,5	1,0	1,0	2,0	272,8	274,8
Chroniques	48,8	40,2	2,7	23,7	8,7	23,7	0,1	0,1	0,1	147,7	147,8
Dysenterie	24,4	21,3	4,0	12,2	5,1	12,0	0,1	0,1	0,2	79,0	79,1
Maladies infantiles	148,1	95,8	9,3	43,3	8,6	42,5	0,2	0,4	0,7	347,7	348,4
Coqueluche	26,1	14,3	2,8	7,1	3,9	7,5	0,2	0,4	0,6	61,7	62,2
Polio	8,3	10,9	1,4	2,4	1,3	3,9	0,0	0,0	0,0	28,1	28,2
Diphtérie	0,1	0,5	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1
Rougeole	83,0	44,9	1,5	22,3	1,9	18,8	0,0	0,1	0,1	172,5	172,6
Tétanos	30,6	25,3	3,6	11,3	1,3	12,2	0,0	0,0	0,0	84,2	84,2
Méningite	11,5	11,9	4,0	9,7	3,8	7,4	0,8	0,6	1,4	48,4	49,8
Hépatite	1,1	1,4	4,5	1,4	0,7	0,8	0,2	0,4	0,6	9,8	10,4
Paludisme	161,0	4,8	0,1	12,9	2,2	1,3	0,0	0,0	0,0	182,3	182,3
Maladies tropicales	39,0	11,3	3,8	3,1	16,3	1,5	0,0	0,0	0,0	75,0	75,0
Trypanosomiase	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	9,0
Chagas	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	14,8
Schistosomiase	23,1	1,7	2,8	0,7	1,2	0,5	0,0	0,0	0,0	29,9	29,9
Leishmaniose	1,9	6,8	0,6	1,5	0,3	0,9	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0
Filariose lymphatique	1,3	2,8	0,5	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6
Onchocercose	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,7
Lèpre	1,2	2,6	0,0	0,8	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	5,1	5,1
Trachome	2,1	1,1	1,1	2,4	0,4	2,2	0,0	0,0	0,0	9,3	9,3
Helminthiases	4,2	10,6	32,6	29,6	12,0	2,8	0,0	0,0	0,0	91,8	91,8
Ascariidose	2,2	6,0	19,9	16,3	6,8	2,6	0,0	0,0	0,0	53,8	53,8
Trichinose	1,5	2,5	11,6	12,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	32,2	32,2
Ankylostomiase	0,5	2,1	1,0	1,2	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	5,8	5,8
Maladies des voies respiratoires	162,5	155,7	60,0	103,4	33,9	80,8	8,2	12,5	20,7	596,3	617,1
Maladies voies resp. inférieures	157,1	147,3	52,1	97,4	30,2	76,9	6,5	8,9	15,4	560,9	576,4
Maladies voies resp. supérieures	1,6	3,2	2,8	2,5	1,3	0,5	0,9	2,1	2,9	11,9	14,8
Otitis	3,8	5,1	5,0	3,6	2,4	3,5	0,9	1,5	2,3	23,6	25,9
Affections maternelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hémorragie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Septicémie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eclampsie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hypertension	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Complications du travail	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Avortement	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Affections périnatales	120,6	143,8	50,4	76,2	54,8	86,2	8,3	11,6	19,8	532,0	551,8
Maladies non transmissibles	287,9	601,3	609,6	359,7	228,6	264,0	231,6	399,0	630,6	2.351,0	2.981,6
Tumeurs malignes	22,5	65,7	113,1	41,4	25,3	26,5	49,9	99,5	149,4	294,6	444,0
Bouche et oropharynx	1,2	12,8	3,8	3,8	1,3	1,9	2,1	3,3	5,4	24,7	30,0
Oesophage	1,5	5,0	11,7	1,3	0,7	1,0	1,3	2,8	4,1	21,2	25,3
Estomac	1,6	4,7	19,9	3,3	2,4	2,1	6,4	7,0	13,4	34,0	47,4
Colon et rectum	0,6	2,5	5,3	1,9	1,2	1,1	3,4	10,2	13,7	12,7	26,4
Foie	3,9	1,6	27,4	4,8	0,3	0,9	0,4	2,5	2,9	38,8	41,7
Pancréas	0,3	0,8	1,8	0,5	0,3	0,5	0,6	3,3	3,9	4,3	8,2
Trachée, bronches et poumons	1,3	4,7	13,6	5,5	2,2	4,0	13,2	22,4	35,6	31,3	66,9
Mélanome	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5	1,5	2,0	1,0	2,9
Sein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Col de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ovaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Maladie ou blessure	Afrique sub- saharienne	Inde	Chine	Autres pays et îles d'Asie	Amérique latine et Caraïbes	Croissant moyen- oriental	Anciennes économies socia- listes d'Europe (AESE)	Econo- mies de marché bien établies (EMBE)	AESE et EMBE	Groupe de pays en transition démogra- phique	Toutes écono- mies
Maladies non transmissibles, tumeurs malignes (suite)											
Prostate	2,2	1,9	0,3	0,9	1,6	0,7	1,1	6,7	7,8	7,7	15,6
Vessie	0,8	0,8	1,4	0,7	0,7	1,3	1,8	3,3	5,1	5,7	10,9
Lymphome	3,2	3,1	2,6	1,8	1,7	1,6	1,6	4,8	6,4	13,9	20,3
Leucémie	0,7	3,2	8,1	2,7	1,5	1,9	1,7	3,5	5,2	18,1	23,3
Diabète sucré	1,2	8,4	3,6	4,6	4,3	4,8	1,7	6,2	7,9	26,8	34,7
Troubles endocriniens et de la nutrition	42,5	91,4	27,7	40,5	23,0	25,4	2,9	6,9	9,8	250,6	260,3
Malnutrition protéino-calorique	11,2	26,3	6,5	4,9	5,2	5,2	0,6	1,2	1,8	59,3	61,1
Déficience en iode	8,2	7,1	5,0	6,5	2,6	6,9	0,0	0,0	0,0	36,3	36,3
Avitaminose A	11,1	20,9	4,9	12,9	7,2	2,9	0,0	0,0	0,0	59,9	59,9
Anémie	4,1	19,7	10,2	9,5	3,9	6,3	1,3	2,2	3,5	53,6	57,2
Maladies neuropsychiatriques	55,8	93,7	81,7	66,7	46,8	41,7	35,1	78,2	113,3	386,4	499,8
Troubles dépressifs	5,3	10,7	16,6	8,6	5,7	6,0	3,5	6,8	10,3	52,8	63,1
Troubles bipolaires de l'affectivité	0,5	1,1	1,6	0,9	0,6	0,6	0,3	0,6	0,9	5,3	6,1
Psychoses	3,1	10,0	10,3	4,7	3,1	3,3	1,4	3,3	4,8	34,5	39,2
Epilepsie	8,0	13,3	10,2	9,9	4,7	7,3	2,3	4,1	6,4	53,4	59,8
Dépendance alcoolique	14,9	16,6	16,6	9,4	14,1	3,7	16,4	24,5	40,9	75,3	116,2
Maladie d'Alzheimer et autres démences	4,1	9,8	12,6	6,8	4,0	4,6	5,1	16,7	21,8	41,9	63,7
Maladie de Parkinson	0,3	0,8	0,9	0,6	0,6	0,3	0,5	1,6	2,1	3,6	5,7
Sclérose en plaques	0,6	1,4	1,5	1,0	0,4	0,6	0,5	1,0	1,5	5,5	7,0
Pharmacodépendance	2,8	4,8	2,2	6,8	6,3	2,7	1,8	11,8	13,6	25,7	39,3
Troubles anxieux post-traumatiques	1,9	3,3	4,4	2,6	1,7	1,9	1,2	2,7	3,9	15,8	19,6
Maladies des organes des sens	6,0	12,4	7,5	5,8	3,1	3,9	0,2	0,3	0,5	38,6	39,1
Glaucome	0,0	2,3	1,5	1,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	5,6	5,7
Cataracte	5,5	9,3	4,0	4,2	2,5	3,3	0,1	0,1	0,2	28,8	29,1
Maladies cardiovasculaires	55,6	146,7	148,4	85,0	48,9	64,0	89,8	120,9	210,7	548,6	759,3
Rhumatisme	2,4	6,0	9,1	2,0	1,4	1,6	1,6	0,5	2,1	22,5	24,6
Cardiopathie ischémique	6,7	49,5	24,8	35,4	16,0	15,5	45,2	56,4	101,7	147,9	249,6
Cérébrovasculaire	17,4	27,5	68,4	16,1	13,2	15,5	21,8	23,1	44,9	158,2	203,1
Péri, endo et myocardites et cardiomyopathie	17,1	36,3	5,2	9,6	8,7	9,5	2,3	4,1	6,4	86,2	92,6
Affections respiratoires	22,6	38,5	96,0	21,5	17,3	21,1	13,0	21,2	34,2	217,1	251,3
Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,5	9,7	60,8	4,8	4,1	4,2	6,4	10,3	16,7	87,1	103,8
Asthme	7,8	8,5	18,2	7,5	5,4	6,6	2,7	5,6	8,3	54,0	62,3
Maladies de l'appareil digestif	28,8	55,3	49,9	30,3	20,5	23,0	14,3	23,7	37,9	207,8	245,7
Ulcère peptique	2,0	6,4	7,3	2,9	1,2	1,7	1,8	2,7	4,5	21,4	26,0
Cirrhose	8,7	18,5	22,0	10,9	8,7	4,5	3,3	11,7	15,1	73,4	88,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10,9	18,7	21,8	12,3	7,7	10,4	5,3	8,5	13,8	81,8	95,6
Néphrites et néphroses	6,2	10,4	14,8	7,3	4,2	4,6	2,4	4,5	6,9	47,6	54,5
Hypertrophie bénigne de la prostate	2,3	3,7	5,5	2,7	2,2	2,3	1,3	2,5	3,9	18,6	22,5
Maladies ostéomusculaires	1,9	4,0	13,3	10,9	8,8	2,0	2,9	14,4	17,3	40,9	58,2
Arthrite rhumatoïde	0,5	1,0	2,3	1,0	2,5	0,5	1,6	2,4	4,0	7,9	11,9
Ostéoarthrite	0,6	1,2	8,5	8,9	5,6	0,7	0,8	11,1	11,9	25,4	37,3
Anomalies congénitales	33,8	48,4	34,8	27,8	16,2	29,7	8,4	12,3	20,7	190,7	211,4
Santé buccale	5,0	15,1	9,2	11,3	5,6	10,4	7,5	5,0	12,5	56,5	69,0
Caries dentaires	0,7	1,7	1,2	1,3	2,2	1,7	0,7	0,4	1,0	8,7	9,8
Maladie parodontale	4,1	11,5	5,3	5,2	2,8	3,1	0,4	0,5	0,9	32,0	32,8
Édentation	0,2	1,9	2,7	4,8	0,7	5,5	6,4	4,1	10,5	15,8	26,4
Blessures	193,6	147,6	197,6	153,8	117,2	127,9	75,5	78,8	154,3	937,8	1092,1
Involontaires	107,9	126,3	148,3	109,2	79,4	76,2	53,6	50,8	104,4	647,3	751,7
Accidents de véhicule à moteur	29,0	23,1	33,0	32,6	41,2	31,2	17,2	24,0	41,2	190,1	231,3
Empoisonnement	3,9	2,1	8,0	3,9	0,5	2,3	6,7	2,0	8,7	20,7	29,5
Chutes	20,3	28,9	23,5	21,0	7,2	9,7	5,7	7,9	13,6	110,6	124,2
Incendies	5,9	7,1	8,1	5,1	2,7	3,9	2,6	3,2	5,8	32,7	38,6
Noyade	11,3	9,0	27,6	10,5	4,8	7,0	4,8	2,2	7,0	70,2	77,3
Accidents du travail	3,6	5,1	5,0	3,9	2,8	1,9	2,7	1,7	4,4	22,3	26,7
Volontaires	85,7	21,4	49,3	44,6	37,8	51,7	21,9	28,0	49,9	290,5	340,4
Suicide	13,9	11,1	29,8	14,9	2,9	7,2	11,6	14,6	26,3	79,7	106,0
Homicide et violence	21,2	8,2	19,5	27,1	30,8	11,5	10,2	13,4	23,7	118,3	142,0
Guerre	50,6	2,0	0,0	2,6	4,1	33,1	0,0	0,0	0,0	92,5	92,5
Total	1.528,3	1.453,3	1.035,2	951,4	572,1	739,2	331,6	520,1	851,7	6.279,7	7.131,4

Tableau B.4 Charge de morbidité par âge et les trois principales catégories de causes, 1990

Région démographique et groupe d'âge	Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales			Maladies non transmissibles			Blessures		
	AVCI perdues (millions)	%	Taux (pour 1.000 habitants)	AVCI perdues (millions)	%	Taux (pour 1.000 habitants)	AVCI perdues (millions)	%	Taux (pour 1.000 habitants)
Afrique subsaharienne	208,6	100,0	408,7	56,8	100,0	111,4	27,3	100,0	53,5
0-4	132,5	63,5	1.401,5	18,2	32,1	193,0	6,4	23,4	67,7
5-14	25,5	12,2	181,8	7,2	12,7	51,5	4,6	16,7	32,5
15-44	44,8	21,5	213,2	12,3	21,6	58,4	14,8	54,3	70,6
45-59	3,7	1,8	87,7	10,2	18,0	240,5	1,1	4,2	27,1
60 +	2,1	1,0	92,4	8,9	15,7	383,0	0,4	1,4	16,7
Inde	147,7	100,0	173,9	118,0	100,0	138,9	26,7	100,0	31,4
0-4	97,9	66,3	840,7	33,4	28,3	286,6	5,9	22,2	50,9
5-14	15,4	10,4	78,3	9,8	8,3	49,6	7,1	26,7	36,1
15-44	27,1	18,3	70,5	27,3	23,1	71,1	11,5	43,1	30,0
45-59	4,7	3,2	50,2	22,6	19,2	242,0	1,5	5,7	16,3
60 +	2,6	1,8	44,8	25,0	21,1	425,2	0,6	2,3	10,4
Chine	50,9	100,0	44,9	116,8	100,0	103,0	33,6	100,0	29,7
0-4	25,5	50,0	215,5	16,4	14,0	138,4	8,1	24,0	68,3
5-14	7,9	15,5	42,1	4,7	4,1	25,3	3,6	10,8	19,4
15-44	12,3	24,2	20,9	33,0	28,2	55,8	17,1	50,9	29,0
45-59	2,7	5,4	20,0	24,3	20,8	177,1	2,6	7,6	18,6
60 +	2,5	4,9	24,6	38,4	32,9	381,7	2,2	6,7	22,2
Autres pays et îles d'Asie	85,8	100,0	125,7	70,9	100,0	103,9	20,0	100,0	29,3
0-4	49,7	58,0	580,1	14,4	20,3	167,8	3,0	15,0	35,0
5-14	15,2	17,8	92,7	8,0	11,2	48,5	3,5	17,6	21,5
15-44	16,0	18,7	50,1	19,2	27,1	59,9	11,5	57,6	36,0
45-59	2,7	3,1	38,5	14,2	20,0	204,8	1,3	6,7	19,3
60 +	2,1	2,4	48,5	15,2	21,5	355,0	0,6	3,1	14,4
Amérique latine et Caraïbes	43,4	100,0	97,7	44,1	100,0	99,2	15,4	100,0	34,8
0-4	22,3	51,5	396,1	8,6	19,5	152,7	1,5	9,7	26,7
5-14	6,2	14,4	60,7	3,6	8,1	34,5	2,2	14,1	21,2
15-44	13,0	29,9	62,2	13,2	30,0	63,5	10,2	66,3	49,2
45-59	1,2	2,8	26,7	9,0	20,5	198,2	1,0	6,6	22,2
60 +	0,6	1,5	20,8	9,6	21,8	310,0	0,5	3,2	16,1
Croissant moyen-oriental	73,5	100,0	146,1	51,9	100,0	103,2	18,8	100,0	37,3
0-4	55,1	75,0	681,5	15,2	29,3	188,3	4,0	21,1	48,9
5-14	7,0	9,5	54,9	6,2	12,0	48,7	4,3	22,8	33,6
15-44	9,1	12,4	41,1	11,5	22,1	51,8	9,2	49,1	41,7
45-59	1,2	1,7	27,2	8,9	17,2	200,1	0,9	4,8	20,4
60 +	1,1	1,5	36,7	10,1	19,5	347,2	0,4	2,2	14,0
Anciennes économies socialistes d'Europe (AESE)	5,0	100,0	14,5	43,5	100,0	125,7	9,7	100,0	27,9
0-4	2,5	50,0	93,4	2,3	5,2	84,9	0,6	5,8	20,9
5-14	0,1	2,7	2,6	1,2	2,7	22,1	0,7	7,0	12,5
15-44	1,8	35,0	11,6	9,7	22,4	64,5	6,1	62,8	40,1
45-59	0,3	6,8	6,0	12,2	28,0	213,7	1,6	16,6	28,0
60 +	0,3	5,4	4,7	18,1	41,6	315,9	0,8	7,9	13,3
Économies de marché bien établies (EMBE)	9,1	100,0	11,4	73,4	100,0	92,0	11,1	100,0	13,9
0-4	2,7	29,3	51,8	3,2	4,3	61,5	0,5	4,9	10,6
5-14	0,2	2,1	1,9	1,4	2,0	13,8	0,6	5,4	5,8
15-44	4,4	48,8	12,2	16,0	21,8	44,1	7,0	62,8	19,2
45-59	0,5	5,8	3,9	16,9	23,0	126,2	1,3	11,8	9,7
60 +	1,3	14,0	8,8	35,9	48,9	247,1	1,7	15,1	11,5
AESE et EMBE	14,1	100,0	12,4	116,9	100,0	102,2	20,7	100,0	18,1
0-4	5,2	36,6	66,1	5,4	4,7	69,5	1,1	5,3	14,1
5-14	0,3	2,4	2,1	2,6	2,2	16,6	1,3	6,1	8,1
15-44	6,2	43,9	12,1	25,8	22,1	50,1	13,0	62,8	25,3
45-59	0,9	6,2	4,6	29,1	24,9	152,3	2,9	14,0	15,2
60 +	1,5	10,9	7,6	54,0	46,2	266,6	2,4	11,7	12,0
Groupe de pays en transition démographique	609,9	100,0	147,9	458,5	100,0	111,2	141,9	100,0	34,4
0-4	383,1	62,8	693,7	106,2	23,2	192,3	28,9	20,3	52,3
5-14	77,3	12,7	84,1	39,5	8,6	42,9	25,3	17,8	27,5
15-44	122,3	20,0	63,2	116,4	25,4	60,2	74,5	52,5	38,5
45-59	16,3	2,7	37,6	89,3	19,5	206,4	8,5	6,0	19,6
60 +	11,0	1,8	38,7	107,2	23,4	375,4	4,8	3,4	16,7
Toutes économies	624,0	100,0	118,5	575,4	100,0	109,2	162,6	100,0	30,9
0-4	388,2	62,2	615,7	111,7	19,4	177,1	30,0	18,4	47,5
5-14	77,6	12,4	72,1	42,1	7,3	39,1	26,6	16,3	24,7
15-44	128,5	20,6	52,5	142,2	24,7	58,1	87,5	53,8	35,7
45-59	17,1	2,7	27,5	118,3	20,6	189,8	11,4	7,0	18,3
60 +	12,6	2,0	25,8	161,2	28,0	330,3	7,2	4,4	14,8

Tableau B.5 Charge de morbidité par conséquence, sexe et âge, 1990
(millions d'AVCI perdues)

Région démographique et groupe d'âge	Décès prématuré			Invalidité		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Afrique subsaharienne	119,5	105,7	225,2	33,3	34,2	67,5
0-4	71,6	61,8	133,4	12,2	11,6	23,7
5-14	13,4	12,7	26,1	6,3	4,8	11,1
15-44	26,1	22,7	48,8	10,1	12,9	23,1
45-59	4,9	4,4	9,3	3,0	2,8	5,8
60+	3,5	4,1	7,6	1,7	2,1	3,8
Inde	100,8	99,7	200,6	44,5	47,4	91,9
0-4	53,0	55,1	108,1	14,2	14,9	29,1
5-14	9,4	10,8	20,2	6,4	5,7	12,1
15-44	18,9	17,7	36,6	12,0	17,2	29,2
45-59	9,8	7,3	17,2	6,7	5,0	11,7
60+	9,7	8,7	18,4	5,2	4,6	9,8
Chine	62,2	53,3	115,5	41,3	44,5	85,8
0-4	16,6	18,7	35,3	7,1	7,5	14,6
5-14	3,2	2,3	5,5	5,7	5,1	10,8
15-44	17,4	13,2	30,6	13,7	18,2	31,9
45-59	10,8	7,0	17,8	6,6	5,2	11,8
60+	14,3	12,1	26,4	8,3	8,5	16,7
Autres pays et îles d'Asie	62,9	50,1	113,0	32,2	31,5	63,7
0-4	29,7	23,9	53,6	7,0	6,5	13,5
5-14	8,4	6,3	14,7	6,6	5,4	12,0
15-44	13,3	10,1	23,4	11,1	12,3	23,4
45-59	5,8	4,3	10,1	4,3	3,8	8,1
60+	5,7	5,5	11,2	3,3	3,5	6,7
Amérique latine et Caraïbes	33,8	24,3	58,0	23,5	21,4	44,9
0-4	13,2	10,1	23,3	4,8	4,3	9,1
5-14	2,6	2,0	4,6	3,9	3,5	7,3
15-44	11,4	6,6	18,0	9,4	9,0	18,5
45-59	3,4	2,6	6,0	3,0	2,3	5,3
60+	3,1	3,0	6,1	2,3	2,3	4,7
Croissant moyen-oriental	51,5	46,9	98,4	22,4	23,4	45,8
0-4	31,1	29,6	60,7	7,0	6,6	13,6
5-14	5,4	4,9	10,4	3,8	3,3	7,1
15-44	7,7	6,2	13,9	6,8	9,1	15,9
45-59	3,6	2,6	6,2	2,7	2,1	4,9
60+	3,7	3,6	7,3	2,1	2,2	4,3
Anciennes économies socialistes d'Europe (excl. ESE)	21,5	13,0	34,5	11,7	12,1	23,7
0-4	2,1	1,5	3,5	0,9	0,9	1,8
5-14	0,5	0,3	0,9	0,5	0,7	1,1
15-44	6,9	2,1	9,0	4,4	4,2	8,6
45-59	6,1	2,7	8,8	3,0	2,3	5,3
60+	5,9	6,4	12,3	2,9	3,9	6,9
Économies de marché bien établies (EMBE)	29,5	19,6	49,2	22,5	22,0	44,4
0-4	2,0	1,5	3,5	1,5	1,4	2,9
5-14	0,5	0,3	0,8	0,8	0,6	1,4
15-44	8,5	3,5	12,0	7,6	7,9	15,4
45-59	6,7	3,7	10,3	4,9	3,5	8,4
60+	11,9	10,6	22,6	7,7	8,5	16,2
AESE et EMBE	51,0	32,6	83,6	34,1	34,0	68,2
0-4	4,0	3,0	7,0	2,4	2,3	4,7
5-14	1,1	0,6	1,7	1,3	1,3	2,6
15-44	15,4	5,6	21,0	11,9	12,1	24,0
45-59	12,7	6,4	19,1	7,9	5,9	13,8
60+	17,8	17,0	34,9	10,6	12,5	23,1
Groupe de pays en transition démographique	430,7	380,0	810,7	197,2	202,4	399,6
0-4	215,3	199,1	414,4	52,4	51,3	103,7
5-14	42,4	39,1	81,5	32,7	27,8	60,5
15-44	94,6	76,6	171,3	63,0	78,8	141,9
45-59	38,3	28,2	66,5	26,3	21,2	47,5
60+	40,1	37,0	77,0	22,8	23,2	46,0
Toutes économies	481,8	412,6	894,3	231,4	236,4	467,8
0-4	219,3	202,1	421,4	54,8	53,6	108,5
5-14	43,5	39,7	83,2	33,9	29,1	63,0
15-44	110,0	82,2	192,3	74,9	90,9	165,9
45-59	51,1	34,5	85,6	34,2	27,1	61,3
60+	57,9	54,0	111,9	33,4	35,7	69,1

Tableau B.6 Répartition de la charge de morbidité chez les enfants dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990

	Enfants âgés de moins de 5 ans				Enfants âgés de 5 à 14 ans			
	Filles		Garçons		Filles		Garçons	
Total AVCI perdues (millions)	250		268		67		75	
Maladies et blessures	Classement	%	Classement	%	Classement	%	Classement	%
Maladies transmissibles et affections								
périnatales		73,2		74,6		57,1		52,0
Maladies infectieuses et parasitaires		37,5		37,2		48,5		45,2
Tuberculose		0,5		0,5	5	5,7	7	4,1
MST hormis VIH		1,0	10	1,0	10	2,4		1,9
Syphilis		0,5		0,5		0,0		0,0
Virus d'immunodéficience humaine		0,5		0,5		0,3		0,1
Maladies diarrhéiques	3	16,2	3	15,7	4	7,1	4	6,1
Maladies infantiles	4	10,7	4	10,6	2	8,6	2	8,1
Coqueluche		1,8		1,9		1,6		1,5
Polio		0,3		0,4		2,0		2,5
Rougeole		5,6		5,5		4,1		3,4
Tétanos		2,9		2,9		0,8		0,7
Paludisme	6	4,7	6	4,7	6	4,9	6	4,3
Helminthiases		0,0		0,0	1	12,3	1	11,4
Ascariidiose		0,0		0,0		7,6		7,1
Trichinose		0,0		0,0		4,6		4,2
Infections des voies respiratoires	1	18,5	2	17,6	3	7,9	3	6,9
Affections périnatales	2	17,2	1	19,9		0,0		0,0
Maladies non transmissibles		21,1		19,9		28,4		27,2
Troubles endocriniens et de la nutrition		6,4		6,1		3,7		2,4
Malnutrition protéino-calorique	7	2,4	8	2,1		0,3		0,3
Déficience en iode	9	1,3	9	1,2		0,2		0,2
Avitaminose A	8	2,3	7	2,2		0,0		0,0
Anémie		0,3		0,3	8	3,0		1,9
Maladies neuropsychiatriques		1,1		1,0		7,5		9,1
Epilepsie		0,2		0,3		2,6		3,5
Affections respiratoires		2,0		1,8		3,2		4,0
Asthme		0,2		0,2		2,3		2,6
Anomalies congénitales		6,5		6,6		1,2		1,0
Blessures		5,7		5,5		14,5		20,7
Involontaires		4,6		4,6		12,6		18,1
Accidents de véhicule à moteur		0,4		0,4		3,7		4,4
Chutes		1,2		1,0		1,9		3,1
Noyade		0,6		0,7		1,7		3,2
Volontaires		1,0		0,8		2,0		2,6

Note : Le classement indique le rang de priorité affecté aux interventions sanitaires; seuls les groupes de maladies pour lesquels il existe un moyen ou une panoplie acceptée de moyens de lutte font l'objet d'un classement.

- ☐ Maladies pouvant être largement maîtrisées par une intervention d'un bon rapport coût-efficacité (moins de 100 dollars par AVCI épargnée).
- ◻ Maladies pouvant être partiellement maîtrisées par des interventions d'un rapport coût-efficacité moyen (de 250 à 999 dollars par AVCI épargnée). (Les interventions comprises dans la fourchette de 100 à 250 dollars par AVCI épargnée sont peu nombreuses, voire inexistantes.)
- ◻ Maladies ne pouvant pas être maîtrisées par des interventions d'un bon rapport coût-efficacité (1.000 dollars ou plus par AVCI épargnée).
- Maladies pour lesquelles le rapport coût-efficacité d'interventions préventives et curatives n'a pas été évalué.

Tableau B.7 Répartition de la charge de morbidité chez les adultes et les personnes âgées dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990

	Adultes jeunes (15-44 ans)		Adultes d'âge mûr (45-59 ans)		Personnes âgées (60 ans et +)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Total AVCI perdues (millions)	155	158	49	65	60	63
Maladies et blessures	Classe- ment	%	Classe- ment	%	Classe- ment	%
Maladies transmissibles et affections						
maternelles		50,0		28,2		13,2
Maladies infectieuses et parasitaires		29,5		25,8		15,1
Tuberculose	3	7,0	2	8,4	2	5,6
Maladies sexuellement transmissibles	2	8,9		1,5		0,3
Virus d'immunodéficience humaine	4	6,6	1	9,3		0,3
Infections des voies respiratoires	7	2,5	10	2,4		2,0
Affections maternelles	1	18,0				0,5
Maladies non transmissibles		37,6		36,8		81,6
Tumeurs malignes		4,5		4,3		16,7
Estomac		0,3		0,3		1,4
Foie		0,3		0,8		1,1
Trachée, bronches et poumons		0,1		0,2		0,9
Col de l'utérus		0,6				2,6
Diabète sucré		0,4		0,4		2,8
Troubles endocriniens et de la nutrition		3,6		3,5		2,4
Anémie	8	2,5		1,5		1,3
Maladies neuropsychiatriques		11,9		12,1		6,9
Troubles dépressifs	5	5,8	7	2,9		2,2
Dépendance alcoolique		0,4		2,7		0,7
Maladie d'Alzheimer et autres démences		0,1		0,1		2,2
Maladies des organes des sens		0,2		0,2		4,6
Cataracte		0,2		0,1		3,1
Maladies cardiovasculaires		6,0		6,5		25,2
Cardiopathie ischémique		0,6		1,5		3,3
Cérébrovasculaire		1,5		1,4		8,7
Péricardite et myocardites		1,1		1,6		3,2
Affections respiratoires		2,3		2,3		5,4
Maladie pulmonaire obstructive chronique		0,3		0,3		2,8
Maladies de l'appareil digestif		2,7		4,0		5,8
Cirrhose		0,8		1,9		2,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire		1,4		1,1		3,1
Hypertrophie bénigne de la prostate				0,0		2,5
Maladies ostéomusculaires		3,2		1,1		3,9
Ostéoporose		2,2		0,7		2,7
Santé buccale		0,6		0,6		4,4
Maladie périodontale		0,1		0,1		3,1
Blessures		12,4		35,0		5,2
Involontaires		6,4		20,7		3,4
Accidents de véhicule à moteur	10	2,1	3	8,2		0,9
Chutes		0,4		2,8		0,8
Volontaires		6,0		14,3		1,9
Suicide		3,2		4,0		1,1
Homicide et violence		1,0		6,1		0,3
Guerre		1,8		4,2		0,4

Note : Le classement indique le rang de priorité affecté aux interventions sanitaires; seuls les groupes de maladies pour lesquels il existe un moyen ou une panoplie acceptée de moyens de lutte font l'objet d'un classement.

Maladies pouvant être largement maîtrisées par une intervention d'un bon rapport coût-efficacité (moins de 100 dollars par AVCI épargnée).

Maladies pouvant être partiellement maîtrisées par des interventions d'un rapport coût-efficacité moyen (de 250 à 999 dollars par AVCI épargnée). (Les interventions comprises dans la fourchette de 100 à 250 dollars par AVCI épargnée sont peu nombreuses, voire inexistantes.)

Maladies ne pouvant pas être maîtrisées par des interventions d'un bon rapport coût-efficacité (1.000 dollars ou plus par AVCI épargnée).

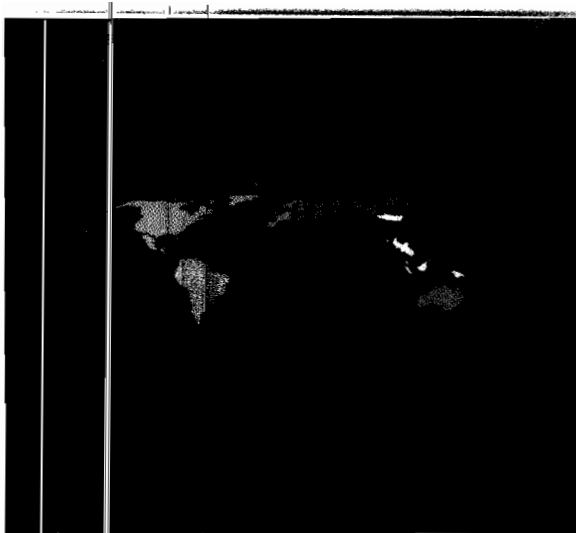
Maladies pour lesquelles le rapport coût-efficacité d'interventions préventives et curatives n'a pas été évalué.

Tableau B.8 Nombre de décès par cause et groupe démographique, 1990
(milliers de décès)

Maladie ou blessure	Groupe de pays en transition démographique					AESE et EMBE					Total	Toutes économies
	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes				
	0-4 ans	5 ans et +	0-4 ans	5 ans et +		0-4 ans	5 ans et +	0-4 ans	5 ans et +			
Maladies transmissibles et affections maternelles et périnatales	5.539	2.801	5.038	2.738	16.115	73	243	52	207	575	16.690	
Maladies infectieuses et parasitaires	2.814	2.179	2.651	1.658	9.301	9	92	7	46	153	9.454	
Tuberculose	34	1.187	37	720	1.978	0	29	0	9	38	2.016	
MST hormis VIH	41	62	37	53	192	0	0	0	1	1	193	
Syphilis	39	62	35	50	186	0	0	0	0	0	186	
Chlamydia	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
Blennorrhagie	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	3	
Inflammation des organes pelviens	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	
Virus d'immunodéficience humaine	29	101	27	92	248	1	35	1	6	43	291	
Maladies diarrhéiques	1.263	191	1.211	201	2.866	2	1	2	2	7	2.873	
Graves	635	148	609	155	1.547	2	1	2	2	7	1.553	
Chroniques	439	5	421	6	871	0	0	0	0	0	872	
Dysenterie	189	38	181	40	448	0	0	0	0	0	448	
Maladies infantiles	824	129	774	133	1.860	0	0	0	0	1	1.861	
Coqueluche	146	22	131	22	321	0	0	0	0	0	321	
Polio	4	9	3	7	24	0	0	0	0	0	24	
Diphtérie	1	1	1	2	4	0	0	0	0	0	4	
Rougeole	442	69	421	74	1.006	0	0	0	0	0	1.006	
Tétanos	232	27	219	28	505	0	0	0	0	0	505	
Méningite	71	73	50	39	232	3	3	2	3	10	242	
Hépatite	6	33	6	27	72	0	3	0	2	6	77	
Paludisme	332	143	301	151	926	0	0	0	0	0	926	
Maladies tropicales	6	105	6	82	199	0	0	0	0	0	199	
Trypanosomiase	2	27	3	24	55	0	0	0	0	0	55	
Chagas	0	11	0	12	23	0	0	0	0	0	23	
Schistosomiase	1	23	0	14	38	0	0	0	0	0	38	
Leishmaniose	4	26	3	20	54	0	0	0	0	0	54	
Filariose lymphatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Onchocercose	0	17	0	12	30	0	0	0	0	0	30	
Lèpre	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	3	
Trachome	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Helminthiases	0	15	0	14	29	0	0	0	0	0	29	
Ascariidose	0	7	0	6	13	0	0	0	0	0	13	
Trichinose	0	5	0	5	9	0	0	0	0	0	9	
Ankylostomiase	0	3	0	3	6	0	0	0	0	0	6	
Maladies des voies respiratoires	1.371	622	1.339	652	3.984	12	151	9	158	330	4.314	
Maladies voies resp. inférieures	1.343	620	1.311	650	3.924	12	150	9	157	328	4.251	
Maladies voies resp. supérieures	3	3	3	2	10	0	1	0	1	2	12	
Otite	25	0	25	0	51	1	0	0	0	1	52	
Affections maternelles	0	0	0	428	428	0	0	0	3	3	431	
Hémorragie	0	0	0	130	130	0	0	0	0	0	130	
Septicémie	0	0	0	79	79	0	0	0	0	0	79	
Eclampsie	0	0	0	45	45	0	0	0	0	0	45	
Hypertension	0	0	0	31	31	0	0	0	0	0	32	
Complications du travail	0	0	0	40	40	0	0	0	0	0	40	
Avortement	0	0	0	60	60	0	0	0	1	1	61	
Affections périnatales	1.353	0	1.048	0	2.402	52	0	36	0	89	2.491	
Maladies non transmissibles	693	9.562	687	8.612	19.553	37	4.626	30	4.808	9.502	29.055	
Tumeurs malignes	16	2.150	27	1.504	3.698	2	1.352	2	1.075	2.431	6.129	
Bouche et oropharynx	0	211	1	103	315	0	39	0	11	51	366	
Oesophage	0	220	0	112	332	0	43	0	14	58	389	
Estomac	0	337	0	185	522	0	143	0	101	244	766	
Colon et rectum	0	116	0	99	215	0	136	0	144	280	496	
Foie	0	299	1	119	420	0	30	0	13	44	463	
Pancréas	0	44	0	29	73	0	49	0	47	96	169	
Trachée, bronches et poumons	0	329	0	111	441	0	402	0	124	526	967	
Mélanome	0	8	0	9	17	0	17	0	14	31	48	
Sein	0	0	0	158	158	0	0	0	175	175	332	
Col de l'utérus	0	0	0	183	183	0	0	0	32	32	215	
Utérus	0	0	0	27	27	0	0	0	29	29	56	
Ovaires	0	0	1	50	51	0	0	0	56	56	106	

Maladie ou blessure	Groupe de pays en transition démographique					AESE et EMBE					Toutes économies
	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes		Total	
	0-4 ans	5 ans et +	0-4 ans	5 ans et +		0-4 ans	5 ans et +	0-4 ans	5 ans et +		
Maladies non transmissibles, tumeurs malignes (suite)											
Prostate	0	105	0	0	105	0	108	0	0	108	213
Vessie	0	61	0	18	80	0	51	0	20	71	151
Lymphome	3	74	3	42	121	0	51	0	45	96	218
Leucémie	6	72	10	55	143	1	41	1	34	77	219
Diabète sucré	0	198	0	284	483	0	69	0	108	177	660
Troubles endocriniens et de la nutrition	119	148	127	185	578	1	30	1	41	74	651
Malnutrition protéino-calorique	66	26	82	33	207	0	2	0	4	6	213
Déficience en iode	4	7	3	6	19	0	0	0	0	0	19
Avitaminose A	19	0	16	0	35	0	0	0	0	0	35
Anémie	20	31	16	79	147	0	7	0	10	17	163
Maladies neuropsychiatriques	36	309	38	218	600	2	111	2	117	232	832
Troubles dépressifs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Troubles bipolaires de l'affectivité	0	1	0	1	1	0	0	0	2	2	3
Psychoses	0	26	0	17	42	0	7	0	9	16	58
Epilepsie	4	56	4	39	103	0	8	0	5	13	115
Dépendance alcoolique	0	27	0	4	31	0	18	0	4	22	53
Maladie d'Alzheimer et autres démences	5	45	7	43	100	1	36	1	58	95	195
Maladie de Parkinson	0	19	0	12	32	0	16	0	15	30	62
Sclérose en plaques	0	11	0	13	25	0	3	0	5	8	33
Pharmacodépendance	0	10	0	4	14	0	3	0	1	3	18
Troubles anxieux post-traumatiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies des organes des sens	3	10	3	9	25	0	0	0	0	1	26
Glaucome	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2
Cataracte	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Maladies cardiovasculaires	64	4.436	59	4.459	9.017	2	2.399	2	2.925	5.328	14.345
Rhumatisme	1	146	2	292	440	0	17	0	29	46	486
Cardiopathie ischémique	2	1.348	1	1.118	2.469	0	1.283	0	1.395	2.678	5.147
Cérébrovasculaire	8	1.516	6	1.652	3.181	0	565	0	882	1.448	4.629
Péri, endo et myocardites et cardiomyopathie	32	621	36	540	1.229	0	70	1	64	136	1.364
Affections respiratoires	78	1.172	79	1.008	2.336	1	308	1	199	509	2.845
Maladie pulmonaire obstructive chronique	11	938	9	756	1.714	0	228	0	130	358	2.072
Asthme	5	61	5	77	147	0	17	0	18	34	181
Maladies de l'appareil digestif	87	738	106	484	1.416	2	231	1	194	427	1.843
Ulcère peptique	1	121	1	71	194	0	26	0	20	46	241
Cirrhose	4	380	3	176	563	0	97	0	49	146	709
Maladies de l'appareil génito-urinaire	12	264	8	251	535	0	83	0	85	169	704
Néphrites et néphroses	6	171	4	146	327	0	49	0	50	100	427
Hypertrophie bénigne de la prostate	0	30	0	0	31	0	10	0	0	10	41
Maladies ostéo-musculaires	0	41	1	63	106	0	10	0	27	37	143
Arthrite rhumatoïde	0	2	0	2	4	0	2	0	8	10	14
Ostéoarthrite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anomalies congénitales	271	40	232	52	595	25	8	21	7	61	656
Santé buccale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Blessures	254	2.010	233	923	3.420	13	559	8	227	807	4.227
Involontaires	217	1.297	192	531	2.237	12	375	8	163	558	2.794
Accidents de véhicule à moteur	28	457	22	130	637	2	160	2	55	219	856
Empoisonnement	13	75	7	38	132	1	41	1	13	56	188
Chutes	10	87	12	59	168	1	45	0	51	97	265
Incendies	18	29	12	23	83	1	10	1	6	18	100
Noyade	59	172	48	71	349	2	27	1	6	36	384
Accidents du travail	0	88	0	28	115	0	19	0	3	22	137
Volontaires	37	712	41	393	1.183	1	184	1	64	249	1.432
Suicide	0	359	0	269	629	0	140	0	49	190	818
Homicide et violence	11	171	15	37	233	1	43	1	15	59	292
Guerre	27	182	27	86	322	0	0	0	0	0	322
Total	6.485	14.372	5.958	12.273	39.088	123	5.428	91	5.242	10.883	49.971

Note : AESE, anciennes économies socialistes d'Europe; EMBE, économies de marché bien établies.



Indicateurs du développement dans le monde





Table des matières

Comment lire les tableaux 238

Introduction 241

Tableaux

1 Indicateurs de base 246

Production

2 Croissance de la production 248

3 Structure de la production 250

4 Agriculture et alimentation 252

5 Energie commerciale 254

6 Structure du secteur manufacturier 256

7 Rémunérations et production du secteur manufacturier 258

Absorption intérieure

8 Croissance de la consommation et de l'investissement 260

9 Structure de la demande 262

10 Structure de la consommation 264

Comptes budgétaires et monétaires

11 Dépenses de l'administration centrale 266

12 Recettes courantes de l'administration centrale 268

13 Monnaie et taux d'intérêt 270

Transactions internationales essentielles

14 Croissance du commerce de marchandises 272

15 Structure des importations de marchandises 274

16 Structure des exportations de marchandises 276

17 Biens manufacturés : origine et composition des importations des pays de l'OCDE 278

18 Balance des paiements et réserves 280

Finances extérieures

19 Aide publique au développement provenant des pays membres de l'OCDE et de l'OPEP 282

20 Apports d'aide publique au développement 284

21 Dette extérieure totale 286

22 Flux de capitaux extérieurs publics et privés 288

23 Flux nets de ressources et transferts nets globaux 290

24 Ratios de la dette extérieure totale 292

25 Conditions des emprunts publics extérieurs 294

Ressources humaines et naturelles

26 Accroissement passé et projeté de la population 296

27 Démographie et fécondité 298

28 Santé et nutrition 300

29 Education 302

30 Répartition du revenu et estimations du PIB d'après le PAM 304

31 Urbanisation 306

32 Les femmes et le développement 308

33 Forêts, aires protégées et ressources en eau 310

Tableau 1a Indicateurs de base pour les autres économies 312

Notes techniques 313

Bibliographie 334

Classification des économies 336

Comment lire les tableaux

Dans chaque tableau, les économies sont énumérées, à l'intérieur du groupe auquel elles appartiennent, par ordre croissant de PNB par habitant. Celles pour lesquelles on ne peut pas calculer cet agrégat sont mentionnées par ordre alphabétique, en italique, à la fin de leur groupe. Les numéros de référence portés dans la liste ci-après indiquent la place de chaque économie dans les tableaux. Il est à noter que deux économies, le Zimbabwe et le Botswana, dont les données démographiques ont été récemment révisées, conservent leur ancien classement.

Nous avons ajouté à cette liste la date du recensement le plus récent et celle des dernières estimations établies à partir d'enquêtes démographiques ou des registres d'état civil. Ces informations visent à donner une idée du degré d'actualité des sources des indicateurs démographiques, cela pouvant témoigner de la qualité globale des indicateurs d'un pays. Au-delà de ces années, les estimations démographiques peuvent avoir été obtenues à partir de modèles de projection, par extrapolation ou par d'autres méthodes encore. D'autres indicateurs démographiques comme l'espérance de vie, les taux de natalité et de mortalité et le taux de mortalité avant l'âge de 5 ans sont habi-

tuellement calculés à partir des mêmes sources. On trouvera plus de détails sur les sources utilisées et de plus amples explications sur le mode de calcul des estimations et des projections de la Banque mondiale dans *World Population Projections, 1992-93 Edition*.

Les nombres figurant dans les bandes de couleur sont des données récapitulatives pour les divers groupes d'économies.

La lettre *w* désigne une moyenne pondérée, la lettre *m* une valeur médiane, et la lettre *t* un total.

Tous les taux de croissance sont calculés en termes réels.

La date limite pour toutes les données est le 30 avril 1993.

Le symbole . . signifie « non connu ».

Les nombres 0 et 0,0 indiquent une valeur nulle ou inférieure à la moitié de l'unité en cause.

Un blanc signifie « sans objet ».

Les nombres en italique se rapportent à des années ou périodes autres que celles qui sont indiquées.

Le symbole † signale les économies classées par les Nations Unies ou considérées par leurs autorités comme des économies en développement.

	Numéro de référence	Recensement	Mortalité infantile	Indice synthétique de fécondité
Afrique du Sud	85	1985	1980	1981
Algérie	73	1987	1985	1984
Allemagne ^a	121	1987	1991	1991
† Arabie saoudite	104	*1992	..	..
Argentine	89	1991	1988	1990
Arménie	75	1989	1991	1991
Australie	113	1991	1990	1990
Autriche	117	1981	1991	1991
Azerbaïdjan	67	1989	1991	1991
Bangladesh	12	1991	1989	1989
Bélarus	93	1989	1991	1991
Belgique	116	1991	1991	1991
Bénin	24	1979	1981-82	1981-82
Bhoutan	5	1969	..	1984
Bolivie	41	*1992	1989	1989
Botswana	84	1991	1988	1988
Brésil	91	1991	1986	1986
Bulgarie	71	1985	1991	1991
Burkina Faso	17	1985	1976	1961
Burundi	8	1979	1987	1987

	<i>Numéro de référence</i>	<i>Recensement</i>	<i>Mortalité infantile</i>	<i>Indice synthétique de fécondité</i>
Cameroun	46	1987	1991	1991
Canada	119	1991	1990	1991
Chili	76	1982	1990	1990
Chine	22	1990	1990	1987
Colombie	57	1985	1990	1990
Congo	55	1984	1974	1974
Corée, Rép. de	102	1990	1985	1985
Costa Rica	72	1984	1990	1990
Côte d'Ivoire	42	1988	1979	1988
Danemark	122	1981	1991	1991
Egypte, Rép. arabe d'	37	1986	1988	1988
El Salvador	54	1971	1988	1988
Equateur	49	1990	1989	1989
Espagne	109	1992	1990	1990
Estonie	98	1989	1990	1990
Etats-Unis	120	1990	1991	1991
Ethiopie	3	1984	..	1988
Fédération de Russie	94	1989	1991	1991
Finlande	123	1990	1991	1991
France	118	1990	1991	1991
Gabon	97	1981	1960-61	1960-61
Géorgie	66	1989	1991	1991
Ghana	26	1984	1988	1988
Grèce	103	1991	1991	1991
Guatemala	47	1981	1987	1987
Guinée	29	1983	1954-55	1954-55
Guinée-Bissau	6	1989	1991	1991
Haïti	23	1982	1987	1987
Honduras	34	1988	1987-88	1987-88
† Hong Kong	110	1991	1990	1990
Hongrie	87	1990	1991	1991
Inde	19	1991	1986	1985
Indonésie	36	1990	1991	1991
Iran, Rép. islamique d'	77	1986	1986	1975
Irlande	106	1986	1990	1991
† Israël	107	1983	1990	1990
Italie	114	1991	1991	1991
Jamaïque	60	1991	1989	1990
Japon	126	1990	1991	1991
Jordanie	51	1979	1990-91	1990-91
Kazakhstan	82	1989	1991	1991
Kenya	20	1989	1989	1989
Kirghizistan	64	1989	1991	1991
Lesotho	35	1986	1977	1986
Lettonie	95	1989	1990	1990
Lituanie	86	1989	1991	1991
Madagascar	10	1974-75	1992	1992
Malaisie	83	1991	1988	1984
Malawi	14	1987	1982	1977
Mali	16	1987	1987	1987
Maroc	50	1982	1992	1992
Maurice	80	1990	1991	1987
Mauritanie	32	1988	1975	1987-88
Mexique	92	1990	1987	1987
Moldova	78	1989	1991	1991
Mozambique	1	1980	1980	1980

	Numéro de référence	Recensement	Mortalité infantile	Indice synthétique de fécondité
Namibie	62	1991	..	1992
Népal	7	1991	1987	1987
Nicaragua	30	1971	1985	1985
Niger	18	1988	1992	1992
Nigéria	21	*1991	1990	1990
Norvège	124	1980	1991	1991
Nouvelle-Zélande	108	1991	1991	1991
Oman	100	..	1986	1986
Ouganda	4	1991	1988-89	1988-89
Ouzbékistan	59	1989	1991	1991
Pakistan	27	1981	1990-91	1990-91
Panama	74	1990	1985-87	1990
Papouasie-Nouvelle-Guinée	45	1990	1980	1980
Paraguay	58	1982	1990	1990
Pays-Bas	115	1991	1991	1991
Pérou	53	1981	1991-92	1991-92
Philippines	44	1990	1986	1988
Pologne	70	1988	1991	1991
Porto Rico	101	..	..	..
Portugal	99	1991	1991	1991
République arabe syrienne	56	1981	1981	1981
République centrafricaine	25	1975	1975	1959
Rép. dém. pop. lao	8	1985	1988	1988
République dominicaine	48	1990	1991	1991
Roumanie	61	1992	1990	1990
Royaume-Uni	112	1992	1991	1991
Rwanda	15	1991	1983	1992
Sénégal	43	1988	1986	1986
Sierra Leone	11	1985	1971	1975
† Singapour	111	1990	1991	1991
Soudan	39	1983	1989-90	1989-90
Sri Lanka	31	1981	1988	1989
Suède	125	1990	1991	1991
Suisse	127	1980	1991	1991
Tadjikistan	52	1989	1991	1991
Tanzanie	2	1988	1991-92	1991-92
Tchad	9	1964	1964	1964
Tchécoslovaquie ^b	81	1991	1991	1991
Thaïlande	65	1990	1989	1987
Togo	28	1981	1988	1988
Trinité-et-Tobago	96	1990	1989	1989
Tunisie	63	1984	1988	1990
Turkménistan	68	1989	1991	1991
Turquie	69	1990	1988	1988
Ukraine	79	1989	1991	1991
Uruguay	90	1985	1990	1990
Venezuela	88	1990	1989	1989
Yémen, Rép. du	33	1986-88	1991-92	1991-92
Yougoslavie ^c	105	1991	1990	1990
Zambie	40	1990	1992	1992
Zimbabwe	38	1982	1988-89	1988-89

* Les données du recensement ne sont pas encore incluses dans les estimations relatives à la population.

Note : Dans les tableaux principaux, les économies de plus de 30.000 et de moins de 1 million d'habitants, ou pour lesquelles on dispose de données fragmentaires, ne sont incluses que dans les chiffres récapitulatifs par groupe, mais on trouvera plus de détails à leur sujet dans le Tableau 1a. Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.

b. Dans tous les tableaux, les données se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie; les données désagrégées ne sont pas encore disponibles. a. Dans tous les tableaux, sauf indication contraire, les données se réfèrent à l'Allemagne unifiée. c. Dans tous les tableaux, les données se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie; les données désagrégées ne sont pas encore disponibles.



Introduction

Cette seizième édition des Indicateurs du développement dans le monde chiffre la valeur, pour certaines années ou périodes, d'une série d'indicateurs de la situation économique et sociale et du patrimoine naturel de 200 économies présentées séparément ou regroupées en diverses catégories analytiques ou géographiques. Bien que la plupart des données rassemblées par la Banque mondiale concernent les économies à revenu faible ou intermédiaire, on a ajouté dans les tableaux, parce qu'ils sont faciles à obtenir, les chiffres comparables pour les économies à revenu élevé. Des informations supplémentaires figurent dans d'autres publications de la Banque mondiale, notamment *L'Atlas de la Banque mondiale*, les *World Tables*, les *World Debt Tables* et les *Social Indicators of Development*. Désormais, ces données sont également disponibles sur disquette avec le progiciel ★STARS★ de la Banque mondiale.

Changements apportés à la présente édition

Sous l'effet combiné de l'accession à l'indépendance de plusieurs nouvelles économies l'année dernière et de la taille limitée des principaux tableaux, un nouveau critère a été introduit, à savoir la disponibilité des données. Pour être incluse dans les principaux tableaux, une économie doit faire état de données couvrant raisonnablement les principaux indicateurs socio-économiques. Les indicateurs de base des économies qui, faute de données, ne sont pas incluses, figurent, avec les pays comptant moins de 1 million d'habitants, dans le Tableau 1a qui suit le Tableau 13.

Pour maintenir un écart de 20 ans entre les deux années de référence indiquées pour la plupart des indicateurs, la première année n'est plus 1965, mais 1970 ou 1975. Les lecteurs souhaitant obtenir des données sur des périodes antérieures peuvent se reporter aux éditions précédentes ou aux publications susmentionnées, qui présentent les données dans l'ordre chronologique.

D'autres changements ont été apportés à un certain nombre de tableaux. (Ces changements sont décrits plus en détail dans les notes techniques.)

On a ajouté dans le Tableau 4, intitulé *Agriculture et alimentation*, des estimations relatives aux produits de la pêche et pourcentage de l'apport protéique journalier; ces produits sont, en effet, une source importante de protéines pour certains pays et ne sont pas inclus dans les estimations de production alimentaire par habitant indiquées dans le tableau.

Le Tableau 21, *Dette extérieure totale*, contient deux nouveaux indicateurs : le total des arriérés sur l'encours de la dette à long terme, et le ratio de la valeur actuelle à la valeur nominale de la dette. Le total des arriérés correspond à la somme du principal et des intérêts dus mais non payés, et le ratio de la valeur actuelle à la valeur nominale de la dette sert à mesurer le degré de concessionnalité des obligations extérieures d'un pays.

Le Tableau 24, *Ratios de la dette extérieure totale*, inclut deux nouveaux indicateurs : la dette concessionnelle, en pourcentage de la dette extérieure totale, et la dette multilatérale, en pourcentage de la dette extérieure totale. Ces deux sources de financement extérieur sont indiquées séparément pour en refléter l'importance pour beaucoup d'économies en développement.

Le Tableau 28, *Santé et nutrition*, montre la prévalence de la malnutrition parmi les enfants de moins de 5 ans; on considère que cet indicateur est une meilleure mesure de l'état nutritionnel que l'apport calorique journalier, qui était utilisé précédemment.

Le Tableau 30 sur les estimations de revenus a été affiné compte tenu du pouvoir d'achat des monnaies. Il contient des observations propres à chaque pays ainsi que des données calculées à partir d'une équation de régression.

Classification des économies

Le PNB par habitant est le principal critère utilisé pour classer et regrouper approximativement les économies selon leur stade de développement économique. Cette année, les groupes de revenu par habitant sont les suivants : 40 économies à faible revenu (revenu par habitant égal ou inférieur à 635 dollars en 1991); 65 économies à revenu intermédiaire (revenu par habitant compris entre 636 et 7.909 dollars); et 22 économies à revenu élevé (revenu par habitant égal ou supérieur à 7.910 dollars). Les économies regroupant moins de 1 million d'habitants et celles pour lesquelles on dispose de données fragmentaires ne sont pas mentionnées séparément dans les tableaux principaux, mais sont incluses dans les chiffres récapitulatifs. On trouvera des indicateurs de base à leur sujet dans le Tableau 1a.

Les économies sont en outre classées par région. Le groupe « Europe et Asie centrale » inclut les nouvelles économies indépendantes de l'ex-Union soviétique. Les économies précédemment classées dans le groupe « Autres économies » figurent désormais dans les catégories de revenu et les groupes géographiques qui leur correspondent. D'autres catégories regroupent les économies à revenu intermédiaire gravement endettées et les pays exportateurs de pétrole. (Voir la Section « Définitions et notes sur les données » et les tableaux relatifs au classement des économies à la fin du présent ouvrage.)

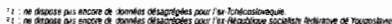
Méthodes

La Banque reconsidère constamment ses méthodes pour que ses indicateurs se prêtent mieux à des comparaisons au plan international et constituent des outils d'analyse plus efficaces. Certains des chiffres présentés s'écartent de ceux de l'année dernière non seulement à cause de mises à jour, mais aussi à cause de révisions apportées aux séries chronologiques et aux méthodes.

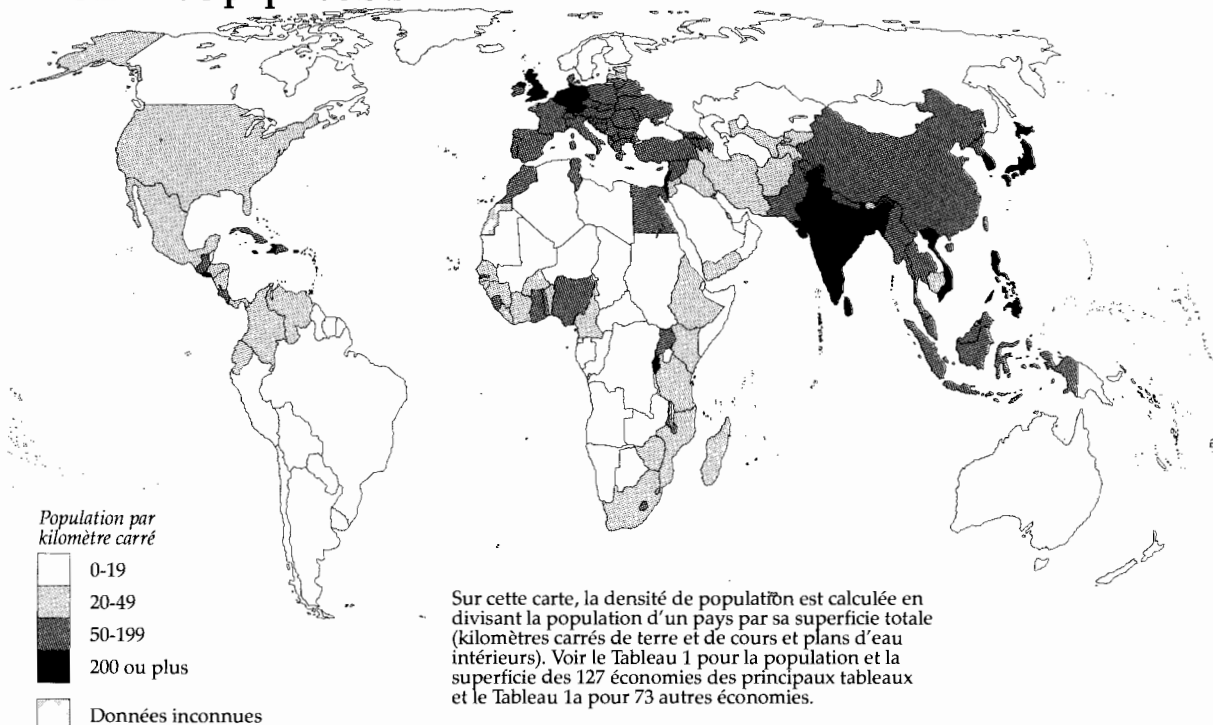
Les indicateurs du Tableau 1 esquissent le profil des différentes économies. Les données des autres tableaux relèvent des six grandes catégories suivantes : production, absorption intérieure, comptes budgétaires et monétaires, transactions internationales essentielles, financements extérieurs, et ressources humaines et naturelles. La présentation adoptée cette année est la même que dans les éditions précédentes. Dans chaque groupe, les économies sont classées par ordre croissant de PNB par habitant; les économies dont on n'a pas pu calculer le PNB par habitant sont énumérées par ordre alphabétique, en italique, à la fin du groupe de revenu auquel on estime qu'elles appartiennent. Ce même ordre est repris dans tous les tableaux à l'exception du Tableau 19, qui ne concerne que les pays à revenu élevé de l'OCDE et de l'OPEP. La liste alphabétique qui figure dans la section « Comment lire les tableaux » donne le numéro de référer de chaque économie; là encore, les noms en italique sont ceux des économies pour lesquelles on n'a pas d'estimations du PNB par habitant. Les économies du groupe des pays à revenu élevé signalées par le symbole † sont celles qui sont classées par les Nations Unies ou considérées par leurs autorités comme en développement.

Le lecteur est invité à se référer aux notes techniques et aux notes de renvoi des tableaux chaque fois qu'il utilise les données du présent recueil. Ces notes exposent en effet dans leurs grandes lignes les méthodes, concepts, définitions et sources utilisés pour l'établissement des tableaux. La bibliographie qui figure séparément à la fin de ces notes donne des détails sur les sources de données, où le lecteur trouvera la définition et la description complètes des concepts utilisés. Signalons par ailleurs que les notes par pays accompagnant les *World Tables* donnent des précisions supplémentaires sur les sources utilisées, les cas où les comparaisons sont impossibles et autres exceptions aux méthodes statistiques normales relevées par les services de la Banque au niveau des comptes nationaux et des transactions internationales.

Toutes questions ou observations concernant les Indicateurs du développement dans le monde sont à adresser à Socio-Economic Data Division, International Economics Department, The World Bank, 1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433.



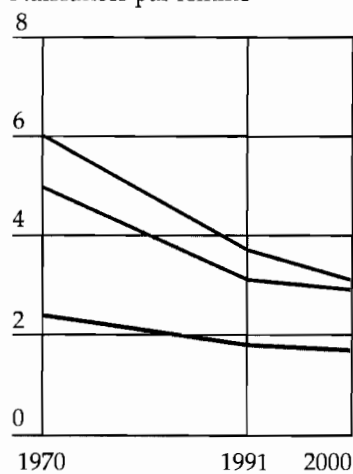
Densité de population



Fécondité et mortalité

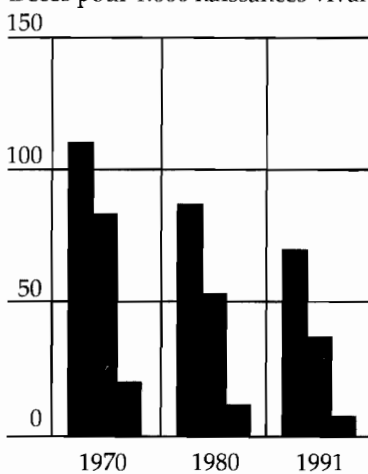
Indice synthétique de fécondité

Naissances par femme



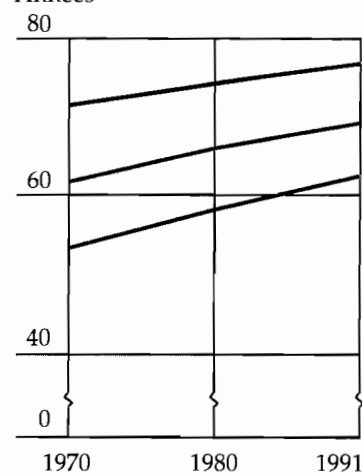
Mortalité infantile

Décès pour 1.000 naissances vivantes



Espérance de vie à la naissance

Années



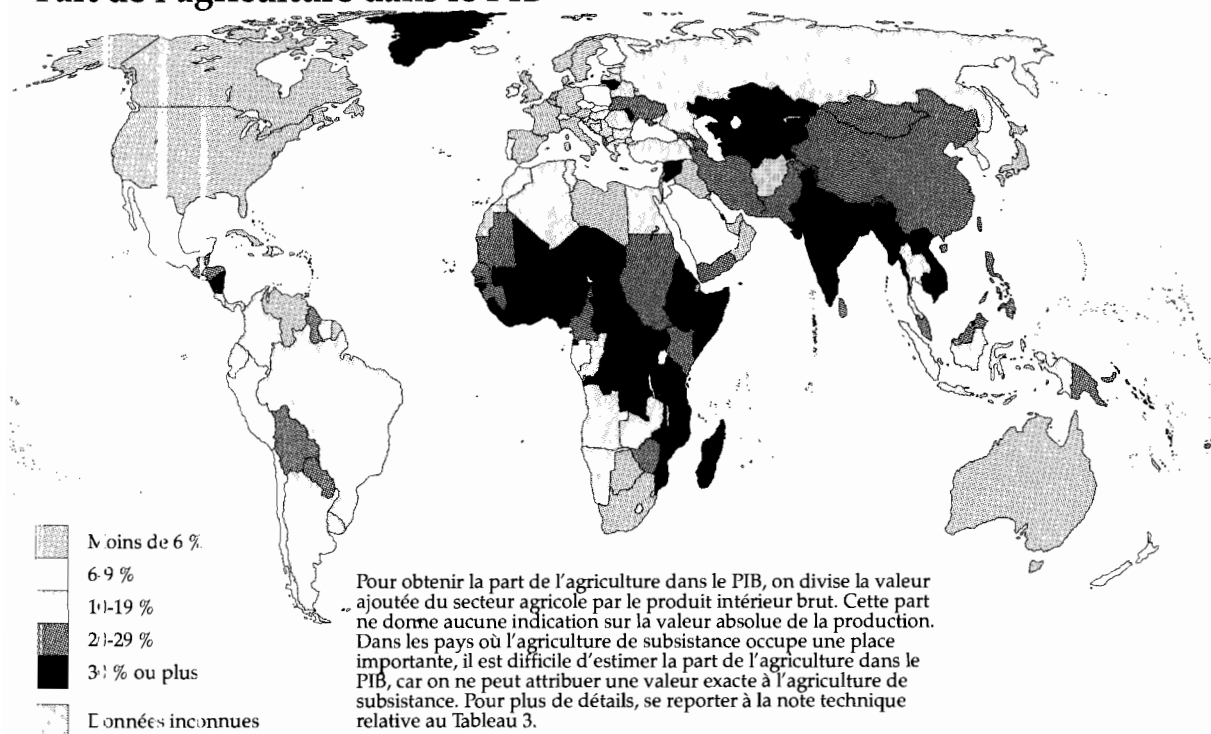
— Economies à faible revenu

— Economies à revenu élevé

— Economies à revenu intermédiaire

Note : Les termes et méthodes utilisés sont expliqués dans les notes techniques relatives aux Tableaux 27, 28, and 32.

Part de l'agriculture dans le PIB



Âge médian à la mort

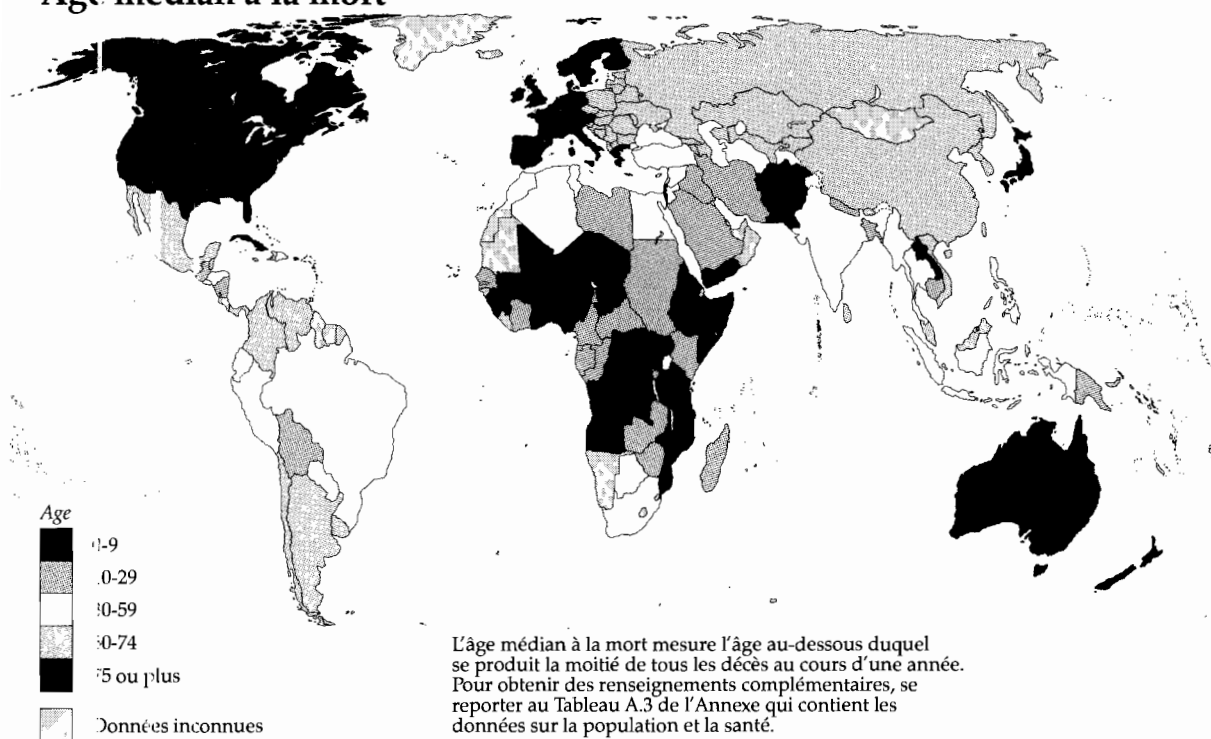


Tableau 3. Structure de la production

	PIB (millions de dollars)		Répartition du produit intérieur brut (%)							
			Agriculture		Industrie		Secteur manufacturier ^a		Services, etc. ^b	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
Economies à faible revenu	225.563 t	920.160 t	38 w	29 w	29 w	34 w	20 w	26 w	33 w	38 w
Chine et Inde	146.193 t	591.577 t	38 w	29 w	32 w	36 w	24 w	30 w	29 w	35 w
Autres économies faible revenu	79.034 t	338.471 t	39 w	29 w	21 w	29 w	10 w	..	40 w	42 w
1 Mozambique	..	1.219	..	64	..	15	..	..	..	21
2 Tanzanie	1.174	2.223	41	61	17	5	10	4	42	34
3 Ethiopie	1.669	5.982	56	47	14	13	9	9	30	40
4 Ouganda	1.286	2.527	..	51	..	12	..	4	..	37
5 Bhoutan	..	240	..	43	..	27	..	10	..	29
6 Guinée-Bissau	79	211	47	46	21	12	21	8	31	42
7 Népal	861	3.063	67	59	12	14	4	5	21	27
8 Burundi	225	1.035	71	55	10	16	7	12	19	29
9 Tchad ^c	302	1.236	47	43	18	18	17	16	35	39
10 Madagascar	995	2.488	24	33	16	14	..	..	59	53
11 Sierra Leone	383	743	28	43	30	14	6	3	42	43
12 Bangladesh ^c	6.664	23.394	55	36	9	16	6	9	37	48
13 RDP lao ^c	..	1.027	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	271	1.986	44	35	17	20	..	13	39	45
15 Rwanda ^c	220	1.579	62	38	9	22	4	20	30	40
16 Mali ^c	338	2.451	61	44	11	12	7	11	28	43
17 Burkina Faso	335	2.629	42	44	21	20	14	12	37	37
18 Niger	647	2.284	65	38	7	19	5	8	28	42
19 Inde	52.949	221.925	45	31	22	27	15	18	33	41
20 Kenya	1.453	7.125	33	27	20	22	12	12	47	51
21 Nigéria	12.546	34.124	41	37	14	38	4	..	45	26
22 Chine ^c	93.244	369.651	34	27	38	42	30 ^d	38 ^d	28	32
23 Haïti	394	2.641	..	..	..	..	..	..	..	..
24 Bénin ^c	332	1.886	36	37	12	14	..	9	52	49
25 Rép. centrafricaine	169	1.202	35	41	26	16	7	..	38	42
26 Ghana	2.214	6.413	47	53	18	17	11	10	35	29
27 Pakistan	9.102	40.244	37	26	22	26	16	17	41	49
28 Togo	253	1.633	34	33	21	23	10	10	45	44
29 Guinée ^c	..	2.937	..	29	..	35	..	5	..	36
30 Nicaragua ^c	785	6.950	25	30	26	23	20	19	49	47
31 Sri Lanka	2.215	8.195	28	27	24	25	17	14	48	48
32 Mauritanie	197	1.030	29	22	38	31	5	..	32	47
33 Yémen, Rép. du ^c	..	7.524	..	22	..	26	..	9	..	52
34 Honduras	654	2.661	32	22	22	27	14	16	45	51
35 Lesotho	67	578	35	14	9	38	4	13	56	48
36 Indonésie ^c	9.657	116.476	45	19	19	41	10	21	36	39
37 Egypte, Rép. arabe d'	6.598	30.265	29	18	28	30	..	..	42	52
38 Zimbabwe	1.415	5.543	15	20	36	32	21	26	49	49
39 Soudan	1.901	..	44	..	14	..	8	..	42	..
40 Zambie ^c	1.789	3.831	11	16	55	47	10	36	35	37
Economies à revenu intermédiaire	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tranche inférieure	..	1.167.639 t	..	..	..	..	..	..	..	..
41 Bolivie ^c	1.020	5.019	20	..	32	..	13	..	48	..
42 Côte d'Ivoire	1.147	7.283	40	38	23	22	13	21	36	40
43 Sénégal ^c	865	5.774	24	20	20	19	16	13	56	62
44 Philippines ^c	6.691	44.908	30	21	32	34	25	26	39	44
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée ^c	646	3.734	37	26	22	35	5	10	41	38
46 Cameroun ^c	1.160	11.666	31	27	19	22	10	12	50	51
47 Guatemala ^c	1.904	9.353	26	..	..	20	..	..	..	55
48 Rép. dominicaine ^c	1.485	7.172	23	18	26	25	19	13	51	57
49 Equateur ^c	1.673	11.595	24	15	25	35	18	21	51	50
50 Maroc ^c	3.956	27.652	20	19	27	31	16	18	53	50
51 Jordanie	..	3.524	..	7	..	26	..	13	..	67
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou ^c	7.234	48.366	19	..	32	..	20	..	50	..
54 El Salvador ^c	1.029	5.915	28	10	23	24	19	19	48	66
55 Congo ^c	274	2.909	18	12	24	37	..	8	58	50
56 Rép. arabe syrienne ^c	2.140	17.236	20	30	25	23	..	..	55	47
57 Colombie	7.199	41.692	25	17	28	35	21	20	47	48
58 Paraguay ^c	595	6.254	32	22	21	24	17	18	47	54
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque ^c	1.405	3.497	7	5	43	40	16	17	51	56
61 Roumanie	..	27.619	..	19	..	49	..	..	..	33
62 Namibie	..	1.961	..	10	..	28	..	4	..	62
63 Tunisie	1.244	11.594	20	18	24	32	10	17	56	50
64 Kirghizistan ^c	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande ^c	7.087	93.310	26	12	25	39	16	27	49	49
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Répartition du produit intérieur brut (%)									
		PIB (millions de dollars)		Agriculture		Industrie		Secteur manufacturier ^a		Services, etc. ^b	
		1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
69	Turquie	11.400	95.763	30	18	27	34	17	24	43	49
70	Pologne ^c	..	78.031	..	7	..	50	..	..	..	43
71	Bulgarie	..	7.909	..	13	..	50	..	..	..	37
72	Costa Rica ^c	985	5.560	23	18	24	25	..	19	53	56
73	Algérie	4.541	32.678	11	14	41	50	15	10	48	36
74	Panama ^c	1.021	5.544	15	10	21	11	12	..	64	79
75	Arménie ^c	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili ^c	8.186	31.311	7	..	41	..	26	..	52	..
77	Iran, Rép. islamique d'	10.914	96.989	19	21	43	21	14	9	38	58
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	184	2.253	16	11	22	33	14	23	62	56
81	Tchécoslovaquie ^c	..	33.172	..	8	..	56	..	..	..	36
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie ^c	4.200	46.980	29	..	25	..	12	..	46	..
Tranche supérieure		265.930 t	..	12 w	..	37 w	..	..	..	50 w	..
84	Botswana ^c	84	3.644	33	5	28	54	6	4	39	41
85	Afrique du Sud	16.293	91.167	8	5	40	44	24	25	52	51
86	Lituanie	..	..	..	20	..	45	..	..	..	35
87	Hongrie ^c	5.543	30.795	18	10	45	34	..	29	37	55
88	Venezuela ^c	13.432	53.440	6	5	39	47	16	17	54	48
89	Argentine	20.526	114.344	13	15	38	40	27	..	49	46
90	Uruguay	1.940	9.479	19	10	37	32	..	25	44	58
91	Brésil	35.546	414.061	12	10	38	39	29	26	49	51
92	Mexique ^c	38.318	282.526	12	9	29	30	22	22	59	61
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	13	..	48	..	..	..	39
95	Lettonie	..	..	..	20	..	48	..	41	..	32
96	Trinité-et-Tobago	775	4.920	5	3	44	39	26	9	51	58
97	Gabon ^c	322	4.863	19	9	48	45	7	6	34	46
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal ^c	6.184	65.103	..	..	..	..	..	..	..	..
100	Oman ^c	256	10.236	16	4	77	52	0	4	7	44
101	Porto Rico ^c	5.035	32.469	3	1	34	41	24	39	62	57
102	Corée, Rép. de ^c	8.887	282.970	26	8	29	45	21	28	45	47
103	Grèce	8.600	57.900	18	17	31	27	19	14	50	56
104	Arabie saoudite	3.866	108.640	6	7	63	52	10	7	31	41
105	Yougoslavie	12.566	82.317	18	12	41	48	..	..	41	40
Eco. revenu faible/interméd.		..	..	25 w	..	33 w	..	..	..	42 w	..
Afrique subsaharienne		40.073 t	164.339 t	35 w	31 w	23 w	29 w	8 w	..	41 w	40 w
Asie de l'Est et Pacifique		143.054 t	961.754 t	34 w	19 w	34 w	41 w	26 w	33 w	32 w	40 w
Asie du Sud		73.546 t	302.014 t	44 w	31 w	21 w	26 w	14 w	17 w	34 w	43 w
Europe et Asie centrale		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et Afrique du N.		43.980 t	413.241 t	16 w	14 w	42 w	..	11 w	..	42 w	..
Amérique latine et Caraïbes		154.857 t	1.203.873 t	13 w	..	34 w	..	24 w	..	53 w	..
Gravement endettés		147.806 t	..	14 w	..	35 w	..	24 w	..	52 w	..
Economies à revenu élevé		2.106.085 t	17.053.744 t	4 w	..	39 w	..	29 w	..	58 w	..
Membres de l'OCDE		2.078.008 t	16.626.259 t	4 w	..	39 w	..	29 w	..	58 w	..
106	Irlande	3.323	39.028	17	11	37	9	24	3	46	80
107	Israël ^c	5.603	62.687	..	..	..	..	..	..	..	..
108	Nouvelle-Zélande ^c	6.415	42.861	12	9	33	27	24	18	55	65
109	Espagne ^c	37.909	527.131	..	..	..	..	..	..	..	..
110	Hong Kong	3.463	67.555	2	0	36	25	29	17	62	75
111	Singapour ^c	1.896	39.984	2	0	30	38	20	29	68	62
112	Royaume-Uni	106.502	876.758	3	..	44	..	33	..	53	..
113	Australie ^c	39.330	299.800	6	3	39	31	24	15	55	65
114	Italie ^c	107.485	1.150.516	8	3	41	33	27	21	51	64
115	Pays-Bas ^c	34.285	290.725	6	4	37	32	26	20	57	64
116	Belgique ^c	25.242	196.873	..	2	..	30	..	22	..	68
117	Autriche ^c	14.457	163.992	7	3	45	36	34	25	48	61
118	France ^c	142.869	1.199.286	..	3	..	29	..	21	..	68
119	Canada	73.847	510.835	4	..	36	..	23	..	59	..
120	Etats-Unis ^c	1.011.563	5.610.800	3	..	35	..	25	..	63	..
121	Allemagne ^{c,e}	184.508	1.574.316	3	2	49	39	38	23	47	59
122	Danemark	13.511	112.084	7	5	35	28	22	19	59	67
123	Finlande	9.762	110.033	12	6	40	34	27	24	48	60
124	Norvège	11.183	105.929	6	3	32	36	22	14	62	62
125	Suède	29.835	206.411	..	3	..	34	..	22	..	63
126	Japon ^c	203.736	3.362.282	6	3	47	42	36	25	47	56
127	Suisse ^c	20.733	232.000	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies		2.792.782 t	21.639.120 t	8 w	..	38 w	..	27 w	..	55 w	..
Exportateurs de pétrole		57.618 t	458.283 t	17 w	12 w	39 w	..	11 w	..	43 w	..

a. L'industrie manufacturière étant généralement la branche la plus dynamique du secteur industriel, sa part dans le PIB est indiquée séparément. b. Les services, etc., comprennent les éléments non affectés. c. Le PIB et ses composantes sont indiqués aux prix d'acquisition. d. Estimation de la Banque mondiale. e. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 4. Agriculture et alimentation

	Valeur ajoutée dans l'agriculture (millions de dollars courants)		Importations de céréales (milliers de tonnes)		Aide alimentaire en céréales (milliers de tonnes)		Consommation d'engrais (kg d'éléments fertilisants par ha arable)		Production alimentaire par habitant (croissance moyenne; 1979-81=100)		Produits de la pêche (% de l'apport protéique journalier)	
	1970	1991	1980	1991	1979/80	1990/91	1979/80	1990/91	1979-91		1970	1990
Economies à faible revenu	85.549 t	276.360 t	35.359 t	36.510 t	6.913 t	7.373 t	474 w	993 w	..		5,8 w	6,3 w
Chine et Inde	55.737 t	170.532 t	13.376 t	13.489 t	355 t	351 t	669 w	1.478 w	..		2,3 w	2,9 w
Autres économies faible revenu	29.615 t	109.326 t	21.983 t	23.021 t	6.557 t	7.022 t	204 w	394 w	..		5,9 w	6,4 w
1 Mozambique	..	854	368	479	151	454	78	8	-3,1		4,6	3,0
2 Tanzanie	483	1.352	399	130	89	24	90	144	-1,4		8,1	7,7
3 Ethiopie	931	2.822	397	802	111	894	27	80	-1,4		0,2	0,0
4 Ouganda	..	1.425	52	26	17	61	..	0	-0,6		7,5	7,2
5 Bhoutan	..	104	5	26	1	4	8	8	-0,6		..	..
6 Guinée-Bissau	37	96	21	64	18	7	5	17	0,3		3,1	2,1
7 Népal	579	1.807	56	6	21	1	90	274	2,2		0	0,3
8 Burundi	159	565	18	31	8	3	7	16	-0,6		1,6	1,3
9 Tchad ^a	142	528	16	73	16	30	..	18	-0,4		7	9,9
10 Madagascar	243	822	110	114	14	38	25	26	-1,4		3,6	4,4
11 Sierra Leone	108	319	83	183	36	17	46	20	-1,1		10,9	10,8
12 Bangladesh ^a	3.636	8.428	2.194	1.631	1.480	1.356	445	1.022	-0,6		7,4	4,8
13 RDP lao ^a	..	..	121	44	3	0	1	16	0,8		3,8	2,1
14 Malawi	119	701	36	120	5	181	110	198	-2,7		5,9	5,1
15 Rwanda ^a	135	812	16	19	14	9	3	26	-1,8		0,2	0,2
16 Mali ^a	207	1.082	87	226	22	37	69	73	-0,7		4,6	3,5
17 Burkina Faso	139	1.074	77	177	37	56	26	39	2,4		0,7	0,9
18 Niger	420	877	90	143	9	79	5	3	-3,4		0,2	0,2
19 Inde	23.916	71.103	424	58	344	217	313	743	1,6		1,6	1,6
20 Kenya	484	1.895	387	330	86	63	169	477	0,5		1,5	2,9
21 Nigéria	4.787	12.271	1.828	763	..	..	36	124	1,5		2,7	3,5
22 Chine ^a	31.821	99.429	12.952	13.431	12	134	1.273	2.777	3,0		3,1	3,9
23 Haïti	..	..	195	348	53	37	44	11	-1,2		0,7	2,8
24 Bénin ^a	121	692	61	216	5	8	7	38	1,5		10	4,8
25 Rép. centrafricaine	60	497	12	27	3	3	1	4	-1,0		4,2	3,0
26 Ghana	1.030	3.404	247	344	110	72	65	48	0,2		19,9	18,7
27 Pakistan	3.352	10.318	613	972	146	343	488	912	0,2		0,6	0,8
28 Togo	85	531	41	238	7	16	49	172	-1,0		5,7	8,4
29 Guinée ^a	..	850	171	296	24	12	31	7	-0,5		1,5	4,5
30 Nicaragua ^a	199	2.024	149	176	70	117	185	314	-5,1		1,1	0,4
31 Sri Lanka	627	2.203	884	918	170	200	776	901	-1,3		10	9,9
32 Mauritanie	58	226	166	342	26	101	108	93	-1,5		9,2	3,3
33 Yémen, Rép. du ^a	..	1.657	..	..	..	149	98	..	..		..	..
34 Honduras	212	592	139	284	27	84	111	273	-1,6		0,9	1,8
35 Lesotho	23	82	107	100	29	31	144	144	-1,7		0	0,8
36 Indonésie ^a	4.340	22.465	3.534	2.795	831	45	440	1.141	2,2		7,9	8,7
37 Egypte, Rép. arabe d'	1.942	5.491	6.028	7.807	1.758	1.525	2.469	3.722	1,1		1,2	2,4
38 Zimbabwe	214	1.082	156	131	..	8	443	606	-1,0		0,8	1,1
39 Soudan	..	2.625	236	1.188	212	453	27	63	-2,8		0,8	0,5
40 Zambie ^a	191	603	498	104	167	4	114	113	-0,7		8,3	4,3
Economies à revenu intermédiaire	..	..	73.200 t	77.351 t	1.777 t	4.394 t	715 w	697 w	..		6,5 w	6,8 w
Tranche inférieure	..	..	40.137 t	40.279 t	1.292 t	4.119 t	721 w	744 w	..		6,2 w	6,4 w
41 Bolivie ^a	202	..	263	219	150	229	16	58	0,7		0,6	0,6
42 Côte d'Ivoire	462	2.754	469	644	2	59	165	97	-0,1		10,3	8,7
43 Sénégal ^a	208	1.129	452	784	61	39	123	50	0,4		8	9,8
44 Philippines ^a	1.975	9.489	1.053	1.848	95	81	444	738	-1,9		26,3	20,9
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée ^a	240	980	152	287	..	..	151	311	-0,1		11	11,8
46 Cameroun ^a	364	3.172	140	532	4	9	47	31	-1,8		5,5	6,7
47 Guatemala ^a	..	2.410	204	410	10	170	582	700	-0,7		0,2	0,4
48 Rép. dominicaine ^a	345	1.289	365	712	120	6	517	614	-2,6		5,7	2,8
49 Equateur ^a	402	1.749	387	481	8	98	319	232	0,0		3,8	6,8
50 Maroc ^a	789	5.228	1.821	1.957	119	201	240	332	2,3		1,3	2,8
51 Jordanie	..	263	505	1.539	72	481	433	475	-1,2		0,6	1,2
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
53 Pérou ^a	1.351	..	1.309	1.432	109	371	338	336	-0,6		5,4	10,6
54 El Salvador ^a	292	604	144	324	3	84	1.030	1.027	0,3		1,1	0,7
55 Congo ^a	49	356	88	96	4	15	6	119	-0,1		17,2	22,8
56 Rép. arabe syrienne ^a	435	4.091	726	1.741	74	30	224	539	-2,9		0,5	0,1
57 Colombie	1.806	7.258	1.068	780	3	1	603	1.112	0,6		1,7	1,4
58 Paraguay ^a	191	1.358	75	24	11	0	36	65	1,1		0,3	1,0
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
60 Jamaïque ^a	93	177	469	413	117	163	503	710	-0,5		12,2	8,9
61 Roumanie	..	5.121	2.369	1.834	..	480	1.365	1.099	-2,3		1,8	3,3
62 Namibie	..	194	..	18	..	..	..	..	-2,9		2,8	3,5
63 Tunisie	245	2.084	817	920	165	348	122	181	0,5		1,9	3,7
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
65 Thaïlande ^a	1.837	11.063	213	521	3	104	160	471	0,5		14,4	12,0
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Valeur ajoutée dans l'agriculture (millions de dollars courants)		Importations de céréales (milliers de tonnes)		Aide alimentaire en céréales (milliers de tonnes)		Consommation d'engrais (kg d'éléments fertilisants par ha arable)		Production alimentaire par habitant (croissance moyenne; 1979-81=100)		Produits de la pêche (% de l'apport protéique journalier)	
	1970	1991	1980	1991	1979/80	1990/91	1979/80	1990/91	1979-91		1970	1990
69 Turquie	3.383	17.090	6	638	16	4	451	676	-0,2		1,9	2,3
70 Pologne ^a	..	5.342	7.811	166	..	742	2.425	1.046	1,1		4,2	4,8
71 Bulgarie	..	1.021	693	633	..	100	1.928	1.728	-0,9		2,4	1,7
72 Costa Rica ^a	222	1.013	180	320	1	31	1.573	2.091	-0,7		2,9	2,2
73 Algérie	492	4.608	3.414	5.436	19	26	227	167	0,6		1,3	2,1
74 Panama ^a	149	530	87	101	2	1	540	588	-2,0		5,7	7,4
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
76 Chili ^a	557	..	1.264	588	22	11	333	653	1,5		4,2	7,8
77 Iran, Rép. islamique d'	2.120	21.186	2.779	5.025	..	70	297	771	1,3		0,3	1,6
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
80 Maurice	30	248	181	183	22	7	2.564	2.616	-0,6		6,9	8,5
81 Tchécoslovaquie	..	..	2.102	136	..	..	3.347	2.558	1,5		2,3	2,4
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
83 Malaisie ^a	1.198	..	1.336	3.014	..	4	912	1.950	4,1		13,7	13,8
Tranche supérieure	..	..	33.063 t	37.072 t	485 t	275 t	707 w	639 w	..		6,9 w	7,4 w
84 Botswana ^a	28	190	68	99	20	0	8	7	-3,7		0,5	1,3
85 Afrique du Sud	1.292	4.594	159	1.345	..	..	726	592	-1,1		4,6	3,8
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
87 Hongrie ^a	1.010	3.181	155	128	..	..	2.805	1.269	1,2		1,1	1,3
88 Venezuela ^a	835	2.662	2.484	1.468	..	..	599	1.137	0,0		5,2	6,7
89 Argentine ^a	2.693	16.588	8	31	..	..	48	61	-0,6		1,1	1,7
90 Uruguay	378	926	45	83	7	20	633	551	0,8		0,8	1,1
91 Brésil	4.388	42.288	6.740	6.332	3	16	755	525	1,7		3,6	2,6
92 Mexique ^a	4.462	25.221	7.226	5.433	..	239	465	631	0,2		1,8	3,3
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
96 Trinité-et-Tobago	40	144	252	201	..	..	670	650	-1,7		6,2	3,6
97 Gabon ^a	60	425	27	70	..	..	3	25	-1,4		15,6	12,9
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..		..	..
99 Portugal	..	..	3.372	1.369	267	..	877	877	1,5		15,7	15,0
100 Oman ^a	40	374	120	345	..	..	306	1.554	..		..	..
101 Porto Rico ^a	161	470	..	..	..	..	..	..	-1,4		..	..
102 Corée, Rép. de ^a	2.311	22.793	5.143	10.411	184	..	3.857	4.601	-0,1		6,7	15,8
103 Grèce	1.569	..	1.199	753	..	..	1.480	1.741	0,3		5	4,8
104 Arabie saoudite ^a	219	6.713	3.061	5.891	..	..	115	2.068	9,4		2,5	2,3
105 Yougoslavie	2.212	9.641	1.420	217	..	..	1.102	991	-0,7		1,1	1,1
Eco. revenu faible/interméd.	..	..	108.569 t	113.875 t	8.690 t	11.767 t	576 w	867 w	..		6,2 w	6,6 w
Afrique subsaharienne	13.394 t	52.122 t	8.434 t	10.626 t	1.602 t	3.221 t	59 w	90 w	..		6,1 w	6,2 w
Asie de l'Est et Pacifique	47.923 t	188.371 t	26.833 t	34.264 t	1.525 t	486 t	953 w	1.902 w	..		10,2 w	11,4 w
Asie du Sud	32.720 t	95.645 t	4.211 t	3.787 t	2.339 t	2.161 t	328 w	740 w	..		11,7 w	14,4 w
Europe et Asie centrale	..	..	19.269 t	6.265 t	284 t	1.326 t	1.446 w	1.094 w	..		3,6 w	4,0 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord	7.243 t	57.177 t	23.881 t	34.911 t	2.220 t	2.857 t	337 w	681 w	..		1,4 w	1,7 w
Amérique latine et Caraïbes	19.755 t	..	25.782 t	22.677 t	721 t	1.716 t	495 w	508 w	..		6,5 w	6,7 w
Gravement endettés	20.522 t	..	37.723 t	30.886 t	691 t	2.901 t	651 w	501 w	..		3,8 w	4,5 w
Economies à revenu élevé	85.407 t	..	79.798 t	75.096 t	36 t	2 t	1.321 w	1.158 w	..		8,2 w	8,6 w
Membres de l'OCDE	83.985 t	..	70.764 t	63.536 t	..	..	1.312 w	1.145 w	..		7,5 w	8,4 w
106 Irlande	559	..	553	341	..	..	5.219	7.323	1,5		2,7	3,9
107 Israël ^a	295	..	1.601	1.635	31	2	1.885	2.343	-0,5		3,8	5,0
108 Nouvelle-Zélande ^a	914	..	63	223	..	..	12.060	8.796	0,1		3,1	8,5
109 Espagne ^a	..	22.189	6.073	4.016	..	..	821	979	1,3		9,2	9,8
110 Hong Kong	62	185	812	785	..	..	..	..	0,7		19	16,9
111 Singapour ^a	44	96	1.324	780	..	..	5.375	56.000	-5,1		16,5	9,2
112 Royaume-Uni	2.975	..	5.498	2.799	..	..	3.235	3.680	0,4		5,6	5,1
113 Australie ^a	2.277	9.718	5	36	..	..	275	238	-0,4		3,3	4,1
114 Italie ^a	8.387	34.456	7.629	8.466	..	..	1.892	1.480	-0,5		3,9	5,6
115 Pays-Bas ^a	1.894	11.988	5.246	4.925	..	..	8.472	6.160	0,8		4,6	2,9
116 Belgique	..	3.461	5.599 ^b	6.041 ^b	..	..	5.282	4.902	1,4		5,1	5,0
117 Autriche ^a	992	4.968	131	88	..	..	2.484	1.997	0,7		2	2,7
118 France ^a	..	40.012	1.570	1.206	..	..	3.120	2.953	0,3		5,1	5,8
119 Canada	3.238	..	1.383	448	..	..	398	451	1,2		3,4	6,6
120 Etats-Unis ^a	27.937	..	199	2.834	..	..	1.099	970	-0,6		3,3	4,3
121 Allemagne ^a	5.951 ^c	23.867 ^c	9.500	3.545	..	..	4.227	2.637	1,6		4,1	4,0
122 Danemark	882	5.082	355	207	..	..	2.627	2.463	2,6		9,1	10,5
123 Finlande	1.205	7.485	367	58	..	..	1.892	1.819	0,1		7,2	8,7
124 Norvège	624	3.084	725	196	..	..	3.220	2.355	0,5		14,5	15,2
125 Suède	..	5.825	124	117	..	..	1.699	1.162	-0,6		10,2	9,3
126 Japon ^a	12.467	73.671	24.473	27.474	..	..	4.777	4.001	-0,1		24,4	28,0
127 Suisse ^a	..	..	1.247	493	..	..	4.654	4.075	-0,1		2,7	3,7
Toutes économies	238.777 t	..	188.971 t	188.958 t	8.726 t	11.769 t	813 w	957 w	..		6,7 w	7,1 w
Exportateurs de pétrole	9.929 t	55.828 t	18.772 t	24.024 t	34 t	210 t	167 w	404 w	..		6,4 w	6,1 w

a. La valeur ajoutée dans l'agriculture est calculée aux prix d'acquisition. b. Y compris le Luxembourg. c. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 5. Energie commerciale

	Croissance annuelle moyenne (%)				Consommation d'énergie par habitant (kilogrammes d'équivalent pétrole)		Importations d'énergie en pourcentage des exportations de marchandises	
	Production d'énergie		Consommation d'énergie		1970	1991	1970	1991
	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91				
Economies à faible revenu	7,3 w	4,8 w	7,0 w	5,6 w	166 w	376 w	6,0 w	10,0 w
Chine et Inde	7,7 w	5,5 w	7,3 w	5,8 w	200 w	488 w	4,0 w	7,0 w
Autres économies faible revenu	6,7 w	3,2 w	6,0 w	4,7 w	94 w	173 w	7,0 w	13,0 w
1 Mozambique	32,3	-39,3	-1,6	1,0	113	59	..	..
2 Tanzanie	7,3	3,2	-0,2	2,0	49	37	10,0	65,0
3 Ethiopie	5,5	5,2	0,9	3,4	20	20	11,0	37,0
4 Ouganda	-3,2	2,8	-6,4	4,1	58	25	..	..
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	15	..	..
6 Guinée-Bissau	..	..	4,0	2,2	38	38	..	..
7 Népal	12,7	10,9	6,0	8,0	10	22	19,0	38,0
8 Burundi	..	6,6	6,9	7,4	7	24	6,0	20,0
9 Tchad	..	..	4,0	0,4	17	17	35,0	31,0
10 Madagascar	0,4	6,8	-2,5	1,8	60	39	9,0	36,0
11 Sierra Leone	..	..	-1,7	0,1	158	75	8,0	32,0
12 Bangladesh	..	11,3	8,8	7,7	..	57	..	26,0
13 RDP lao	41,3	-0,4	-4,0	2,3	73	42	..	..
14 Malawi	11,8	4,2	7,8	1,3	35	41	10,0	24,0
15 Rwanda	4,6	4,0	12,3	1,8	11	29	..	..
16 Mali	8,3	6,1	7,8	2,1	15	23	11,0	..
17 Burkina Faso	..	..	12,0	1,1	8	17	21,0	35,0
18 Niger	..	13,5	11,8	2,3	16	41	7,0	22,0
19 Inde	6,8	6,6	6,4	7,2	113	337	8,0	26,0
20 Kenya	15,0	6,4	3,0	1,6	138	104	20,0	25,0
21 Nigéria	4,8	1,0	16,0	4,4	43	154	3,0	1,0
22 Chine	7,9	5,3	7,5	5,3	258	602	1,0	3,0
23 Haïti	14,0	5,7	9,8	1,7	27	49	7,0	43,0
24 Bénin	..	7,4	2,8	3,7	41	46	7,0	29,0
25 Rép. centrafricaine	4,3	2,6	-1,6	3,3	44	29	1,0	10,0
26 Ghana	5,8	-0,1	2,3	0,4	180	130	6,0	44,0
27 Pakistan	8,1	6,5	5,3	6,5	139	243	11,0	23,0
28 Togo	9,2	..	9,4	0,8	43	47	5,0	14,0
29 Guinée	15,8	4,1	2,3	1,4	68	68	..	..
30 Nicaragua	1,7	2,6	4,1	2,7	253	254	7,0	36,0
31 Sri Lanka	8,0	8,5	1,2	4,9	139	177	3,0	17,0
32 Mauritanie	..	..	4,7	0,3	115	111	5,0	7,0
33 Yémen, Rép. du	..	..	23,3	7,9	9	96	..	..
34 Honduras	13,9	4,1	6,1	2,0	191	181	9,0	20,0
35 Lesotho	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	7,9	1,6	9,9	4,8	99	279	2,0	8,0
37 Egypte, Rép. arabe d'	10,7	4,6	10,9	4,6	213	594	10,0	5,0
38 Zimbabwe	-1,9	3,0	1,0	3,0	580	517	21,0	28,0
39 Soudan	21,0	2,2	-4,3	0,6	113	54	9,0	..
40 Zambie	16,0	1,8	7,7	1,3	299	369	5,0	21,0
Economies à revenu intermédiaire	3,1 w	2,3 w	5,4 w	3,4 w	918 w	1.351 w	10,0 w	11,0 w
Tranche inférieure	2,0 w	4,3 w	5,0 w	2,9 w	865 w	1.102 w	9,0 w	11,0 w
41 Bolivie	6,8	0,8	9,5	-0,1	183	251	1,0	1,0
42 Côte d'Ivoire	20,5	4,5	6,5	2,7	154	170	4,0	12,0
43 Sénégal	..	..	-2,9	-1,6	180	105	6,0	28,0
44 Philippines	13,6	6,3	4,0	1,9	235	218	14,0	20,0
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	11,4	5,6	8,4	2,4	114	231	39,0	11,0
46 Cameroun	24,4	11,5	6,2	4,4	84	147	6,0	1,0
47 Guatemala	8,5	4,5	6,5	0,6	170	155	2,0	26,0
48 Rép. dominicaine	17,0	4,2	6,7	0,9	216	341	14,0	..
49 Equateur	36,3	2,9	13,5	3,7	216	598	9,0	1,0
50 Maroc	2,4	1,5	6,8	2,9	170	252	8,0	25,0
51 Jordanie	..	..	13,1	5,3	322	856	40,0	41,0
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	10,6	-1,6	4,4	1,4	468	451	1,0	9,0
54 El Salvador	14,5	3,7	7,7	2,4	157	230	2,0	31,0
55 Congo	41,0	6,9	6,2	3,3	138	214	4,0	1,0
56 Rép. arabe syrienne	9,3	8,0	14,4	3,9	313	955	17,0	10,0
57 Colombie	0,3	10,6	5,9	3,1	490	778	1,0	4,0
58 Paraguay	13,5	12,9	9,7	4,9	114	231	17,0	24,0
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	-0,9	4,3	3,6	-1,4	968	858	25,0	35,0
61 Roumanie	3,3	-0,4	5,9	0,6	2.136	3.048	..	..
62 Namibie*	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	4,0	-0,2	8,7	4,5	230	556	8,0	13,0
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	5,5	24,1	7,9	7,4	150	438	17,0	12,0
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Croissance annuelle moyenne (%)				Consommation d'énergie par habitant (kilogrammes d'équivalent pétrole)		Importations d'énergie en pourcentage des exportations de marchandises	
	Production d'énergie		Consommation d'énergie		1970	1991	1970	1991
	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91				
69 Turquie	3,5	7,7	7,4	6,5	362	809	11,0	32,0
70 Pologne	3,6	0,9	4,6	1,1	2.512	3.165	20,0	23,0
71 Bulgarie	2,0	2,3	5,1	0,8	2.657	3.540	..	..
72 Costa Rica	6,9	6,3	6,6	3,7	378	570	5,0	21,0
73 Algérie	5,1	4,9	16,9	15,1	219	1.956	3,0	2,0
74 Panama	10,8	9,5	-6,6	0,2	2.524	1.661	..	..
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	-0,1	3,1	0,1	3,1	867	892	5,0	13,0
77 Iran, Rép. islamique d'	-5,6	6,2	5,2	4,5	938	1.078	0,0	0,0
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	1,9	8,1	4,9	3,4	266	389	8,0	24,0
81 Tchécoslovaquie	0,8	0,0	2,8	0,6	3.893	4.681	10,0	5,0
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	22,5	13,5	5,4	7,9	452	1.066	10,0	5,0
Tranche supérieure	3,9 w	0,9 w	5,8 w	3,8 w	989 w	1.701 w	10,0 w	11,0 w
84 Botswana ^a	9,1	1,2	10,5	3,0	232	408	..	..
85 Afrique du Sud ^a	6,6	4,0	3,7	2,9	1.909	2.262	1,0	0,0
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	1,1	0,2	3,9	0,7	2.053	2.830	10,0	17,0
88 Venezuela	-4,7	0,7	4,4	2,3	2.206	2.521	1,0	1,0
89 Argentine	3,3	3,2	3,3	3,6	1.208	1.764	5,0	6,0
90 Uruguay	5,6	7,2	1,0	0,8	797	816	15,0	15,0
91 Brésil	8,7	7,3	8,8	4,7	410	908	13,0	19,0
92 Mexique	13,7	1,2	8,7	1,4	786	1.383	6,0	5,0
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	6,2	-2,5	4,5	1,7	4.795	4.907	..	..
97 Gabon	7,0	4,6	11,3	2,5	805	1.154	1,0	0,0
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	4,5	3,2	5,1	2,9	747	1.584	15,0	15,0
100 Oman	0,3	8,6	5,9	10,1	660	2.859	..	..
101 Porto Rico	-5,0	2,3	-1,5	0,5	3.497	2.015	..	..
102 Corée, Rép. de	4,3	9,5	10,1	7,9	495	1.936	16,0	18,0
103 Grèce	8,7	5,9	6,6	2,8	976	2.110	21,0	24,0
104 Arabie saoudite	8,7	-1,7	4,5	9,3	3.137	4.866	0,0	0,0
105 Yougoslavie	3,2	3,2	5,3	3,6	1.140	2.296	8,0	19,0
Eco. revenu faible/ interméd.	4,2 w	3,1 w	6,0 w	4,3 w	362 w	631 w	9,0 w	11,0 w
Afrique subsaharienne	5,4 w	4,7 w	4,4 w	3,5 w	96 w	135 w	6,0 w	12,0 w
Asie de l'Est et Pacifique	7,8 w	5,0 w	7,1 w	5,3 w	255 w	571 w	9,0 w	10,0 w
Asie du Sud	6,7 w	6,5 w	6,4 w	7,2 w	102 w	289 w	8,0 w	25,0 w
Europe et Asie centrale	2,9 w	1,2 w	4,8 w	1,7 w	1.714 w	2.387 w	13,0 w	18,0 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord	3,3 w	1,7 w	7,5 w	7,3 w	545 w	1.185 w	2,0 w	4,0 w
Amérique latine et Caraïbes	2,1 w	2,5 w	5,6 w	2,7 w	722 w	1.051 w	11,0 w	13,0 w
Gravement endettés	6,9 w	3,4 w	6,3 w	3,1 w	818 w	1.252 w	10,0 w	11,0 w
Economies à revenu élevé	1,4 w	1,7 w	1,8 w	1,5 w	4.463 w	5.106 w	11,0 w	11,0 w
Membres de l'OCDE	1,5 w	1,7 w	1,7 w	1,5 w	4.572 w	5.122 w	11,0 w	11,0 w
106 Irlande	2,1	2,7	3,1	0,8	2.008	2.754	13,0	5,0
107 Israël	-42,6	-7,4	3,0	2,3	1.876	1.931	9,0	11,0
108 Nouvelle-Zélande	4,5	6,1	2,6	5,0	2.834	4.893	7,0	7,0
109 Espagne	3,7	2,6	5,1	1,7	1.276	2.229	26,0	17,0
110 Hong Kong	..	..	5,4	3,1	973	1.438	4,0	7,0
111 Singapour	..	..	2,8	5,6	3.863	6.178	21,0	16,0
112 Royaume-Uni	7,2	0,4	-0,2	0,7	3.847	3.688	12,0	7,0
113 Australie	6,2	5,7	3,8	2,2	4.032	5.211	5,0	6,0
114 Italie	0,9	1,0	1,6	0,9	2.334	2.756	16,0	10,0
115 Pays-Bas	8,7	-2,4	2,6	1,4	4.531	5.147	12,0	9,0
116 Belgique	..	..	..	..	..	2.793	..	..
117 Autriche	1,1	-0,2	2,0	1,4	2.773	3.500	10,0	7,0
118 France	0,8	6,3	2,3	1,2	3.182	3.854	13,0	10,0
119 Canada	3,2	3,3	3,5	2,0	7.467	9.390	5,0	5,0
120 Etats-Unis	0,0	0,7	1,3	1,4	7.665	7.681	7,0	15,0
121 Allemagne ^b	-0,2	0,0	1,8	0,4	3.077	3.463	8,0	8,0
122 Danemark	25,0	34,0	0,6	0,0	4.176	3.747	14,0	5,0
123 Finlande	6,4	4,3	3,0	2,8	3.418	5.602	13,0	13,0
124 Norvège	17,6	7,8	3,3	1,8	6.029	9.130	12,0	3,0
125 Suède	6,7	4,2	1,2	1,3	5.398	5.901	11,0	8,0
126 Japon	1,6	3,9	2,2	2,2	2.654	3.552	20,0	17,0
127 Suisse	4,5	1,0	1,2	1,4	3.186	3.943	7,0	5,0
Toutes économies	2,7 w	2,4 w	2,9 w	2,5 w	1.195 w	1.343 w	10,0 w	11,0 w
Exportateurs de pétrole	2,5 w	1,6 w	7,0 w	6,8 w	658 w	1.261 w	3,0 w	1,0 w

a. Les chiffres concernant les pays de l'Union douanière d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Botswana et Swaziland) sont inclus dans les données sur l'Afrique du Sud; il n'y est pas tenu compte des échanges entre les pays de l'Union. b. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 6. Structure du secteur manufacturier

	Valeur ajoutée dans le secteur manufacturier (millions de dollars courants)		Répartition de la valeur ajoutée dans le secteur manufacturier (%; prix courants)									
			Alimentation, boissons et tabac		Textiles et habillement		Machines et matériel de transport		Produits chimiques		Autres ^a	
	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990
Economies à faible revenu	44.177 t	240.456 t										
Chine et Inde	35.483 t	181.072 t										
Autres économies faible revenu	8.256 t	..										
1 Mozambique	..	..	51	..	13	..	5	..	3	..	28	..
2 Tanzanie	118	86	36	30	28	18	5	7	4	16	26	29
3 Ethiopie	149	614	46	48	31	19	0	2	2	4	21	28
4 Ouganda	..	107	40	..	20	..	2	..	4	..	34	..
5 Bhoutan	..	27	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	17	18	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
7 Népal	32	152	..	35	..	25	..	2	..	8	..	30
8 Burundi	16	99	53	..	25	..	0	..	6	..	16	..
9 Tchad ^b	51	250	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10 Madagascar	..	..	36	39	28	36	6	3	7	7	23	14
11 Sierra Leone	22	52	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
12 Bangladesh ^b	387	1.959	30	24	47	35	3	5	11	17	10	18
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	..	227	51	..	17	..	3	..	10	..	20	..
15 Rwanda ^b	8	316	86	..	0	..	3	..	2	..	8	..
16 Mali ^b	25	286	36	..	40	..	4	..	5	..	14	..
17 Burkina Faso	47	325	69	..	9	..	2	..	1	..	19	..
18 Niger ^b	30	219	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
19 Inde	7.928	48.930	13	12	21	12	20	26	14	17	32	33
20 Kenya	174	862	33	38	9	10	16	10	9	9	33	33
21 Nigéria	426	..	36	..	26	..	1	..	6	..	31	..
22 Chine ^b	27.555	132.142	..	15	..	15	..	24	..	13	..	34
23 Haïti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
24 Bénin ^b	38	162	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
25 Rép. centrafricaine	12	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
26 Ghana ^b	252	575	34	..	16	..	4	..	4	..	41	..
27 Pakistan	1.462	6.184	24	29	38	19	6	7	9	15	23	30
28 Togo ^b	25	162	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
29 Guinée ^b	..	123	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua ^b	159	260	53	..	14	..	2	..	8	..	23	..
31 Sri Lanka	369	1.077	26	51	19	23	10	4	11	3	33	20
32 Mauritanie	10	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du ^b	..	549	20	..	50	..	..	..	1	..	28	..
34 Honduras	91	428	58	51	10	9	1	2	4	5	28	33
35 Lesotho	3	64	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie ^b	994	21.722	65	24	14	14	2	10	6	10	13	42
37 Egypte, Rép. arabe d'	..	..	17	31	35	16	9	9	12	8	27	36
38 Zimbabwe	293	1.508	24	30	16	17	9	8	11	10	40	34
39 Soudan	..	772	39	..	34	..	3	..	5	..	19	..
40 Zambie	181	1.180	49	37	9	12	5	9	10	11	27	31
Economies à revenu intermédiaire	..	..										
Tranche inférieure	..	..										
41 Bolivie ^b	135	585	33	37	34	8	1	1	6	6	26	47
42 Côte d'Ivoire	149	..	27	..	16	..	10	..	5	..	42	..
43 Sénégal ^b	141	775	51	..	19	..	2	..	6	..	22	..
44 Philippines ^b	1.665	11.160	39	36	8	10	8	8	13	12	32	34
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée ^b	35	320	23	..	1	..	35	..	4	..	37	..
46 Cameroun ^b	119	1.363	50	61	15	-13	4	5	3	5	27	42
47 Guatemala ^b	..	..	42	43	14	9	4	3	12	16	27	28
48 Rép. dominicaine ^b	275	955	74	..	5	..	1	..	6	..	14	..
49 Equateur ^b	306	2.091	43	31	14	13	3	7	8	11	32	39
50 Maroc ^b	641	4.886	..	31	..	25	..	6	..	16	..	22
51 Jordanie	..	441	21	26	14	7	7	4	6	15	52	49
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou ^b	1.430	..	25	23	14	14	7	10	7	10	47	43
54 El Salvador ^b	194	1.008	40	..	30	..	3	..	8	..	18	..
55 Congo ^b	..	220	65	58	4	4	1	3	8	10	22	24
56 Rép. arabe syrienne ^b	..	..	37	24	40	31	3	6	2	5	20	34
57 Colombie	1.487	8.192	31	30	20	15	8	10	11	14	29	31
58 Paraguay ^b	99	994	56	..	16	..	1	..	5	..	21	..
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque ^b	221	793	46	..	7	..	11	..	5	..	30	..
61 Roumanie	..	..	..	13	..	19	..	25	..	5	..	38
62 Namibie	..	77	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	121	1.869	29	17	18	19	4	6	13	9	36	49
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande ^b	1.130	20.926	43	29	13	25	9	12	6	3	29	31
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Valeur ajoutée dans le secteur manufacturier (millions de dollars courants)		Répartition de la valeur ajoutée dans le secteur manufacturier (%; prix courants)									
				Alimentation, boissons et tabac		Textiles et habillement		Machines et matériel de transport		Produits chimiques		Autres ^a	
		1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990
69	Turquie	1.930	22.685	26	16	15	14	8	17	7	11	45	43
70	Pologne ^b	..	..	20	21	19	9	24	26	8	7	28	37
71	Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72	Costa Rica ^b	203	1.071	48	47	12	8	6	6	7	9	28	30
73	Algérie	682	4.816	32	..	20	..	9	..	4	..	35	..
74	Panama ^b	127	..	41	52	9	6	1	3	5	8	44	31
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	2.088	..	17	24	12	7	11	5	5	9	55	56
77	Iran, Rép. islamique d'	1.501	8.819	30	..	20	..	18	..	6	..	26	..
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	26	496	75	23	6	50	5	3	3	5	12	19
81	Tchécoslovaquie ^b	..	..	9	10	12	11	34	35	6	7	39	37
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie ^b	500	..	26	13	3	6	8	31	9	11	54	39
Tranche supérieure		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84	Botswana ^b	5	128	..	52	..	8	..	..	..	9	..	31
85	Afrique du Sud	3.892	23.197	15	14	13	8	17	18	10	11	45	50
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie ^b	..	8.831	12	10	13	9	28	27	8	13	39	41
88	Venezuela ^b	2.163	8.109	30	17	13	5	9	5	8	9	39	64
89	Argentine	5.523	..	18	20	17	10	17	13	8	12	40	44
90	Uruguay	619	2.173	34	32	21	18	7	9	6	10	32	31
91	Brésil	10.421	108.789	16	13	13	12	22	23	10	12	39	40
92	Mexique ^b	8.449	55.621	28	22	15	9	13	15	11	14	34	40
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	3.825	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	198	435	18	..	3	..	7	..	2	..	70	..
97	Gabon ^b	22	264	37	..	7	..	6	..	6	..	44	..
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal ^b	..	..	18	18	19	20	13	14	10	10	39	39
100	Oman ^c	0	396	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
101	Porto Rico	1.190	12.181	..	15	..	5	..	18	..	45	..	17
102	Corée, Rép. de ^b	1.880	70.497	26	11	17	13	11	32	11	9	36	35
103	Grèce	1.642	8.291	20	22	20	21	13	12	7	8	40	38
104	Arabie saoudite ^c	372	7.962	..	7	..	1	..	4	..	39	..	50
105	Yougoslavie	..	..	10	16	15	19	23	24	7	8	45	31
Eco. revenu faible/interméd.		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Afrique subsaharienne		3.046 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Asie de l'Est et Pacifique		36.524 t	287.606 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Asie du Sud		10.362 t	59.372 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Europe et Asie centrale		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Afrique du Nord		4.797 t	40.563 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Amérique latine et Caraïbes		36.590 t	254.873 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gravement endettés		35.985 t	277.462 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Economies à revenu élevé		605.102 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Membres de l'OCDE		599.875 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
106	Irlande	786	1.535	31	26	19	4	13	32	7	15	30	23
107	Israël ^b	..	..	15	13	14	9	23	32	7	10	41	37
108	Nouvelle-Zélande ^b	1.811	7.572	24	26	13	9	15	14	4	6	43	46
109	Espagne ^b	..	124.454	13	18	15	8	16	25	11	10	45	38
110	Hong Kong	1.013	11.403	4	7	41	38	16	20	2	2	36	33
111	Singapour ^b	379	10.351	12	4	5	3	28	53	4	10	51	29
112	Royaume-Uni	35.415	..	13	13	9	5	31	32	10	11	37	38
113	Australie ^b	9.551	44.589	16	18	9	7	24	19	7	8	43	48
114	Italie ^b	29.093	242.899	10	8	13	13	24	33	13	10	40	36
115	Pays-Bas ^b	8.861	58.147	17	16	8	3	27	25	13	18	36	39
116	Belgique ^b	..	43.260	17	17	13	8	25	23	9	11	37	41
117	Autriche ^b	4.873	41.526	17	15	12	6	19	28	6	7	45	44
118	France ^b	..	251.143	12	13	10	6	26	31	8	9	44	41
119	Canada	16.782	..	16	14	8	6	23	26	7	10	46	44
120	Etats-Unis ^b	254.858	..	12	12	8	5	31	31	10	12	39	40
121	Allemagne ^{b,d}	70.888	460.983	13	9	8	4	32	42	9	12	38	32
122	Danemark	2.929	21.376	20	21	8	4	24	23	8	11	40	40
123	Finlande	2.588	26.170	13	13	10	4	20	25	6	8	51	51
124	Norvège	2.416	14.472	15	21	7	2	23	24	7	9	49	44
125	Suède	..	45.021	10	10	6	2	30	32	5	9	49	47
126	Japon ^b	73.342	849.308	8	9	8	5	34	39	11	10	40	37
127	Suisse ^c	..	..	10	..	7	..	31	..	9	..	42	..
Toutes économies		754.620 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Exportateurs de pétrole		6.221 t	41.957 t	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

a. Comprend les données qui ne peuvent être classées ailleurs; voir les notes techniques. b. La valeur ajoutée dans le secteur manufacturier est calculée aux prix d'acquisition.
c. Estimation de la Banque mondiale. d. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 7. Rémunérations et production du secteur manufacturier

	Rémunération par employé					Rémunération totale en pourcentage de la valeur ajoutée				Production brute par employé (1980=100)			
	Taux de croissance		Indice (1980=100)										
	1970-80	1980-90	1988	1989	1990	1970	1988	1989	1990	1970	1988	1989	1990
Economies à faible revenu													
Chine et Inde													
Autres économies faible revenu													
1 Mozambique	..	..	..	..	..	29	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	..	-13,5	..	..	..	42	25	..	..	122	97	..	..
3 Ethiopie	-4,6	0,5	102	94	86	24	20	19	19	61	110	112	103
4 Ouganda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
7 Népal	..	..	..	..	..	..	26	..	..	..	..	..	..
8 Burundi	-7,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
9 Tchad	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10 Madagascar	-0,8	6,6	56	..	..	36	37	..	..	106	60	..	..
11 Sierra Leone	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
12 Bangladesh	-3,0	0,6	99	98	95	26	34	34	33	206	110	111	113
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	..	-0,8	..	..	..	37	..	..	..	126	..	..	..
15 Rwanda	..	..	..	..	..	22	..	..	..	..	..	..	..
16 Mali	..	..	..	..	..	46	..	..	..	139	..	..	..
17 Burkina Faso	11,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
18 Niger	..	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..	..	..
19 Inde	0,4	3,4	127	134	..	47	48	47	..	83	175	179	..
20 Kenya	-3,4	-0,7	101	97	92	50	44	43	42	43	202	218	235
21 Nigéria	-0,8	..	..	..	..	18	..	..	..	182	..	..	..
22 Chine	..	3,5	..	..	..	..	..	..	..	220	244	251	..
23 Haïti	-3,3	4,6	157	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
24 Bénin	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
25 Rép. centrafricaine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	124	160	..
26 Ghana	-14,8	7,8	..	..	..	23	..	..	..	193	..	..	..
27 Pakistan	3,4	6,6	159	..	..	21	22	..	..	51	164	..	..
28 Togo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	-2,0	..	..	..	..	16	..	..	..	210	..	..	..
31 Sri Lanka	..	1,8	106	100	..	..	18	18	..	70	137	134	..
32 Mauritanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	..	0,9	..	..	..	..	40	38	36	..	..	..	..
35 Lesotho	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	5,2	5,1	149	155	186	26	23	20	21	42	180	204	211
37 Egypte, Rép. arabe d'	4,1	-2,1	94	91	..	54	37	35	..	89	206	220	..
38 Zimbabwe	1,6	0,5	107	115	112	43	35	35	34	98	124	128	135
39 Soudan	..	..	..	..	..	31	..	..	..	..	..	..	..
40 Zambie	-3,2	3,1	168	125	98	34	27	27	27	109	128	93	90
Economies à revenu intermédiaire													
Tranche inférieure													
41 Bolivie	0,0	-6,4	64	55	49	43	27	27	27	65	41	..	..
42 Côte d'Ivoire	-0,9	..	..	..	..	27	..	..	..	52	..	..	..
43 Sénégal	-4,9	0,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
44 Philippines	-3,7	5,6	154	160	174	21	24	23	23	104	100	112	119
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	2,9	-1,5	..	..	..	40	..	..	..	..	..	..	..
46 Cameroun	3,2	..	..	72	..	30	..	47	45	81	..	153	184
47 Guatemala	-3,2	-1,9	89	100	..	..	19	20	..	..	..	..	..
48 Rép. dominicaine	-1,1	..	..	..	..	35	..	..	..	63	..	..	..
49 Equateur	3,3	-1,5	95	80	96	27	33	33	41	83	114	101	112
50 Maroc	..	-3,5	..	..	..	..	..	..	..	..	89	..	..
51 Jordanie	8,6	-3,9	101	74	63	37	23	25	24	..	..	..	..
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	..	-3,5	71	..	..	..	14	..	..	80	..	..	..
54 El Salvador	2,4	..	..	..	..	28	..	..	..	71	..	..	..
55 Congo	..	-2,6	..	..	..	34	43	..	..	..	..	..	..
56 Rép. arabe syrienne	2,6	-5,4	64	66	65	33	27	28	..	70	..	..	..
57 Colombie	-0,2	1,6	114	117	116	25	15	15	..	86	148	158	164
58 Paraguay	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..	39	..	..	..	..
61 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Tunisie	4,2	..	..	..	..	44	..	..	..	95	..	..	..
63 Jamaïque	-0,2	-0,8	101	..	..	43	..	..	..	99	78	..	..
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	0,3	5,9	160	160	158	25	28	28	28	77	109	112	113
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Rémunération par employé					Rémunération totale en pourcentage de la valeur ajoutée				Production brute par employé (1980=100)			
		Taux de croissance		Indice (1980=100)										
		1970-80	1980-90	1988	1989	1990	1970	1988	1989	1990	1970	1988	1989	1990
69	Turquie	6,1	-1,2	80	100	98	26	15	19	19	108	166	181	195
70	Pologne	5,5	0,1	103	114	78	24	23	19	17	..	..	..	..
71	Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72	Costa Rica	..	-2,2	..	..	..	41	38	39	39	..	..	..	..
73	Algérie	-1,0	..	..	..	..	45	..	..	..	120	..	..	..
74	Panama	0,2	2,2	123	126	134	32	37	37	37	67	73	74	81
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	8,1	-1,0	103	106	106	19	16	15	15	60	..	..	..
77	Iran, Rép. islam que d'	7,9	-8,2	..	..	..	25	..	..	..	84	..	..	..
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	1,8	-0,1	98	97	101	34	45	45	46	139	69	75	84
81	Tchécoslovaquie	2,3	0,4	106	107	100	49	39	42	43	..	131	129	..
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	2,0	2,6	126	128	128	29	27	26	27	96	..	..	..
Tranche supérieure														
84	Botswana	2,6	-5,5	66	..	..	..	35	..	..	..	67	..	..
85	Afrique du Sud	2,7	0,2	104	106	106	46	47	47	..	64	88	88	..
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	3,6	2,3	125	127	120	28	39	36	40	41	105	103	100
88	Venezuela	4,9	-5,2	80	63	58	31	28	21	16	103	111	103	107
89	Argentine	-2,1	-0,8	94	75	..	28	20	16	..	75	74	73	..
90	Uruguay	..	0,8	116	107	..	26	26	..	..	111	112	..	..
91	Brésil	4,0	4,8	161	163	121	22	20	21	20	71	123	124	120
92	Mexique	1,2	-3,9	67	72	75	44	18	19	20	77	119	132	138
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	..	-0,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
97	Gabon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	2,5	0,7	103	103	106	34	36	36	36	..	..	..	..
100	Oman	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	21	22	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	10,0	7,4	161	191	189	25	28	31	31	40	177	193	204
103	Grèce	4,9	0,6	104	112	110	32	39	40	40	56	109	115	..
104	Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	26	..	..	..	..	..
105	Yougoslavie	1,3	-0,7	88	102	..	39	26	26	..	59	97	75	..
Eco. revenu faible/interméd.														
Afrique subsaharienne														
Asie de l'Est et l'Asie du Sud														
Europe et Asie centrale														
Moyen-Orient et Afrique du Nord														
Amérique latine et Caraïbes														
Gravement endettées														
Economies à revenu élevé														
Membres de l'OCDE														
106	Irlande	4,1	1,9	111	112	114	49	29	27	26	..	..	..	..
107	Israël	8,8	-3,6	95	71	72	36	62	37	36	..	..	..	..
108	Nouvelle-Zélande	1,2	-0,7	94	90	95	62	55	53	55	..	141	140	..
109	Espagne	4,4	0,9	106	109	109	52	38	39	39	..	..	..	..
110	Hong Kong	6,4	4,9	143	150	147	..	55	55	55	..	..	..	..
111	Singapour	2,9	5,0	149	165	175	36	28	30	32	73	122	129	135
112	Royaume-Uni	1,7	2,6	123	124	125	52	40	41	40	..	..	..	..
113	Australie	2,9	-0,3	103	101	96	53	47	45	45	..	128	139	136
114	Italie	4,1	1,0	109	110	..	41	41	41	..	50	136	141	..
115	Pays-Bas	2,5	1,1	107	108	109	52	49	48	48	..	..	..	..
116	Belgique	4,7	0,1	99	101	104	46	41	40	41	..	141	146	142
117	Autriche	3,4	1,8	114	116	121	47	54	53	54	65	119	127	134
118	France	..	2,2	117	121	123	63	63	63	..	116	123	127	..
119	Canada	1,8	0,0	101	101	99	53	43	44	44	68	112	..	..
120	Etats-Unis	0,1	0,7	107	106	104	47	36	35	36	64	..	..	..
121	Allemagne ^a	3,5	1,8	113	114	116	46	42	41	42	60	109	114	115
122	Danemark	2,5	0,6	105	104	..	56	52	51	..	64	103	107	..
123	Finlande	2,6	2,8	122	126	130	47	44	43	47	73	132	140	148
124	Norvège	2,6	1,6	110	110	112	50	56	54	57	74	118	127	135
125	Suède	0,4	0,9	103	107	106	52	34	34	35	..	126	131	132
126	Japon	3,1	2,0	117	120	121	32	34	33	33	48	120	131	137
127	Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies														
Exportateurs de pétrole														

a. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

a. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 8. Croissance de la consommation et de l'investissement

	Croissance annuelle moyenne (%)					
	Consommation des administrations publiques		Consommation privée, etc.		Investissement intérieur brut	
	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91
Economies à faible revenu						
Chine et Inde	4,8 w	8,6 w	3,7 w	6,2 w	6,2 w	9,4 w
Autres économies faible revenu	6,2 w	3,5 w	4,9 w	2,7 w	8,5 w	1,7 w
1 Mozambique	..	-2,1	..	1,4	..	3,0
2 Tanzanie	a	..	4,4	..	3,1	..
3 Ethiopie	2,4	2,1	8,3	5,2	-0,8	2,0
4 Ouganda	..	0,9	..	3,3	..	11,9
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	1,3	3,1	-1,8	4,0	-1,7	4,3
7 Népal	..	..	..	..	..	..
8 Burundi	3,5	4,5	4,5	4,2	16,3	2,7
9 Tchad	..	..	..	..	..	..
10 Madagascar	1,5	0,2	-0,2	-0,8	0,4	2,6
11 Sierra Leone	a	-0,4	7,0	-1,3	-1,2	-5,3
12 Bangladesh	a	a	2,3	3,6	4,8	-1,0
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	7,9	5,8	3,5	2,7	4,2	-0,8
15 Rwanda	7,5	6,8	4,3	-0,4	10,4	-1,0
16 Mali	1,9	4,1	6,2	1,7	3,3	6,9
17 Burkina Faso	6,6	6,0	4,7	2,8	4,4	9,3
18 Niger	3,0	1,8	0,4	-0,9	7,6	-4,6
19 Inde	4,1	7,5	2,9	5,3	4,5	5,1
20 Kenya	9,2	3,4	6,4	5,1	2,4	0,6
21 Nigéria	11,4	-2,1	7,8	-1,9	11,4	-8,1
22 Chine	5,7	10,0	4,9	7,3	7,9	12,4
23 Haïti	1,6	-1,4	3,4	0,3	13,7	-3,4
24 Bénin	-1,9	0,3	3,2	0,9	11,4	-4,8
25 Rép. centrafricaine	-2,4	-0,9	5,2	1,9	-9,7	3,6
26 Ghana	5,1	0,5	1,7	2,6	-2,5	9,0
27 Pakistan	4,1	9,1	4,2	4,7	3,7	5,6
28 Togo	10,2	1,0	2,0	5,3	11,9	-0,7
29 Guinée	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	10,7	0,3	0,9	-1,8	..	-5,3
31 Sri Lanka	0,3	6,9	4,9	3,6	13,8	1,2
32 Mauritanie	10,8	-4,7	0,2	3,7	19,8	-5,6
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	6,5	2,0	5,9	2,8	9,1	3,4
35 Lesotho	17,8	2,9	10,6	-0,6	23,4	9,1
36 Indonésie	13,1	4,7	6,5	4,7	14,1	6,9
37 Egypte, Rép. arabe d'	a	3,3	7,4	3,3	18,7	-0,1
38 Zimbabwe	12,1	10,1	3,8	2,8	-4,2	0,3
39 Soudan	..	-1,5	6,9	0,8	8,2	-1,2
40 Zambie	1,4	-3,2	0,2	3,7	-10,9	0,2
Economies à revenu intermédiaire						
Tranche inférieure	..	1,1 w	..	3,6 w	..	-0,7 w
41 Bolivie	7,9	-1,2	4,5	2,2	2,3	-8,0
42 Côte d'Ivoire	12,1	-4,0	6,9	-1,7	12,6	-11,5
43 Sénégal	5,9	2,5	3,0	2,6	0,3	3,7
44 Philippines	6,8	0,9	4,3	2,4	11,3	-1,8
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	-1,3	0,1	4,5	0,6	-5,4	-0,9
46 Cameroun	5,2	6,2	6,2	1,7	11,2	-5,4
47 Guatemala	6,5	2,2	5,3	1,2	7,9	-0,7
48 Rép. dominicaine	2,7	0,2	5,8	1,7	9,4	4,5
49 Equateur	14,5	-1,1	8,2	2,0	11,0	-2,4
50 Maroc	14,0	5,1	5,5	4,0	9,9	2,5
51 Jordanie	..	1,7	..	1,9	..	-6,9
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	4,0	-0,7	2,2	0,5	6,5	-3,4
54 El Salvador	6,8	2,8	4,2	0,6	7,3	2,3
55 Congo	4,1	3,3	1,5	3,1	1,5	-11,7
56 Rép. arabe syrienne	..	-2,2	..	3,9	..	-6,8
57 Colombie	5,4	4,5	5,3	3,1	5,0	-0,2
58 Paraguay	4,8	1,6	8,6	1,7	18,6	0,3
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	6,5	-0,2	1,4	1,8	-9,6	3,6
61 Roumanie	..	..	..	..	..	-2,1
62 Namibie	..	3,2	..	1,1	..	-5,0
63 Tunisie	7,8	3,7	8,6	3,3	6,8	-1,1
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	9,8	4,1	6,3	6,7	7,2	9,8
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Croissance annuelle moyenne (%)					
		Consommation des administrations publiques		Consommation privée, etc.		Investissement intérieur brut	
		1970-80	1980-91	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91
69	Turquie	6,3	3,5	4,8	6,1	6,9	2,8
70	Pologne	..	0,2	..	1,1	..	-0,2
71	Bulgarie	..	0,8	..	6,5	..	-2,1
72	Costa Rica	6,6	1,2	4,8	3,4	9,2	4,4
73	Algérie	10,8	4,7	4,1	2,3	13,6	-3,2
74	Panama	5,8	0,7	4,4	1,3	0,3	-7,5
75	Arménie	..	..	..	..	..	..
76	Chili	2,4	0,2	-0,5	2,2	1,0	5,1
77	Iran, Rép. islamique d'	10,8	-3,8	2,3	5,5	10,4	-5,4
78	Moldova	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	9,8	3,2	9,2	6,4	10,0	11,2
81	Tchécoslovaquie	..	2,6	..	1,7	..	0,2
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	9,3	3,2	7,5	5,1	10,8	4,4
Tranche supérieure		..	..	..	..	..	..
84	Botswana	15,4	12,5	10,7	5,6	6,9	0,4
85	Afrique du Sud	5,5	3,4	2,3	1,8	2,5	-3,9
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	2,5	2,2	3,6	0,2	7,5	-1,6
88	Venezuela	..	2,5	..	1,7	7,1	-3,9
89	Argentine	3,8	-9,3	2,4	0,0	3,1	-6,9
90	Uruguay	4,0	2,1	-1,9	1,0	..	-5,9
91	Brésil	6,0	8,7	8,0	1,6	8,9	-0,1
92	Mexique	8,3	1,8	5,9	1,8	8,3	-1,9
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	9,0	1,5	6,3	-7,4	14,2	-7,1
97	Gabon	10,2	-1,1	7,3	-2,6	13,6	-6,2
98	Estonie	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	8,6	2,5	4,5	5,0	3,1	-2,6
100	Oman	..	..	..	..	..	..
101	Porto Rico	..	5,1	..	2,7	..	7,0
102	Corée, Rép. de	7,4	6,6	7,4	8,3	14,2	13,0
103	Grèce	6,9	2,3	4,0	2,5	2,1	1,6
104	Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..
105	Yougoslavie	4,5	0,3	5,6	-0,1	7,2	-3,3
Eco. revenu faible/interméd.		..	4,0 w	..	3,4 w	..	1,4 w
Afrique subsaharienne		6,3 w	0,9 w	5,1 w	0,7 w	7,3 w	-3,3 w
Asie de l'Est et Pacifique		7,5 w	6,6 w	5,8 w	6,5 w	9,7 w	10,1 w
Asie du Sud		4,0 w	8,1 w	3,0 w	5,1 w	4,6 w	4,9 w
Europe et Asie centrale		..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord		..	..	..	..	..	..
Amérique latine et Caraïbes		6,0 w	4,3 w	5,5 w	1,4 w	7,0 w	-1,3 w
Gravement endettées		7,3 w	3,9 w	5,7 w	1,7 w	8,2 w	-1,8 w
Economies à revenu élevé		2,6 w	2,5 w	3,5 w	2,8 w	2,0 w	4,0 w
Membres de l'C CDE		2,6 w	2,5 w	3,5 w	2,8 w	1,9 w	4,0 w
106	Irlande	6,0	-0,1	4,3	2,2	5,2	0,0
107	† Israël	3,9	0,6	5,8	5,2	0,6	3,6
108	Nouvelle-Zélande	3,6	1,1	1,7	1,9	-1,0	2,9
109	Espagne	5,8	5,2	3,8	3,2	1,5	6,0
110	† Hong Kong	8,3	5,4	9,0	6,9	12,1	4,4
111	† Singapour	6,2	6,5	5,8	6,0	7,8	4,3
112	Royaume-Uni	2,4	1,2	1,8	3,8	0,2	5,3
113	Australie	5,1	3,4	3,2	3,2	1,9	2,2
114	Italie	3,0	2,6	4,0	3,1	1,6	2,1
115	Pays-Bas	2,9	1,4	3,9	1,8	0,1	2,4
116	Belgique	4,1	0,5	3,8	1,9	2,1	3,8
117	Autriche	3,8	1,3	3,8	2,6	2,7	3,0
118	France	3,4	2,2	3,3	2,4	1,4	2,9
119	Canada	3,8	2,4	5,3	3,4	5,6	4,5
120	Etats-Unis	1,0	3,2	3,3	2,4	2,4	3,3
121	Allemagne ^b	3,3	1,3	3,3	2,2	0,6	2,6
122	Danemark	4,1	0,9	2,0	1,7	-0,8	3,2
123	Finlande	5,3	3,6	2,8	4,3	0,5	2,0
124	Norvège	5,4	2,9	3,8	1,2	3,3	-0,2
125	Suède	3,3	1,5	1,9	2,0	-0,7	3,5
126	Japon	4,9	2,4	4,7	3,7	2,5	6,0
127	Suisse	1,8	3,0	1,1	1,7	-1,8	4,5
Toutes économies		3,0 w	2,7 w	3,7 w	3,0 w	2,8 w	3,4 w
Exportateurs de pétrole		..	..	..	..	..	..

a. On ne dispose pas de chiffres distincts pour la consommation des administrations publiques, qui est donc incluse dans la consommation privée, etc. b. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 9. Structure de la demande

	Répartition du produit intérieur brut (%)											
	Consommation des administrations publiques		Consommation privée, etc.		Investissement intérieur brut		Epargne intérieure brute		Exportations de biens et de services non facteurs		Solde de ressources	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
Economies à faible revenu	10 w	10 w	71 w	64 w	21 w	27 w	20 w	27 w	7 w	19 w	-1 w	-1 w
Chine et Inde	8 w	10 w	68 w	59 w	24 w	29 w	24 w	31 w	3 w	16 w	0 w	1 w
Autres économies faible revenu	13 w	12 w	76 w	71 w	15 w	22 w	12 w	17 w	14 w	26 w	-4 w	-6 w
1 Mozambique	..	20	..	90	..	42	..	-10	..	23	..	-52
2 Tanzanie	11	16	69	96	23	22	20	-11	26	20	-2	-33
3 Ethiopie	10	21	79	78	11	10	11	0	11	8	0	-10
4 Ouganda	a	8	84	93	13	12	164	-1	22	7	3	-13
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	29	..	-12
6 Guinée-Bissau	20	17	77	85	30	30	3	-3	4	13	-26	-33
7 Népal	a	10	97	85	6	19	3	5	5	14	-3	-14
8 Burundi	10	16	87	85	5	17	4	-1	11	10	-1	-18
9 Tchad	27	20	64	97	18	8	10	-17	23	19	-8	-25
10 Madagascar	13	9	79	92	10	8	7	-1	19	17	-2	-9
11 Sierra Leone	12	11	74	85	17	11	15	4	30	19	-2	-6
12 Bangladesh	13	11	79	86	11	10	7	3	8	9	-4	-7
13 RDP lao	..	11	..	..	..	..	..	..	..	15	..	-14
14 Malawi	16	14	73	77	26	20	11	9	24	24	-15	-11
15 Rwanda	9	20	88	78	7	13	3	1	12	12	-4	-11
16 Mali	10	12	80	82	16	23	10	6	13	17	-6	-16
17 Burkina Faso	9	17	92	79	12	23	-1	4	7	12	-12	-19
18 Niger	9	8	89	86	10	9	3	7	11	16	-7	-3
19 Inde	9	12	75	69	17	20	16	19	4	9	-1	-1
20 Kenya	16	17	60	63	24	21	24	19	30	27	-1	-1
21 Nigéria	8	13	80	65	15	16	12	23	8	36	-3	6
22 Chine	8	9	64	52	28	36	29	39	3	20	0	3
23 Haïti	10	..	83	..	11	..	7	..	14	..	-4	..
24 Bénin	10	12	85	85	12	12	5	3	22	24	-6	-9
25 Rép. centrafricaine	21	15	75	86	19	11	4	-1	28	15	-15	-12
26 Ghana	13	9	74	83	14	16	13	8	21	17	-1	-8
27 Pakistan	10	13	81	75	16	19	9	12	8	16	-7	-7
28 Togo	16	15	58	74	15	19	26	10	50	42	11	-9
29 Guinée	..	10	..	76	..	18	..	14	..	26	..	-4
30 Nicaragua	9	21	75	89	18	21	16	-10	26	22	-2	-31
31 Sri Lanka	12	10	72	77	19	23	16	13	25	28	-3	-10
32 Mauritanie	14	9	56	81	22	16	30	10	41	50	8	-6
33 Yémen, Rép. du	..	28	..	70	..	13	..	2	..	29	..	-11
34 Honduras	11	10	74	70	21	24	15	20	28	31	-6	-4
35 Lesotho	12	18	120	95	12	93	-32	-13	11	13	-44	-106
36 Indonésie	8	9	78	55	16	35	14	36	13	27	-2	1
37 Egypte, Rép. arabe d'	25	10	66	83	14	20	9	7	14	30	-5	-13
38 Zimbabwe	12	21	67	61	20	22	21	18	..	33	..	-4
39 Soudan	21	..	64	..	14	..	15	..	16	..	2	..
40 Zambie	16	10	39	78	28	13	45	12	54	29	17	-1
Economies à revenu intermédiaire	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tranche inférieure	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
41 Bolivie	10	15	66	77	24	14	24	9	25	18	0	-5
42 Côte d'Ivoire	14	18	57	67	22	10	29	15	36	37	7	5
43 Sénégal	15	13	74	78	16	14	11	9	27	25	-5	-5
44 Philippines	9	9	69	72	21	20	22	19	22	30	1	-1
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	30	24	64	63	42	29	6	13	18	39	-35	-16
46 Cameroun	12	14	70	71	16	15	18	15	26	18	2	0
47 Guatemala	8	6	78	84	13	14	14	10	19	18	1	-4
48 Rép. dominicaine	12	9	77	77	19	17	12	14	17	27	-7	-3
49 Equateur	11	8	75	70	18	22	14	22	14	31	-5	0
50 Maroc	12	15	73	68	18	22	15	17	18	22	-4	-6
51 Jordanie	..	23	..	78	..	21	..	-1	..	57	..	-22
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	12	5	70	82	16	16	17	13	18	9	2	-3
54 El Salvador	11	11	76	88	13	14	13	1	25	15	0	-12
55 Congo	17	22	82	58	24	11	1	20	35	42	-23	9
56 Rép. arabe syrienne	17	..	72	..	14	..	10	..	18	..	-4	..
57 Colombie	9	11	72	66	20	15	18	23	14	21	-2	8
58 Paraguay	9	8	77	75	15	25	14	17	15	26	-1	-8
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	12	12	61	68	32	20	27	20	33	64	-4	0
61 Roumanie	..	14	..	57	..	34	..	29	..	17	..	-5
62 Namibie	..	27	..	64	..	14	..	9	..	58	..	-5
63 Tunisie	17	16	66	66	21	23	17	18	22	39	-4	-5
64 Kirghizistan	..	16	..	50	..	34	..	34	..	..	..	-1
65 Thaïlande	11	10	68	58	26	39	21	32	15	38	-4	-7
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Répartition du produit intérieur brut (%)												
	Consommation des administrations publiques		Consommation privée, etc.		Investissement intérieur brut		Épargne intérieure brute		Exportations de biens et de services non facteurs		Solde de ressources	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
69 Turquie	13	17	70	66	20	20	17	17	6	20	-2	-3
70 Pologne	..	20	..	58	..	21	..	22	..	20	..	0
71 Bulgarie	..	13	..	73	..	13	..	15	..	63	..	2
72 Costa Rica	13	16	74	61	21	23	14	22	28	39	-7	-1
73 Algérie	15	16	56	48	36	30	29	36	22	31	-7	6
74 Panama	15	21	61	72	28	15	24	7	38	29	-3	-8
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	13	10	70	66	16	19	17	24	15	36	1	5
77 Iran, Rép. islamique d'	16	13	59	77	19	20	25	10	24	20	6	-11
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	14	12	75	65	10	28	11	23	43	64	1	-5
81 Tchécoslovaquie	..	a	..	67	..	31	..	..	..	42	..	2
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	16	14	58	56	22	36	27	30	42	81	4	-5
Tranche supérieure	11 w	..	66 w	..	24 w	..	23 w	..	16 w	..	-1 w	..
84 Botswana	20	..	78	..	42	..	2	..	23	..	-41	..
85 Afrique du Sud	12	21	63	58	28	16	24	21	22	25	-4	5
86 Lituanie	..	16	..	63	..	21	..	21	..	..	..	..
87 Hongrie	10	13	58	67	34	19	31	19	30	34	-2	0
88 Venezuela	11	9	52	67	33	19	37	23	21	31	4	5
89 Argentine	10	4	68	81	22	12	22	15	9	11	a	2
90 Uruguay	19	13	83	70	a	13	-1	17	15	24	-1	4
91 Brésil	11	9	69	70	21	20	20	30	7	10	0	0
92 Mexique	7	8	75	72	21	23	19	20	6	16	-3	-3
93 Bélarus	..	a	..	71	..	30	..	..	..	50	..	-1
94 Fédération de Russie	..	20	..	41	..	39	..	40	..	..	..	0
95 Lettonie	..	10	..	46	..	34	..	43	..	35	..	10
96 Trinité-et-Tobago	13	15	60	59	26	18	27	26	43	41	1	8
97 Gabon	20	17	37	41	32	26	44	42	50	50	12	16
98 Estonie	..	10	..	65	..	29	..	25	..	..	..	-4
99 Portugal	14	..	67	..	26	..	20	..	24	..	-7	..
100 Oman	13	35	19	38	14	17	68	26	74	..	54	10
101 Porto Rico	15	15	74	64	29	16	10	22	44	76	-18	6
102 Corée, Rép. de	10	11	75	53	25	39	15	36	14	29	-10	-3
103 Grèce	13	20	68	72	28	17	20	8	10	23	-8	-9
104 Arabie saoudite	20	..	34	..	16	..	47	..	59	..	31	..
105 Yougoslavie	18	7	55	72	32	21	27	21	18	24	-5	-1
Eco. revenu faible, interméd.	11 w	..	68 w	..	23 w	24 w	21 w	..	13 w	..	-1 w	..
Afrique subsaharienne	12 w	15 w	73 w	71 w	17 w	16 w	16 w	14 w	21 w	28 w	-1 w	-3 w
Asie de l'Est et l'océanique	9 w	10 w	66 w	55 w	26 w	35 w	25 w	36 w	7 w	30 w	-1 w	-1 w
Asie du Sud	10 w	12 w	76 w	72 w	16 w	19 w	14 w	17 w	5 w	10 w	-2 w	-3 w
Europe et Asie centrale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	18 w	..	57 w	..	19 w	..	25 w	..	29 w	..	5 w	..
Amérique latine et Caraïbes	10 w	13 w	70 w	..	21 w	19 w	20 w	..	13 w	18 w	-2 w	-1 w
Gravement endettées	10 w	..	72 w	..	22 w	20 w	21 w	..	..	16 w	..	..
Economies à revenu élevé	16 w	17 w	60 w	61 w	23 w	21 w	24 w	22 w	14 w	20 w	1 w	1 w
Membres de l'OCDE	16 w	17 w	60 w	61 w	23 w	21 w	24 w	22 w	13 w	19 w	1 w	1 w
106 Irlande	15	16	69	56	24	19	16	28	37	62	-8	9
107 Israël	34	28	58	58	27	23	8	14	25	28	-20	-9
108 Nouvelle-Zélande	13	17	65	63	25	18	22	20	23	28	-3	2
109 Espagne	10	16	64	62	27	25	26	22	13	17	-1	-3
110 Hong Kong	7	8	68	60	21	29	25	32	92	141	4	3
111 Singapour	12	11	70	43	39	37	18	47	102	185	-20	9
112 Royaume-Uni	18	21	62	64	20	16	21	15	23	24	1	-1
113 Australie	14	19	59	62	27	19	27	19	14	18	0	0
114 Italie	13	17	60	62	27	20	28	20	16	20	0	0
115 Pays-Bas	15	14	57	59	30	21	28	26	42	54	-2	5
116 Belgique	13	15	60	63	24	20	27	23	52	73	2	3
117 Autriche	15	18	55	55	30	26	31	26	31	41	1	1
118 France	15	18	58	60	27	21	27	21	16	23	1	0
119 Canada	19	21	57	60	22	20	24	19	23	25	3	-1
120 États-Unis	19	18	63	67	18	15	18	15	6	11	0	-1
121 Allemagne ^b	16	18	55	54	28	21	30	28	21	34	2	6
122 Danemark	20	25	57	52	26	17	23	23	28	36	-3	6
123 Finlande	14	24	57	56	30	21	29	20	26	22	-1	-1
124 Norvège	17	21	54	51	30	19	29	28	42	45	-1	9
125 Suède	22	27	54	54	25	17	24	19	24	28	-1	2
126 Japon	7	9	52	57	39	32	40	34	11	10	1	2
127 Suisse	10	14	59	57	32	27	31	29	33	35	-2	1
Toutes économies	15 w	16 w	61 w	62 w	23 w	22 w	24 w	23 w	14 w	21 w	0 w	1 w
Exportateurs de pétrole	14 w	..	55 w	51 w	23 w	..	31 w	..	29 w	..	8 w	..

a. On ne dispose pas de chiffres distincts pour la consommation des administrations publiques, qui est donc incluse dans la consommation privée, etc. b. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 10. Structure de la consommation

	Pourcentage de la consommation totale des ménages ^a										
	Alimentation		Habillement et chaussures	Loyers bruts, combustibles et électricité				Transports et communications		Autres biens de consommation	
	Total	Céréales et tubercules		Total	Combustibles et électricité	Soins médicaux	Education	Total	Automobiles	Total	Autres biens de consommation durables
Economies à faible revenu											
Chine et Inde											
Autres économies faible revenu											
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	64	32	10	8	3	3	3	2	0	10	3
3 Ethiopie	49	24	6	14	7	3	4	8	1	17	2
4 Ouganda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
7 Népal	57	38	12	14	6	3	1	1	0	13	2
8 Burundi	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
9 Tchad	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10 Madagascar	59	26	6	12	6	2	4	4	1	14	1
11 Sierra Leone	56	22	4	15	6	2	3	12	..	8	1
12 Bangladesh	59	36	8	17	7	2	1	3	0	10	3
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	30	9	9	9	5	4	10	10	3	27	3
15 Rwanda	29	10	11	15	6	3	6	9	..	27	9
16 Mali	57	22	6	8	6	2	4	10	1	12	1
17 Burkina Faso	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
18 Niger	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
19 Inde	52	18	11	10	3	3	4	7	0	13	3
20 Kenya	38	16	7	12	2	3	10	8	1	22	6
21 Nigéria	48	18	5	4	1	3	4	3	1	35	6
22 Chine	61 ^b	..	13	8	3	1	1	1	..	15	..
23 Haïti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
24 Bénin	37	12	14	12	2	5	4	14	2	15	5
25 Rép. centrafricaine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
26 Ghana	50	..	13	11	..	3	5 ^c	3	..	15	..
27 Pakistan	37	12	6	16	5	1	1	13	..	26	5
28 Togo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
31 Sri Lanka	43	18	7	6	3	2	3	15	1	24	5
32 Mauritanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	39	..	9	21	..	8	5 ^c	3	..	15	..
35 Lesotho	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	48	21	7	13	7	2	4	4	0	22	5
37 Egypte, Rép. arabe d'	49	10	11	9	3	3	6	4	1	18	3
38 Zimbabwe	40	9	11	12	5	4	7	6	1	20	3
39 Soudan	60	..	5	15	4	5	3	2	..	11	..
40 Zambie	36	8	10	11	4	8	14	5	1	16	1
Economies à revenu intermédiaire											
Tranche inférieure											
41 Bolivie	33	..	9	12	1	5	7	12	..	22	..
42 Côte d'Ivoire	39	13	9	5	1	9	6	10	..	22	3
43 Sénégal	49	15	11	11	4	2	6	5	0	14	2
44 Philippines	51	21	4	19	5	2	4	4	2	16	2
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
46 Cameroun	24	7	7	16	3	12	9	12	1	20	3
47 Guatemala	36	10	10	14	5	13	4	3	0	20	5
48 Rép. dominicaine	46	13	3	15	5	8	3	4	0	21	8
49 Equateur	30	..	10	7 ^d	1 ^d	5	6 ^e	12 ^e	..	30	..
50 Maroc	38	12	11	9	2	5	8	8	1	21	5
51 Jordanie	35	..	5	6	..	5	8	6	..	35	..
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	35	8	7	15	3	4	6	10	0	24	7
54 El Salvador	33	12	9	7	2	8	5	10	1	28	7
55 Congo	37	16	6	9	3	6	8	15	1	19	4
56 Rép. arabe syrienne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
57 Colombie	29	..	6	12	2	7	6	13	..	27	..
58 Paraguay	30	6	12	21	4	2	3	10	1	22	3
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	36	14	5	15	5	5	5	16	1	18	..
61 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	37	7	10	13	4	7	10	7	1	18	5
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	30	7	16	7	3	5	5	13	0	24	5
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage de la consommation totale des ménages ^a												
		Alimentation		Habillement et chaussures	Loyers bruts, combustibles et électricité				Transports et communications		Autres biens de consommation	
		Total	Céréales et tubercules		Total	Combustibles et électricité	Soins médicaux	Education	Total	Automobiles	Total	Autres biens de consommation durables
69	Turquie	40	9	15	13	7	4	1	5	0	23	..
70	Pologne	29	4	9	6	2	6	7	8	2	35	9
71	Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72	Costa Rica	33	8	8	9	1	7	8	8	0	28	9
73	Algérie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
74	Panama	38	7	3	11	3	8	9	7	0	24	6
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	29	7	8	13	2	5	6	11	0	29	5
77	Iran, Rép. islamique d'	37	10	9	23	2	6	5	6	1	14	5
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	24	7	5	19	3	5	8	11	1	28	4
81	Tchécoslovaquie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	23	..	4	9	..	5	7	19	..	33	..
Tranche supérieure												
84	Botswana	25	12	8	8	2	8	18	8	2	26	7
85	Afrique du Sud	34	..	7	12	..	5 ^f	..	17	..	26	..
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	25	3	9	9	5	5	7	9	2	36	8
88	Venezuela	23	..	7	10	..	8	5 ^c	11	..	36	..
89	Argentine	35	4	6	9	2	4	6	13	0	26	6
90	Uruguay	31	7	7	12	2	6	4	13	0	27	5
91	Brésil	35	9	10	11	2	6	5	8	1	27	8
92	Mexique	35 ^b	..	10	8	..	5	5	12	..	25	..
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	19	3	14	18	1	8	8	12	4	21	..
97	Gabon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	34	8	10	9	3	6	5	13	3	24	7
100	Oman	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép.de	35	14	6	11	5	5	9	9	..	25	5
103	Grèce	30	3	8	12	3	6	5	13	2	26	5
104	Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105	Yougoslavie	27	4	10	9	4	6	5	11	2	32	9
Eco. revenu faible/interméd.												
Afrique subsaharienne												
Asie de l'Est et Pacifique												
Asie du Sud												
Europe et Asie centrale												
Moyen-Orient et Afrique du Nord												
Amérique latine et Caraïbes												
Gravement endettées												
Economies à revenu élevé												
Membres de l'OCDE												
106	Irlande	22	4	5	11	5	10	7	11	3	34	5
107	Israël	21	..	5	20	2	9	12	10	..	23	..
108	Nouvelle-Zélande	12	2	6	14	2	9	6	19	6	35	9
109	Espagne	24	3	7	16	3	7	5	14	3	27	6
110	Hong Kong	12	1	9	15	2	6	5	9	1	44	15
111	Singapour	19	..	8	11	..	7	12	13	..	30	..
112	Royaume-Uni	12	2	6	17	4	8	6	14	4	36	7
113	Australie	13	2	5	21	2	10	7	13	4	31	7
114	Italie	19	2	8	14	4	10	7	11	3	30	7
115	Pays-Bas	13	2	6	18	6	11	8	10	3	34	8
116	Belgique	15	2	6	17	7	10	9	11	3	31	7
117	Autriche	16	2	9	17	5	10	8	15	3	26	7
118	France	16	2	6	17	5	13	7	13	3	30	7
119	Canada	11	2	6	21	4	5	12	14	5	32	8
120	Etats-Unis	10	2	6	18	4	14	8	14	5	30	7
121	Allemagne ^d	12	2	7	18	5	13	6	13	4	31	9
122	Danemark	13	2	5	19	5	9	9	13	5	33	7
123	Finlande	16	3	4	15	4	9	8	14	4	35	6
124	Norvège	15	2	6	14	5	11	8	14	6	32	7
125	Suède	13	2	5	19	4	11	8	11	2	32	7
126	Japon	17	4	6	17	3	10	7	9	1	34	6
127	Suisse	17	..	4	17	6	15	..	9	..	38	..
Toutes économies												
Exportateurs de pétrole												

a. Les données se rapportent soit à 1980, soit à 1985. b. Y compris les boissons et le tabac. c. Se rapporte aux dépenses publiques. d. Non compris les combustibles. e. Y compris les combustibles. f. Non compris les dépenses publiques. g. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 11. Dépenses de l'administration centrale

	Pourcentage des dépenses totales														Excédent/ déficit global (en % du PNB)
	Défense		Education		Santé		Habitat et équipements collectifs; sécurité sociale et aide sociale		Services économiques		Divers ^a		Dépenses totales (en % du PNB)		
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	
Economies à faible revenu															
Chine et Inde															
Autres économies à faible revenu															
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	9,2	..	13,3	..	6,0	..	2,5	..	42,9	..	26,1	..	28,8	..	-8,4
3 Ethiopie	..	..	10,1	..	3,7	..	5,4	..	23,8	..	57,0	..	23,4	..	-4,5
4 Ouganda	25,2	..	14,9	..	5,1	..	4,2	..	11,1	..	39,5	..	6,1	..	-3,1
5 Bhoutan	0,0	0,0	12,8	10,7	5,0	4,8	4,9	8,2	56,8	48,2	20,5	28,2	40,6	43,3	0,9
6 Guinée-Bissau	..	4,2	..	2,7	..	1,4	..	..	..	..	91,7	..	63,0	..	-17,7
7 Népal	6,7	5,9	9,9	10,9	3,9	4,7	1,7	6,8	58,8	43,0	19,1	28,8	14,2	18,4	-3,0
8 Burundi	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	21,7	..	-3,9
9 Tchad	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	31,2	..	-7,3
10 Madagascar	..	7,5	..	17,2	..	6,6	..	1,5	..	35,9	..	31,2	..	16,1	-5,9
11 Sierra Leone ^b	4,1	9,9	14,9	13,3	9,1	9,6	3,6	3,1	..	29,0	68,3	35,2	29,8	9,8	-13,2
12 Bangladesh ^b	9,4	10,1	11,5	11,2	6,4	4,8	5,3	8,0	46,9	34,4	20,4	31,5	10,0	15,0	2,5
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi ^b	12,8	5,4	9,0	8,8	5,5	7,4	1,6	3,2	43,7	35,0	27,3	40,2	37,6	29,2	-17,3
15 Rwanda	13,1	..	18,8	..	4,5	..	4,1	..	41,4	..	18,0	..	14,3	..	-1,7
16 Mali	11,0	..	15,7	..	3,1	..	3,0	..	11,2	..	56,0	..	21,6	..	-4,7
17 Burkina Faso	17,0	..	15,5	..	5,8	..	7,6	..	19,3	..	34,8	..	14,1	..	0,3
18 Niger	3,8	..	18,0	..	4,1	..	3,8	..	32,4	..	38,0	..	18,7	..	-4,8
19 Inde	19,8	17,0	1,9	2,5	1,6	1,6	4,3	6,9	24,2	20,8	48,3	51,2	13,2	17,5	-6,5
20 Kenya ^b	16,4	10,0	19,6	19,9	7,8	5,4	5,1	3,9	22,7	20,7	28,2	40,1	26,1	28,3	-4,6
21 Nigéria ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
22 Chine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
23 Haïti	9,6	..	6,6	..	4,5	..	5,0	..	28,0	..	46,3	..	17,5	..	-4,7
24 Bénin	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
25 Rép. centrafricaine	9,7	..	17,6	..	5,1	..	6,3	..	19,6	..	41,7	..	21,9	..	-3,5
26 Ghana ^b	3,7	..	22,0	..	7,0	..	6,8	..	20,7	..	39,8	..	10,9	..	-4,2
27 Pakistan	30,6	27,9	2,7	1,6	1,5	1,0	4,1	3,4	37,2	11,6	23,9	54,6	17,7	21,9	-5,8
28 Togo	7,2	..	16,7	..	5,3	..	12,0	..	25,2	..	33,7	..	31,9	..	-2,0
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	24,9	..	-4,2
30 Nicaragua	11,0	..	11,6	..	14,6	..	7,4	..	20,6	..	34,9	..	32,6	33,8	-7,3
31 Sri Lanka	1,7	9,4	6,7	8,3	4,9	4,8	12,7	18,4	15,9	24,6	58,2	34,5	41,6	29,4	-18,4
32 Mauritanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
35 Lesotho	0,0	6,5	15,3	21,9	6,2	11,5	1,3	5,5	35,9	31,6	41,2	23,1	22,7	31,8	-3,7
36 Indonésie	13,5	8,2	8,3	9,1	2,5	2,4	1,8	1,8	40,2	27,1	33,7	51,5	23,1	20,7	-2,3
37 Egypte, Rép. arabe d'	11,4	12,7	8,1	13,4	2,4	2,8	13,1	17,8	7,2	8,2	57,7	45,3	53,7	39,6	-12,5
38 Zimbabwe	25,0	16,5	15,5	23,4	5,4	7,6	7,8	3,9	18,1	22,4	28,2	26,2	35,3	35,9	-11,1
39 Soudan ^b	13,2	..	9,8	..	1,4	..	0,9	..	19,8	..	54,9	..	19,8	..	-3,3
40 Zambie ^b	0,0	..	11,4	..	6,1	..	3,4	..	32,6	..	46,6	..	40,0	21,9	-20,0
Economies à revenu intermédiaire															
Tranche inférieure															
41 Bolivie	..	13,1	..	18,7	..	3,3	..	18,8	..	16,9	..	29,3	29,0	18,8	0
42 Côte d'Ivoire	3,9	..	16,3	..	3,9	..	4,3	..	13,4	..	58,1	..	32,4	30,1	-11,1
43 Sénégal	16,8	..	23,0	..	4,7	..	9,5	..	14,4	..	31,6	..	23,9	..	0,9
44 Philippines ^b	15,7	10,9	13,0	16,1	4,5	4,2	6,6	3,7	56,9	24,7	3,4	40,3	13,4	19,1	-1,4
45 Pap.-Nouvelle-Guinée ^b	4,4	..	16,5	..	8,6	..	2,6	..	22,7	..	45,1	..	35,2	..	-2,0
46 Cameroun	9,1	6,7	12,4	12,0	5,1	3,4	8,0	8,7	24,0	48,1	41,4	21,2	15,5	22,3	0,5
47 Guatemala	..	13,3	..	19,5	..	9,9	..	7,8	..	21,7	..	27,8	14,4	12,0	-3,9
48 Rép. dominicaine	7,8	4,8	12,6	10,2	9,3	14,0	13,8	20,2	37,1	36,5	19,3	14,2	17,5	12,3	-2,7
49 Equateur ^b	12,5	12,9	34,7	18,2	7,8	11,0	1,3	2,5	21,1	11,8	22,6	43,6	15,0	16,0	1,5
50 Maroc	17,9	..	17,3	..	3,4	..	6,5	..	27,8	..	27,1	..	34,2	..	-10
51 Jordanie	25,3	21,3	7,6	14,8	3,7	5,0	14,5	17,7	28,3	10,4	20,6	30,9	..	41,4	-4,0
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou ^b	21,0	16,4	15,6	21,1	5,6	5,6	0,0	0,5	22,1	..	35,7	56,4	20,4	8,8	-2,5
54 El Salvador ^b	8,8	20,6	19,8	14,4	9,0	7,7	2,1	1,4	21,0	19,1	39,3	36,7	17,6	10,4	-5,9
55 Congo	9,7	..	11,0	..	5,1	..	7,0	..	34,2	..	33,0	..	54,6	..	-5,8
56 Rép. arabe syrienne	35,8	31,5	5,5	7,4	0,8	1,9	11,3	3,3	41,1	30,7	5,4	25,2	48,1	24,3	-9,7
57 Colombie	6,7	..	19,1	..	3,9	..	21,2	..	27,1	..	22,0	..	13,5	15,1	-1,8
58 Paraguay	12,4	13,3	12,9	12,7	3,6	4,3	19,2	14,8	18,9	12,8	33,0	42,1	9,8	9,4	0,3
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	45,7	..	-17,1
61 Roumanie	..	10,3	..	10,0	..	9,2	..	26,6	..	33,0	..	10,9	..	37,0	..
62 Namibie	..	6,5	..	22,2	..	9,7	..	14,8	..	17,3	..	29,5	..	48,2	..
63 Tunisie	12,2	5,6	17,0	17,5	7,2	6,3	13,4	18,3	27,8	24,4	22,4	27,9	32,5	34,6	-2,9
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	21,7	17,1	19,8	20,2	4,1	7,4	5,1	5,9	24,2	24,3	25,1	25,1	19,1	15,5	-4,9
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage des dépenses totales																	
	Défense		Éducation		Santé		Habitat et équipements collectifs; sécurité sociale et aide sociale		Services économiques		Divers ^a		Dépenses totales (en % du PNB)		Excédent/ déficit global (en % du PNB)		
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	
69 Turquie	15,2	10,4	14,2	17,6	3,6	3,0	6,1	3,3	34,0	25,2	26,9	40,5	26,3	30,4	-3,8	-7,6	
70 Pologne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
71 Bulgarie	..	5,6	..	6,2	..	4,8	..	23,9	..	46,6	..	12,8	..	77,3	..	-9,9	
72 Costa Rica	2,6	..	24,6	19,1	28,7	32,0	9,5	13,3	18,2	8,6	16,4	27,0	26,3	25,9	-7,8	-1,4	
73 Algérie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
74 Panama	0,0	5,3	13,4	17,1	12,7	20,5	13,5	23,8	21,9	6,1	38,4	27,2	34,2	30,3	-5,8	3,5	
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
76 Chili	12,4	..	14,5	..	7,4	..	37,1	..	13,8	..	14,8	..	29,1	..	5,6	..	
77 Iran, Rép. islamique d'	15,9	9,6	21,3	20,9	6,4	7,9	8,7	15,5	24,0	16,1	23,7	29,9	35,7	22,8	-13,8	-2,8	
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
80 Maurice	0,8	1,5	17,6	14,6	7,5	8,7	21,4	17,8	11,7	15,0	41,0	42,3	27,4	23,8	-10,4	0,0	
81 Tchécoslovaquie	..	7,1	..	1,9	..	0,4	..	27,0	..	40,2	..	23,4	..	55,6	..	-6,9	
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
83 Malaisie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	29,6	30,6	-6,2	-2,3	
Tranche supérieure																	
84 Botswana ^b	9,8	13,3	22,2	20,5	5,4	5,1	7,9	16,2	26,9	16,8	27,9	28,2	36,5	41,9	-0,2	14,0	
85 Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	23,5	33,6	-2,5	-0,3	
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
87 Hongrie	4,4	3,6	1,8	3,3	2,7	7,9	22,3	35,3	44,0	22,0	24,7	27,9	58,3	54,7	-2,9	0,8	
88 Venezuela	5,8	..	19,9	..	8,8	..	9,5	..	20,2	..	35,7	..	18,7	23,9	0	4,5	
89 Argentine	..	9,9	..	9,9	..	3,0	..	39,4	..	16,0	..	21,7	19,2	13,1	-3,6	-0,5	
90 Uruguay	13,4	9,2	8,8	7,4	4,9	4,5	48,5	50,3	11,4	8,7	13,0	20,0	22,7	27,2	0	0,4	
91 Brésil	4,0	3,5	0,0	3,1	8,0	6,7	32,0	25,5	24,0	3,2	32,0	57,9	20,9	35,1	-2,5	-5,9	
92 Mexique	2,3	2,4	18,0	13,9	2,4	1,9	18,5	13,0	31,2	13,4	27,6	55,5	17,4	18,1	-3,1	0,8	
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
96 Trinité-et-Tobago	1,7	..	11,6	..	5,8	..	15,9	..	43,5	..	21,5	..	32,5	..	7,8	..	
97 Gabon ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	40,5	37,8	6,8	-2,0	
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
99 Portugal	7,4	..	11,2	..	10,3	..	27,0	..	19,9	..	24,2	..	39,6	43,3	-10,1	-5,0	
100 Oman	51,2	35,4	4,8	11,4	2,9	5,4	2,0	13,1	18,4	10,3	20,8	24,4	43,1	44,6	0,5	-8,1	
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
102 Corée, Rép. de	34,3	22,2	17,1	15,8	1,2	2,0	7,5	11,3	15,6	19,2	24,3	29,5	17,9	17,3	-2,3	-1,7	
103 Grèce	12,6	6,7	10,0	6,0	10,3	8,7	31,3	0,8	16,6	8,8	19,2	68,9	34,4	60,0	-4,8	-26,2	
104 Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
105 Yougoslavie	50,0	53,4	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	6,0	18,8	19,6	25,0	21,0	9,0	5,2	-1,1	0,3	
Eco. revenu faible/interméd.																	
Afrique subsaharienne																	
Asie de l'Est et Pacifique																	
Asie du Sud																	
Europe et Asie centrale																	
Moyen-Orient et Afrique du Nord																	
Amérique latine et Caraïbes																	
Gravement endettés																	
Economies à revenu élevé																	
Membres de l'OCDE																	
106 Irlande	3,4	3,3	11,4	12,2	13,7	13,0	27,7	29,1	18,4	12,8	25,4	29,4	48,9	47,5	-13,6	-2,4	
107 Israël	39,8	22,4	9,9	10,4	3,6	3,7	14,4	30,5	13,4	10,1	19,0	22,9	72,4	36,2	-16,1	-5,7	
108 Nouvelle-Zélande ^b	5,1	4,1	14,7	12,4	15,2	12,0	31,1	37,4	15,0	10,6	18,9	23,7	39,0	43,7	-6,8	1,5	
109 Espagne	4,3	5,4	8,0	5,6	0,7	13,7	60,3	37,7	11,9	11,0	14,8	26,6	26,6	34,0	-4,2	-2,3	
110 Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
111 Singapour	25,2	24,0	14,6	19,9	7,0	4,6	7,6	8,2	17,7	16,8	27,9	26,5	20,8	22,1	2,2	11,2	
112 Royaume-Uni	13,8	11,1	2,4	3,2	13,5	13,3	30,0	31,8	7,5	8,5	32,9	32,0	38,2	38,2	-4,6	0,8	
113 Australie	9,4	8,6	8,2	7,0	10,0	12,7	28,5	31,2	8,1	8,3	35,8	32,2	23,1	27,7	-1,5	0,6	
114 Italie	3,4	..	8,4	..	12,6	..	29,6	..	7,2	..	38,7	..	41,0	49,6	-10,7	-10,0	
115 Pays-Bas	5,6	4,8	13,1	10,5	11,7	12,4	39,5	42,5	10,9	6,4	19,2	23,4	52,5	52,5	-4,5	-2,8	
116 Belgique	5,7	..	15,0	..	1,6	..	44,7	..	16,0	..	17,0	..	51,3	49,2	-8,2	-5,4	
117 Autriche	3,0	2,4	9,7	9,4	13,3	12,9	48,7	47,9	11,7	9,1	13,5	18,3	37,7	39,8	-3,4	-4,8	
118 France	7,4	6,3	8,6	6,9	14,8	15,3	46,8	46,4	6,8	5,1	15,6	20,0	39,3	43,7	-0,1	-1,4	
119 Canada	7,7	7,4	3,8	2,9	6,7	5,2	35,1	36,4	19,4	11,2	27,3	36,8	21,8	23,9	-3,6	-2,7	
120 États-Unis	21,2	21,6	2,6	1,7	10,4	13,8	37,8	28,7	9,7	10,1	18,2	24,1	21,7	25,3	-2,8	-4,8	
121 Allemagne ^c	9,1	8,3	0,9	0,6	19,0	18,1	49,6	48,9	8,7	8,7	12,6	15,4	30,3	32,5	-1,8	-2,5	
122 Danemark	6,5	5,1	10,4	9,5	1,8	1,1	44,7	39,9	6,5	7,6	30,0	36,8	40,4	41,7	-2,7	-0,3	
123 Finlande	5,6	4,7	14,7	14,9	10,5	11,2	28,2	36,7	27,0	18,8	14,0	13,7	28,4	31,0	-2,2	0,1	
124 Norvège	7,7	8,0	8,7	9,4	10,6	10,3	34,7	39,3	22,7	17,5	15,6	15,5	39,2	46,3	-2	0,7	
125 Suède	7,7	6,3	10,4	9,7	2,2	0,8	51,5	56,4	10,9	8,0	17,3	18,8	39,8	44,2	-8,2	0,7	
126 Japon ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	18,4	15,8	-7	-1,6	
127 Suisse	10,2	..	3,4	..	11,7	..	49,3	..	14,2	..	11,2	..	19,5	..	-0,2	..	
Toutes économies:																	
Exportateurs de pétrole																	

a. Voir les notes techniques. b. Les données portent seulement sur les comptes budgétaires. c. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 12. Recettes courantes de l'administration centrale

	Pourcentage du total des recettes courantes											
	Recettes fiscales											
	Revenu, bénéfiques et plus-values		Sécurité sociale		Biens et services (taxes intérieures)		Transactions et échanges internationaux		Autres ^a		Recettes non fiscales	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
Economies à faible revenu												
Chine et Inde												
Autres économies faible revenu												
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	32,5	..	0,0	..	40,8	..	17,3	..	1,6	..	7,8	..
3 Ethiopie	20,9	..	0,0	..	24,3	..	35,7	..	3,7	..	15,4	..
4 Ouganda	11,5	..	0,0	..	41,0	..	44,3	..	0,2	..	3,1	..
5 Bhoutan	13,8	7,5	0,0	0,0	39,1	16,6	0,4	0,4	2,3	0,6	44,3	75,0
6 Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	14,1
7 Népal	5,5	9,9	0,0	0,0	36,8	36,7	33,2	30,8	8,2	5,5	16,2	17,1
8 Burundi	19,3	..	1,0	..	25,3	..	40,4	..	8,4	..	5,6	..
9 Tchad	..	22,6	..	0,0	..	33,7	..	15,3	..	6,6	..	21,8
10 Madagascar	16,6	15,3	11,3	0,0	39,3	19,5	27,6	44,5	2,7	1,1	2,4	19,5
11 Sierra Leone ^b	22,4	31,5	0,0	0,0	16,3	23,4	49,6	40,4	1,5	0,2	10,1	4,6
12 Bangladesh ^b	10,1	8,6	0,0	0,0	25,5	25,8	28,6	27,3	3,9	15,2	31,9	23,0
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi ^b	33,9	35,0	0,0	0,0	30,9	33,2	22,0	17,7	0,3	1,2	12,9	12,9
15 Rwanda	17,8	..	4,1	..	19,3	..	42,4	..	2,4	..	14,0	..
16 Mali	17,9	..	0,0	..	36,8	..	17,9	..	19,5	..	8,0	..
17 Burkina Faso	17,8	..	7,8	..	15,9	..	43,7	..	4,3	..	10,5	..
18 Niger	23,8	..	4,0	..	18,0	..	36,4	..	2,6	..	15,3	..
19 Inde	18,3	15,4	0,0	0,0	42,5	35,5	22,0	28,8	0,6	0,4	16,6	19,9
20 Kenya ^b	29,1	29,8	0,0	0,0	38,8	43,2	18,5	15,0	1,0	1,5	12,6	10,5
21 Nigéria ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
22 Chine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
23 Haïti	13,9	..	0,0	..	15,5	..	48,4	..	9,6	..	12,6	..
24 Bénin	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
25 Rép. centrafricaine	16,1	..	5,4	..	20,8	..	39,8	..	7,8	..	9,1	..
26 Ghana ^b	20,5	..	0,0	..	28,2	..	44,2	..	0,2	..	6,9	..
27 Pakistan	13,8	10,0	0,0	0,0	33,6	32,2	34,4	30,2	0,2	0,3	17,9	27,2
28 Togo	34,4	..	5,8	..	15,3	..	32,0	..	-1,7	..	14,2	..
29 Guinée	28,1	..	1,0	..	6,4	17,1	27,9	74,4	0,7	2,4	35,8	6,1
30 Nicaragua	7,8	16,9	8,9	11,8	37,3	37,5	25,2	17,6	10,7	10,5	10,1	5,8
31 Sri Lanka	15,5	12,8	0,0	0,0	26,8	46,1	50,5	25,9	1,9	4,7	5,3	10,5
32 Mauritanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	30,8	..	0,0	..	23,8	..	37,2	..	1,8	..	6,5	..
35 Lesotho	13,4	16,9	0,0	0,0	10,2	16,7	61,3	51,8	1,2	0,1	13,9	14,5
36 Indonésie	78,0	61,8	0,0	0,0	8,6	23,7	7,2	6,4	1,2	2,7	4,9	5,4
37 Egypte, Rép. arabe d'	16,2	15,9	9,1	14,2	15,1	11,9	17,3	14,0	7,7	8,2	34,6	35,8
38 Zimbabwe	46,2	44,4	0,0	0,0	27,9	26,3	4,4	19,0	1,2	1,0	20,2	9,3
39 Soudan ^b	14,4	..	0,0	..	26,0	..	42,6	..	0,7	..	16,3	..
40 Zambie ^b	38,1	..	0,0	..	43,1	..	8,3	..	3,1	95,8	7,3	4,2
Economies à revenu intermédiaire												
Tranche inférieure												
41 Bolivie	..	5,1	..	8,6	..	34,0	..	6,0	..	8,4	..	37,9
42 Côte d'Ivoire	13,0	16,7	5,8	6,8	24,8	27,8	42,8	27,8	6,1	11,3	7,5	9,6
43 Sénégal	18,4	..	3,7	..	26,0	..	34,2	..	11,4	..	6,3	..
44 Philippines ^b	21,1	28,5	0,0	0,0	41,9	25,8	24,2	28,5	2,2	2,7	10,6	14,6
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée ^b	60,5	..	0,0	..	12,1	..	16,4	..	0,6	..	10,5	..
46 Cameroun	21,7	45,2	8,0	6,4	18,0	20,2	38,4	14,0	5,9	9,1	7,9	5,1
47 Guatemala	11,2	18,1	11,2	0,0	26,4	23,2	30,2	33,8	11,1	7,2	9,9	17,7
48 Rép. dominicaine	19,3	21,4	3,9	4,5	21,6	22,5	31,2	40,3	1,7	1,3	22,4	10,0
49 Equateur ^b	44,6	56,9	0,0	0,0	17,4	21,5	30,8	14,3	3,0	5,5	4,3	1,7
50 Maroc	19,2	..	5,4	..	34,7	..	20,8	..	7,4	..	12,5	..
51 Jordanie	13,2	16,1	0,0	1,6	7,3	20,5	47,8	26,4	9,5	7,2	22,2	28,3
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou ^b	25,9	9,0	0,0	0,0	37,2	74,0	27,1	10,8	2,2	3,5	7,7	2,7
54 El Salvador ^b	23,2	23,1	0,0	0,0	29,8	45,5	37,0	20,6	5,6	5,2	4,5	5,5
55 Congo	48,8	..	4,4	..	7,6	..	13,0	..	2,7	..	23,5	..
56 Rép. arabe syrienne	9,7	30,7	0,0	0,0	5,3	3,2	14,3	7,4	10,1	35,1	60,7	23,5
57 Colombie	24,9	27,8	11,2	12,6	22,6	27,7	20,6	17,8	6,8	6,7	13,9	7,4
58 Paraguay	15,2	9,3	13,1	0,0	17,7	19,5	24,8	20,1	20,5	24,8	8,8	26,2
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	33,7	..	3,7	..	49,3	..	3,1	..	6,3	..	4,0	..
61 Roumanie	..	35,2	..	28,9	..	23,2	..	3,1	..	1,5	..	8,1
62 Namibie	..	23,4	..	0,0	..	25,1	..	37,5	..	0,5	..	13,5
63 Tunisie	14,6	14,5	9,3	12,3	23,9	22,6	24,7	28,4	5,6	4,9	22,0	17,4
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	17,7	25,8	0,2	0,7	46,0	43,6	26,2	19,1	1,8	3,1	8,1	7,7
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage du total des recettes courantes													
Recettes fiscales													
	Revenu, bénéfices et plus-values		Sécurité sociale		Biens et services (taxes intérieures)		Transactions et échanges internationaux		Autres ^a		Recettes non fiscales		Recettes courantes totales (en % du PNB)
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	
69 Turquie	49,1	44,9	0,0	0,0	19,7	34,6	6,0	5,1	4,6	2,9	20,7	12,6	22,3
70 Pologne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
71 Bulgarie	..	31,7	..	13,5	..	12,7	..	1,2	..	0,4	..	40,4	..
72 Costa Rica	13,7	8,9	28,9	28,6	30,4	27,7	18,9	19,7	2,3	1,1	5,8	14,0	18,7
73 Algérie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
74 Panama	21,2	15,6	21,2	21,3	16,7	15,8	10,3	11,1	3,8	3,1	26,7	33,1	28,4
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	17,6	..	17,4	..	35,8	..	4,3	..	4,9	..	19,9	..	33,2
77 Iran, Rép. islamique d'	3,9	11,5	7,4	5,3	3,6	6,7	11,7	45,5	5,3	4,9	68,2	26,1	21,6
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	15,3	13,7	0,0	4,2	17,2	22,6	51,6	46,7	4,3	6,8	11,6	5,9	21,0
81 Tchécoslovaquie	..	23,4	..	0,0	..	36,9	..	6,4	..	23,0	..	10,2	..
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	37,5	33,1	0,4	0,0	16,8	20,9	33,0	18,0	1,8	2,4	10,5	25,6	27,3
Tranche supérieure													
84 Botswana ^b	33,3	38,8	0,0	0,0	0,7	1,9	39,1	13,4	0,1	0,1	26,7	45,9	36,6
85 Afrique du Sud	55,8	46,8	1,1	1,9	23,8	32,7	3,3	8,8	3,2	2,7	12,7	7,1	25,0
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	18,5	17,9	15,3	29,2	38,3	31,3	6,9	5,8	4,8	0,2	16,1	15,5	55,5
88 Venezuela	67,4	61,4	4,6	5,3	4,2	3,4	6,8	8,2	1,8	1,0	15,2	20,8	22,2
89 Argentine	0,0	5,6	16,7	33,6	16,7	15,6	0,0	25,9	33,3	10,5	33,3	8,9	17,4
90 Uruguay	10,9	6,7	23,4	27,0	43,3	35,9	14,2	9,8	2,7	15,5	5,5	5,1	23,1
91 Brésil	14,3	6,9	28,6	10,4	28,6	8,2	7,1	0,7	3,6	2,0	17,9	71,8	23,4
92 Mexique	36,7	36,5	14,1	13,6	28,9	56,0	27,6	4,6	-12,6	-18,3	5,3	7,7	15,6
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	69,8	..	1,0	..	4,0	..	7,0	..	0,7	..	17,5	..	42,8
97 Gabon ^b	39,9	27,6	0,0	0,8	4,8	23,7	19,7	17,4	2,0	1,2	33,7	29,3	39,4
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	19,4	23,8	26,0	25,9	33,7	36,9	5,1	2,5	8,7	3,2	7,1	7,7	31,1
100 Oman	26,0	21,3	0,0	0,0	0,5	1,0	1,4	3,1	0,3	0,7	71,8	73,9	42,9
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	22,3	31,3	1,1	5,0	45,9	33,3	15,0	9,2	3,2	10,9	12,5	10,4	18,3
103 Grèce	17,4	19,8	25,8	32,1	31,6	40,4	5,0	0,1	9,6	-2,3	10,6	9,9	29,7
104 Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105 Yougoslavie	0,0	0,0	0,0	0,0	64,3	66,4	35,7	31,3	0,0	0,0	0,0	2,3	7,9
Eco. revenu faible/interméd.													
Afrique subsaharienne													
Asie de l'Est et Pacifique													
Asie du Sud													
Europe et Asie centrale													
Moyen-Orient et Afrique du Nord													
Amérique latine et Caraïbes													
Gravement endettés													
Economies à revenu élevé													
Membres de l'OCDE													
106 Irlande	34,3	36,3	13,4	14,4	30,1	31,3	9,2	8,1	1,9	3,4	11,1	6,5	37,7
107 Israël	40,7	32,9	10,1	7,4	24,5	36,1	3,6	1,8	7,0	5,0	14,1	16,8	52,0
108 Nouvelle-Zélande ^b	67,3	57,3	0,0	0,0	18,0	26,1	3,2	1,9	1,3	3,0	10,3	11,8	34,9
109 Espagne	23,2	32,1	48,0	36,9	12,6	22,6	3,8	2,1	4,4	0,8	8,0	5,6	24,0
110 Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
111 Singapour	32,5	25,6	0,0	0,0	15,8	16,0	6,9	2,0	13,9	13,8	30,9	42,6	26,3
112 Royaume-Uni	37,7	39,0	15,6	16,3	27,8	29,0	0,1	0,1	5,7	6,9	13,1	8,8	35,2
113 Australie	60,8	64,8	0,0	0,0	23,3	20,6	5,4	3,3	0,3	1,5	10,1	9,9	22,1
114 Italie	30,0	35,1	34,7	28,7	24,7	30,7	0,1	0,0	2,5	2,4	8,1	3,1	31,2
115 Pays-Bas	29,6	31,7	36,3	35,9	20,8	21,1	0,0	0,0	2,7	2,8	10,6	8,6	49,1
116 Belgique	38,5	34,9	30,6	35,3	24,2	23,4	0,0	0,0	2,5	3,2	4,3	3,2	44,0
117 Autriche	21,1	19,6	35,0	36,4	25,6	24,7	1,6	1,5	9,1	8,7	7,7	8,9	34,9
118 France	17,7	18,2	41,2	43,8	30,9	27,2	0,1	0,0	2,7	3,8	7,4	7,0	39,4
119 Canada	52,6	52,4	10,4	13,5	16,6	18,8	7,0	3,5	-0,2	0,1	13,6	11,6	19,2
120 États-Unis	56,6	50,7	28,2	35,1	4,4	3,7	1,4	1,5	1,2	1,0	8,2	8,0	19,9
121 Allemagne ^c	18,7	16,0	54,2	51,0	23,1	27,5	0,0	0,0	0,1	-0,4	3,9	6,0	28,7
122 Danemark	35,9	37,5	2,3	3,8	46,9	40,8	0,1	0,1	3,3	3,3	11,6	14,6	36,4
123 Finlande	26,7	28,4	11,5	11,6	49,1	45,5	2,0	0,9	3,0	3,4	7,7	10,1	27,5
124 Norvège	27,4	16,6	22,3	24,2	39,6	34,4	0,6	0,5	1,1	1,3	8,9	23,0	42,4
125 Suède	18,2	12,3	33,2	32,4	29,1	30,4	1,2	0,5	4,3	9,4	14,1	15,1	35,4
126 Japon ^b	70,8	69,2	0,0	0,0	20,8	16,9	2,4	1,3	0,8	7,4	5,2	5,2	11,6
127 Suisse	14,0	..	48,0	..	19,3	..	9,5	..	2,0	..	7,3	..	18,9
Toutes économies													
Exportateurs de pétrole													

a. Voir les notes techniques. b. Les données portent seulement sur les comptes budgétaires. c. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 13. Monnaie et taux d'intérêt

	Disponibilités monétaires, au sens large					Inflation annuelle moyenne (déflateur PIB) 1980-91	Taux d'intérêt nominaux des banques (pourcentage annuel moyen)			
	Taux annuel moyen de croissance nominale (%)		Encours moyen en pourcentage du PIB				Intérêts créditeurs		Intérêts débiteurs	
	1970-80	1980-91	1970	1980	1991		1980	1991	1980	1991
Economies à faible revenu										
Chine et Inde										
Autres économies faible revenu										
1	Mozambique	..	..	..	..	37,6	..	..	..	..
2	Tanzanie	22,6	..	22,9	37,2	25,7	4,0	17,0	11,5	31,0
3	Ethiopie	14,4	12,5	14,0	25,3	56,9	2,4	..	1,0	..
4	Ouganda	28,1	..	16,3	12,7	..	..	6,8	31,2	10,8
5	Bhoutan	..	32,3	..	..	22,0	8,3	..	6,5	..
6	Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	56,3	..	..	..
7	Népal	19,9	19,9	10,6	21,9	36,1	9,1	4,0	8,5	14,0
8	Burundi	20,1	9,9	9,1	13,5	..	4,3	2,5	..	12,0
9	Tchad	15,2	9,0	9,4	20,0	19,4	1,1	5,5	7,5	11,0
10	Madagascar	13,8	16,0	17,3	22,3	19,0	16,8	5,6	..	9,5
11	Sierra Leone	19,9	57,7	12,6	20,6	15,3	59,0	9,2	40,5	11,0
12	Bangladesh	..	21,0	..	16,7	30,0	9,3	8,3	12,1	11,3
13	RDP lao	..	..	..	..	..	..	7,2	14,0	4,8
14	Malawi	14,7	..	21,6	20,5	..	14,9	7,9	12,5	16,7
15	Rwanda	21,5	8,5	10,7	13,6	16,6	4,1	6,2	8,8	13,5
16	Mali	18,5	8,7	13,8	17,9	20,8	4,3	6,2	7,0	9,4
17	Burkina Faso	21,5	10,9	9,3	15,9	20,2	4,0	6,2	7,0	9,4
18	Niger	23,9	5,2	5,2	13,3	19,8	2,5	6,2	7,0	9,4
19	Inde	17,3	16,8	23,9	36,2	44,1	8,2	..	..	16,5
20	Kenya	19,8	15,1	31,2	36,8	40,7	9,3	5,8	13,7	10,6
21	Nigéria	33,7	15,7	9,2	23,8	20,2	18,2	5,3	14,9	8,4
22	Chine	..	25,4	..	33,6	84,6	5,8	5,4	..	5,0
23	Haïti	24,5	8,6	12,0	26,1	..	7,1	10,0	..	..
24	Bénin	19,0	5,4	10,1	17,1	26,5	1,6	6,2	7,0	..
25	Rép. centrafricaine	16,0	4,4	16,0	18,9	17,1	5,2	5,5	7,5	10,5
26	Ghana	36,4	42,9	18,0	16,2	12,5	40,2	11,5	21,3	19,0
27	Pakistan	17,1	13,3	41,2	38,7	35,9	7,0	..	..	..
28	Togo	22,2	5,9	17,2	29,0	35,2	4,4	6,2	7,0	..
29	Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30	Nicaragua	18,2	..	0,0	0,0	..	583,4	7,5	..	..
31	Sri Lanka	23,1	15,2	22,0	35,3	33,1	11,2	14,5	18,5	19,0
32	Mauritanie	21,5	11,6	9,5	21,3	26,5	8,6	5,5	5,0	12,0
33	Yémen, Rép. du	..	18,7	..	..	..	..	9,3	..	..
34	Honduras	16,0	13,1	19,5	22,6	29,0	6,8	7,0	11,5	18,5
35	Lesotho	..	17,1	..	..	34,6	13,8	..	13,0	11,0
36	Indonésie	35,4	26,2	8,0	13,2	40,5	8,5	6,0	23,3	..
37	Egypte, Rép. arabe d'	26,0	21,8	33,5	52,2	91,7	12,6	8,3	12,0	13,3
38	Zimbabwe	..	..	..	..	45,1	13,5	3,5	8,8	17,5
39	Soudan	28,3	28,0	17,5	32,5	..	..	6,0	..	..
40	Zambie	10,7	..	29,9	32,6	..	..	7,0	..	9,5
Economies à revenu intermédiaire										
Tranche inférieure										
41	Bolivie	29,4	444,2	14,8	16,2	318,4	263,8	18,0	23,8	28,0
42	Côte d'Ivoire	22,6	3,7	24,7	25,8	31,5	3,9	6,2	7,0	9,4
43	Sénégal	19,6	5,9	14,0	26,6	22,2	5,9	6,2	7,0	9,4
44	Philippines	19,2	16,8	29,9	26,4	32,2	14,6	12,3	18,8	14,0
45	Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	8,1	..	32,9	33,1	5,2	6,9	9,1	11,2
46	Cameroun	22,5	7,0	13,5	18,3	24,4	4,5	7,5	8,0	13,0
47	Guatemala	18,6	17,2	17,1	20,5	19,3	15,9	9,0	24,4	11,0
48	Rép. dominicaine	18,1	28,0	17,9	21,8	20,1	24,5	..	..	..
49	Equateur	24,2	35,5	20,0	20,2	13,4	38,1	..	41,5	9,0
50	Maroc	18,7	14,5	31,1	42,4	58,3	7,1	4,9	8,5	7,0
51	Jordanie	24,3	13,0	..	..	134,8	1,6	..	..	..
52	Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53	Pérou	33,6	224,0	17,8	16,4	..	287,4	..	172,9	..
54	El Salvador	17,3	17,2	22,5	28,1	27,8	17,4	..	16,1	..
55	Congo	15,7	6,7	16,5	14,7	20,0	0,6	6,5	7,8	11,0
56	Rép. arabe syrienne	26,5	19,2	34,8	40,9	..	14,4	5,0	..	..
57	Colombie	32,7	..	20,5	23,7	26,1	25,0	..	37,2	19,0
58	Paraguay	25,9	..	16,9	19,8	..	25,1	..	..	..
59	Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60	Jamaïque	15,7	24,4	31,4	35,4	40,3	19,6	10,3	27,4	13,0
61	Roumanie	..	10,3	..	33,4	36,6	6,2	..	..	..
62	Namibie	..	..	..	..	..	12,5	..	..	..
63	Tunisie	20,3	15,5	33,0	42,1	..	7,3	2,5	7,4	7,3
64	Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65	Thaïlande	17,9	18,9	23,6	37,3	71,5	3,7	12,0	12,3	18,0
66	Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67	Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68	Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Disponibilités monétaires, au sens large					Inflation annuelle moyenne (déflateur PIB) 1980-91	Taux d'intérêt nominaux des banques (pourcentage annuel moyen)			
		Taux annuel moyen de croissance nominale (%)		Encours moyen en pourcentage du PIB				Intérêts créditeurs		Intérêts débiteurs	
		1970-80	1980-91	1970	1980	1991		1980	1991	1980	1991
69	Turquie	32,9	52,7	27,9	17,2	21,6	44,7	8,0	62,9	25,7	..
70	Pologne	..	58,6	..	58,4	29,4	63,1	3,0	27,8	8,0	101,4
71	Bulgarie	..	..	..	..	..	7,9	..	1,6	..	5,1
72	Costa Rica	30,6	25,7	18,9	38,8	38,3	22,9	..	27,3	..	38,9
73	Algérie	24,1	14,3	53,6	58,5	..	10,2	..	..	..	..
74	Panama	..	..	..	36,9	..	2,4	..	..	..	..
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	194,2	29,8	12,5	21,0	38,5	20,5	37,5	22,3	47,1	28,6
77	Iran, Rép. islamique d'	33,2	16,7	26,1	54,5	..	14,1	..	..	..	..
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	24,3	22,0	37,5	41,1	65,4	8,1	..	12,3	..	17,8
81	Tchécoslovaquie	..	6,6	..	..	63,8	3,5	2,7	8,1	..	..
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	25,2	12,6	34,4	69,8	..	1,7	6,2	7,2	7,8	8,1
Tranche supérieure											
84	Botswana	..	25,8	..	28,2	27,0	13,3	5,0	11,4	8,5	11,8
85	Afrique du Sud	15,6	16,6	59,9	50,9	56,2	14,4	5,5	17,3	9,5	20,3
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	..	..	..	..	..	10,3	3,0	23,0	9,0	28,0
88	Venezuela	26,4	20,2	24,1	43,0	37,3	21,2	..	31,1	..	29,8
89	Argentine	140,8	368,5	27,5	22,2	7,6	416,8	79,4	60,3	..	112,9
90	Uruguay	78,4	69,1	24,5	32,1	43,8	64,4	50,3	75,2	66,6	152,9
91	Brésil	9,7	..	..	18,4	..	327,7	115,0	913,2	..	..
92	Mexique	-47,0	62,0	26,1	26,2	24,1	66,5	20,6	17,1	28,1	..
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	27,9	5,9	28,2	32,0	53,6	6,4	..	5,8	10,0	13,2
97	Gabon	31,3	5,2	14,5	15,2	21,7	1,3	7,5	8,8	12,5	16,0
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	20,2	18,6	87,6	80,8	74,7	17,4	19,0	14,6	18,8	22,9
100	Oman	29,4	11,0	..	13,8	30,6	-3,0	..	7,1	..	9,5
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	3,4	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	30,4	21,3	32,1	31,7	52,3	5,7	19,5	10,0	18,0	10,0
103	Grèce	23,9	22,3	42,9	61,6	79,3	17,7	14,5	20,7	21,3	29,5
104	Arabie saoudite	43,7	7,8	17,6	18,6	..	-3,1	..	..	..	..
105	Yougoslavie	28,4	119,0	54,8	59,1	..	122,9	5,9	..	11,5	..
Eco. revenu faible/interméd.											
Afrique subsaharienne											
Asie de l'Est et l'Asie du Sud											
Asie du Sud											
Europe et Asie centrale											
Moyen-Orient et Afrique du Nord											
Amérique latine et Caraïbes											
Gravement endettés											
Economies à revenu élevé											
Membres de l'OCDE											
106	Irlande	19,1	6,7	64,0	58,1	46,8	5,8	12,0	5,2	16,0	10,6
107	Israël	54,5	99,2	15,0	14,7	56,6	89,0	..	13,9	176,9	26,6
108	Nouvelle-Zélande	15,1	..	51,4	50,9	..	10,3	..	9,0	12,6	12,1
109	Espagne	20,1	10,8	68,8	74,4	68,8	8,9	13,1	10,5	16,9	14,4
110	Hong Kong	..	..	..	69,5	..	7,5	..	..	..	..
111	Singapour	17,1	13,5	66,2	74,4	126,1	1,9	9,4	4,6	11,7	7,6
112	Royaume-Uni	15,2	..	49,2	46,0	..	5,8	14,1	5,3	16,2	11,5
113	Australie	20,4	12,2	43,6	57,9	74,5	7,0	8,6	10,4	10,6	16,4
114	Italie	20,1	12,0	79,3	81,9	78,9	9,5	12,7	6,6	19,0	13,9
115	Pays-Bas	14,6	..	53,9	77,2	..	1,8	6,0	3,2	13,5	12,4
116	Belgique	10,8	7,0	56,7	57,0	..	4,2	7,7	6,3	..	12,9
117	Autriche	13,7	7,4	54,0	72,6	87,3	3,6	5,0	3,8	..	..
118	France	15,6	9,9	57,8	69,7	..	5,7	6,3	6,7	18,7	16,0
119	Canada	17,5	8,4	48,4	65,0	75,7	4,3	12,9	8,6	14,3	9,9
120	Etats-Unis	10,0	8,0	60,4	58,3	67,0	4,2	..	..	15,3	8,5
121	Allemagne ^a	9,4	6,4	52,8	60,7	68,2	2,8	8,0	7,6	12,0	12,5
122	Danemark	12,4	11,1	44,8	42,6	59,6	5,2	10,8	7,2	17,2	11,4
123	Finlande	15,4	12,9	39,8	39,5	56,2	6,6	..	7,5	9,8	11,8
124	Norvège	12,8	10,6	54,6	51,6	63,9	5,2	5,0	9,6	12,6	14,2
125	Suède	11,4	9,2	48,1	46,5	45,5	7,4	11,3	8,0	15,1	16,1
126	Japon	16,0	8,9	94,7	134,0	183,1	1,5	5,5	3,3	8,4	7,5
127	Suisse	5,4	6,8	109,8	107,4	112,0	3,8	..	7,6	..	7,8
Toutes économies											
Exportateurs de pétrole											

a. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 14. Croissance du commerce de marchandises

	Commerce de marchandises (millions de dollars)		Croissance annuelle moyenne ^a (%)				Termes de l'échange (1987=100)	
	Exportations	Importations	Exportations		Importations		1985	1991
	1991	1991	1970-80	1980-91	1970-80	1980-91		
Economies à faible revenu	161.496 t	167.270 t	3,5 w	6,6 w	6,0 w	2,7 w	106 m	94 m
Chine et Inde	90.539 t	84.209 t	6,9 w	10,4 w	7,3 w	7,8 w	103 m	106 m
Autres économies faible revenu	70.957 t	83.062 t	2,0 w	3,3 w	5,4 w	-1,3 w	106 m	93 m
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	394	1.381	-7,5	-1,9	-0,6	2,8	101	84
3 Ethiopie	276	1.031	-2,3	1,9	-0,6	3,3	117	60
4 Ouganda	200	550	-8,4	2,3	-1,5	3,6	143	48
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	28	78	15,9	-2,5	-5,2	3,6	91	138
7 Népal	238	740	10,9	8,1	8,8	4,9	98	85
8 Burundi	91	254	0,2	8,6	5,0	-0,1	133	43
9 Tchad	194	408	..	..	..	..	..	..
10 Madagascar	344	523	-3,0	0,3	-0,8	0,5	98	85
11 Sierra Leone	145	163	-5,7	-3,0	-2,0	-7,2	106	116
12 Bangladesh	1.718	3.470	3,8	7,2	-2,4	4,3	122	105
13 RDP lao	97	228	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	470	719	5,4	5,6	1,0	2,2	104	87
15 Rwanda	..	..	..	..	..	..	..	..
16 Mali	354	638	8,3	6,7	5,2	3,5	95	99
17 Burkina Faso	116	602	7,3	6,5	6,4	3,3	108	89
18 Niger	385	431	21,0	1,8	10,9	-3,0	126	82
19 Inde	17.664	20.418	4,3	7,4	3,0	4,2	96	100
20 Kenya	1.203	2.034	2,9	2,9	1,9	1,0	114	87
21 Nigéria	12.071	6.525	0,4	1,2	19,4	-14,3	167	82
22 Chine *	72.875	63.791	8,7	11,5	11,3	9,5	109	111
23 Haïti	103	374	5,6	-4,5	6,3	-2,1	89	77
24 Bénin	103	398	-11,6	11,3	4,0	-0,2	103	85
25 Rép. centrafricaine	133	196	-0,6	1,3	-2,9	6,1	107	111
26 Ghana	992	1.418	-6,3	5,2	-2,2	1,8	106	62
27 Pakistan	6.528	8.439	0,7	9,9	4,2	2,6	90	80
28 Togo	292	548	4,9	6,5	11,2	2,5	118	80
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	268	751	0,8	-4,2	0,1	-1,2	108	107
31 Sri Lanka	2.629	3.861	2,0	6,3	4,5	2,1	103	87
32 Mauritanie	438	470	-2,0	5,6	1,4	3,1	113	109
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	679	880	3,8	-0,7	2,1	-1,2	111	113
35 Lesotho ^b	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	28.997	25.869	7,2	4,5	13,0	2,6	134	101
37 Egypte, Rép. arabe d'	3.887	7.862	-2,6	2,8	7,8	-2,3	131	93
38 Zimbabwe	1.779	2.110	2,3	0,4	-3,5	-1,0	100	101
39 Soudan	329	1.433	-3,5	-1,2	-0,6	-4,0	106	94
40 Zambie	1.082	1.255	-0,2	-3,2	-9,2	-1,8	90	116
Economies à revenu intermédiaire	524.948 t	552.257 t	4,1 w	3,4 w	6,1 w	1,1 w	109 m	103 m
Tranche inférieure	214.977 t	243.207 t	6,7 w	5,3 w	5,9 w	1,8 w	108 m	103 m
41 Bolivie	760	992	-0,8	4,5	7,3	0,2	167	73
42 Côte d'Ivoire	3.011	1.671	4,8	4,5	9,1	-2,3	110	67
43 Sénégal	977	1.407	1,8	5,6	3,7	3,4	106	93
44 Philippines	8.754	12.145	6,0	3,3	3,3	3,0	93	91
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	1.361	1.614	10,6	6,8	1,8	1,6	111	80
46 Cameroun	2.022	1.448	4,2	11,5	5,4	-1,5	139	81
47 Guatemala	1.202	1.850	5,7	-0,7	5,8	-0,8	108	103
48 Rép. dominicaine	658	1.729	-2,7	-1,5	2,0	1,4	109	112
49 Equateur	2.957	2.328	12,5	4,8	6,7	-2,1	153	90
50 Maroc	4.278	6.872	3,9	5,9	6,6	3,8	88	98
51 Jordanie	879	2.507	19,3	6,9	15,3	-0,8	95	116
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	3.307	2.813	3,3	1,1	-1,7	-4,7	111	67
54 El Salvador	367	885	1,3	-2,7	4,6	-3,7	126	103
55 Congo	1.455	524	16,8	6,6	5,3	-1,9	145	84
56 Rép. arabe syrienne	5.594	3.002	7,0	20,6	12,4	3,9	125	182
57 Colombie	7.269	4.967	1,9	12,0	6,0	-1,7	140	84
58 Paraguay	737	1.460	8,3	12,2	5,3	5,8	108	117
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	1.081	1.843	-1,7	0,8	-6,8	2,0	95	91
61 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Namibie ^b	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	3.709	5.180	7,5	5,6	12,5	1,5	105	95
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	28.324	37.408	10,3	14,4	5,0	11,1	91	91
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..
* Données pour Taiwan, Chine :	76.090	61.723	15,6	11,0	12,2	10,1	100	106

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Commerce de marchandises (millions de dollars)		Croissance annuelle moyenne ^a (%)				Termes de l'échange (1987=100)	
		Exportations 1991	Importations 1991	Exportations 1970-80 1980-91		Importations 1970-80 1980-91		1985	1991
69	Turquie	13.594	21.038	4,3	7,2	5,7	7,4	82	108
70	Pologne	14.903	15.757	5,4	3,3	5,8	2,0	94	104
71	Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..
72	Costa Rica	1.490	1.864	5,2	4,6	4,2	3,4	111	109
73	Algérie	11.790	7.683	-0,5	2,4	12,1	-5,6	174	95
74	Panama	333	1.681	-7,3	0,0	-5,1	-3,4	130	112
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	8.552	7.453	10,4	5,2	2,2	1,9	102	122
77	Iran, Rép. islam que d'	15.916	21.688	-6,8	14,7	10,3	7,9	160	88
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	1.193	1.575	3,8	9,9	8,2	10,8	83	104
81	Tchécoslovaquie	16.317	7.947	6,4	0,1	5,7	-6,0	98	137
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	34.300	35.183	4,8	10,9	3,7	7,2	117	93
Tranche supérieure		309.972 t	309.050 t	2,3 w	2,3 w	6,2 w	0,6 w	117 m	105 m
84	Botswana ^b	..	..	..	..	..	..	..	..
85	Afrique du Sud ^c	24.164	17.503	13,4	0,9	-2,0	-4,4	105	86
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	10.180	11.370	3,8	2,2	2,0	1,0	104	102
88	Venezuela	15.127	10.181	-11,6	0,1	10,9	-6,6	174	101
89	Argentine	11.975	8.100	7,1	2,1	2,3	-5,5	110	113
90	Uruguay	1.574	1.552	6,5	3,1	3,1	0,2	89	105
91	Bésil	31.610	22.959	8,5	4,3	4,0	0,8	92	119
92	Mexique	27.120	38.184	13,5	3,5	5,5	2,2	133	100
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	1.985	1.667	-7,3	-2,6	-9,6	-10,8	156	97
97	Gabon	3.183	806	5,7	5,1	11,6	-3,0	140	79
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	16.326	26.329	1,2	11,1	1,0	10,0	85	112
100	Oman	..	..	..	..	..	..	..	..
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	71.672	81.251	23,5	12,2	11,6	11,1	103	108
103	Grèce	8.647	21.552	10,9	3,9	3,2	5,4	94	107
104	Arabie saoudite	54.736	25.540	5,7	-4,2	35,9	-9,0	176	79
105	Yougoslavie	13.953	14.737	5,3	-1,2	3,4	-1,2	95	107
Eco. revenu faible/ interméd.		686.445 t	719.528 t	3,9 w	4,1 w	6,0 w	1,5 w	107 m	100 m
Afrique subsaharienne		38.085 t	35.207 t	0,2 w	2,7 w	5,2 w	-4,0 w	107 m	87 m
Asie de l'Est et Pacifique		251.448 t	265.796 t	9,5 w	10,2 w	7,6 w	8,4 w	96 m	108 m
Asie du Sud		29.012 t	37.928 t	3,6 w	7,4 w	2,5 w	3,6 w	97 m	86 m
Europe et Asie centrale		95.153 t	120.861 t	..	..	..	..	94 m	108 m
Moyen-Orient et Afrique du Nord		126.136 t	119.025 t	3,9 w	-0,5 w	15,6 w	-3,2 w	129 m	95 m
Amérique latine et Caraïbes		122.446 t	123.207 t	-0,1 w	2,9 w	3,6 w	-1,1 w	111 m	105 m
Gravement endettés		138.113 t	140.829 t	9,7 w	2,8 w	5,9 w	-0,6 w	111 m	98 m
Economies à revenu élevé		2.650.106 t	2.788.686 t	5,3 w	4,1 w	2,3 w	5,1 w	97 m	101 m
Membres de l'OCDE		2.441.157 t	2.520.853 t	5,6 w	4,1 w	2,0 w	5,1 w	94 m	101 m
106	Irlande	24.240	20.754	11,7	7,1	4,7	3,7	97	92
107	Israël	11.891	16.753	10,0	6,7	3,5	5,1	105	104
108	Nouvelle-Zélande	9.269	8.494	3,4	3,6	-0,3	3,2	88	94
109	Espagne	60.134	93.062	9,1	7,5	1,9	9,4	91	108
110	Hong Kong	29.738	100.255	9,7	4,4	7,8	11,3	97	101
111	Singapour	58.871	65.982	4,2	8,9	5,0	7,2	99	101
112	Royaume-Uni	185.095	209.982	4,4	2,6	0,3	4,4	103	104
113	Australie	37.724	39.460	3,8	4,6	1,8	5,0	111	107
114	Italie	169.365	178.240	6,0	3,4	0,7	4,2	84	101
115	Pays-Bas	133.527	125.838	3,3	4,4	1,1	3,5	101	100
116	Belgique ^e	118.222	121.038	5,6	4,6	2,9	3,3	94	95
117	Autriche	41.082	50.697	6,2	6,2	4,0	5,3	87	89
118	France	212.868	230.257	6,6	3,5	2,4	3,3	96	102
119	Canada	124.797	117.633	2,0	5,7	0,4	7,8	110	105
120	Etats-Unis	397.705	506.242	6,5	4,0	4,3	7,0	100	102
121	Allemagne ^d	401.848	387.882	5,0	4,1	2,8	4,5	82	95
122	Danemark	35.687	32.158	4,3	5,0	-0,4	4,0	93	104
123	Finlande	23.081	21.708	5,3	2,6	0,1	4,0	85	99
124	Norvège	34.037	25.523	7,9	7,4	0,7	2,2	130	90
125	Suède	55.042	49.760	2,5	3,8	-0,2	3,1	94	103
126	Japon	314.395	234.103	9,0	3,9	0,4	5,6	71	99
127	Suisse	61.468	66.285	4,9	3,3	2,6	3,4	86	96
Toutes économies		3.336.550 t	3.508.214 t	5,0 w	4,1 w	3,1 w	4,3 w	106 m	100 m
Exportateurs de pétrole		171.293 t	123.270 t	1,4 w	-0,1 w	14,9 w	-5,5 w	167 m	85 m

a. Voir les notes techniques. b. Les chiffres concernent les pays de l'Union douanière d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Botswana et Swaziland); il n'y est pas tenu compte des échanges entre les pays de l'Union. c. Y compris le Luxembourg. d. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 15. Structure des importations de marchandises

	Pourcentage des importations de marchandises									
	Produits alimentaires		Combustibles		Autres produits primaires		Machines et matériel de transport		Autres biens manufacturés	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
Economies à faible revenu	15 w	10 w	6 w	9 w	8 w	8 w	31 w	34 w	40 w	38 w
Chine et Inde	14 w	6 w	4 w	8 w	14 w	10 w	32 w	35 w	36 w	41 w
Autres économies faible revenu	16 w	14 w	7 w	11 w	5 w	7 w	30 w	32 w	42 w	36 w
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	7	11	9	19	2	4	40	33	42	33
3 Ethiopie	9	14	8	10	4	3	35	45	45	28
4 Ouganda	6	8	2	30	3	2	34	27	55	34
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	28	32	7	7	4	3	16	15	45	43
7 Népal	5	9	11	12	0	14	25	24	60	41
8 Burundi	18	17	7	7	8	7	23	28	45	40
9 Tchad	19	17	15	15	4	3	23	27	38	38
10 Madagascar	12	13	7	24	3	3	30	32	48	28
11 Sierra Leone	23	24	7	28	4	3	22	19	44	26
12 Bangladesh	23	26	13	13	11	6	22	17	32	38
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	15	7	5	16	6	4	30	26	44	47
15 Rwanda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
16 Mali	29	18	9	28	6	2	21	25	36	28
17 Burkina Faso	19	23	8	16	8	5	27	24	37	31
18 Niger	13	15	4	20	6	6	26	28	51	31
19 Inde	21	5	8	23	19	12	23	18	29	42
20 Kenya	6	6	10	15	4	4	34	38	46	37
21 Nigéria	8	18	3	1	3	5	37	36	48	41
22 Chine*	7	6	1	3	10	9	39	41	43	41
23 Haïti	19	24	6	12	4	5	21	20	51	39
24 Bénin	12	16	4	7	8	11	21	21	55	45
25 Rép. centrafricaine	17	17	1	7	2	5	36	33	44	38
26 Ghana	20	9	6	31	4	3	26	26	44	31
27 Pakistan	21	17	6	18	7	8	31	28	35	29
28 Togo	16	20	4	7	11	6	22	24	47	43
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	10	16	6	13	3	2	28	33	54	36
31 Sri Lanka	47	17	3	11	4	4	18	19	29	49
32 Mauritanie	23	23	8	7	2	1	38	40	29	29
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	11	13	7	16	2	3	29	25	51	44
35 Lesotho ^a	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	11	5	2	9	4	9	35	45	47	32
37 Egypte, Rép. arabe d'	21	29	9	3	14	10	27	24	29	34
38 Zimbabwe	5	5	24	24	6	6	29	29	37	37
39 Soudan	20	22	8	16	4	3	27	25	41	34
40 Zambie	11	8	10	18	2	2	39	35	38	37
Economies à revenu intermédiaire	12 w	10 w	9 w	11 w	10 w	8 w	35 w	36 w	34 w	36 w
Tranche inférieure	14 w	10 w	9 w	10 w	9 w	7 w	33 w	38 w	34 w	35 w
41 Bolivie	20	14	1	1	3	3	37	43	40	39
42 Côte d'Ivoire	15	18	5	21	3	3	33	23	44	34
43 Sénégal	28	26	5	20	5	5	25	21	38	29
44 Philippines	11	7	12	15	9	7	35	26	33	46
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	23	17	10	9	2	2	30	38	36	34
46 Cameroun	12	14	5	1	2	3	32	35	49	47
47 Guatemala	11	12	2	17	3	3	27	26	57	42
48 Rép. dominicaine	17	17	14	26	5	4	27	21	38	32
49 Equateur	7	8	6	1	3	5	35	41	49	46
50 Maroc	20	11	5	15	11	14	32	28	32	33
51 Jordanie	30	26	6	14	5	4	17	18	42	37
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	20	20	2	11	5	3	35	35	38	31
54 El Salvador	13	16	2	13	5	6	23	24	56	41
55 Congo	19	18	2	3	2	2	33	35	44	41
56 Rép. arabe syrienne	15	17	10	18	7	7	33	26	36	32
57 Colombie	7	7	1	6	9	8	46	33	37	47
58 Paraguay	13	8	15	12	7	5	32	36	33	39
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	22	20	15	21	5	4	21	18	37	38
61 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Namibie ^a	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	27	15	5	9	9	11	26	24	32	41
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	4	5	9	9	8	8	36	39	43	38
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
* Données pour Taiwan, Chine :	15	6	5	10	18	12	35	36	28	36

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage des importations de marchandises

	Produits alimentaires		Combustibles		Autres produits primaires		Machines et matériel de transport		Autres biens manufacturés	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
69 Turquie	8	7	8	21	8	12	41	29	36	31
70 Pologne	14	7	18	22	11	8	27	34	24	28
71 Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72 Costa Rica	11	9	4	17	3	4	29	20	53	50
73 Algérie	13	26	2	3	6	6	37	32	42	34
74 Panama	10	10	19	15	2	2	27	26	42	47
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	14	6	6	15	7	4	43	38	30	38
77 Iran, Rép. islamique d'	7	13	0	0	8	5	41	44	45	38
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	36	27	7	18	3	5	13	12	41	37
81 Tchécoslovaquie	12	8	11	9	19	14	36	39	23	29
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	20	6	12	4	9	5	28	55	31	30
Tranche supérieure	11 w	10 w	9 w	11 w	11 w	8 w	37 w	34 w	33 w	36 w
84 Botswana ^a	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
85 Afrique du Sud	4	3	0	0	6	4	53	43	36	50
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	10	5	9	15	19	8	31	30	31	42
88 Venezuela	10	12	1	2	5	9	45	44	38	33
89 Argentine	6	4	5	9	16	11	31	33	42	44
90 Uruguay	11	7	15	16	14	6	31	30	29	41
91 Brésil	11	10	12	26	8	8	35	27	34	29
92 Mexique	7	14	3	3	9	8	50	41	31	33
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	11	15	53	15	2	6	13	26	22	38
97 Gabon	14	17	1	1	1	2	39	40	44	39
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	13	13	9	9	14	5	30	36	34	37
100 Oman	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	17	6	7	16	21	13	30	34	25	31
103 Grèce	11	13	7	10	10	6	48	33	25	38
104 Arabie saoudite	26	15	1	0	5	4	33	35	35	47
105 Yougoslavie	8	10	5	18	18	10	33	26	37	36
Eco. revenu faible/interméd.	13 w	10 w	8 w	10 w	10 w	8 w	34 w	35 w	35 w	36 w
Afrique subsaharienne	14 w	16 w	7 w	12 w	4 w	4 w	32 w	31 w	44 w	37 w
Asie de l'Est et Pacifique	13 w	6 w	7 w	9 w	10 w	10 w	33 w	39 w	37 w	36 w
Asie du Sud	24 w	11 w	7 w	19 w	13 w	10 w	24 w	20 w	31 w	40 w
Europe et Asie centrale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	18 w	17 w	3 w	4 w	8 w	6 w	32 w	35 w	39 w	38 w
Amérique latine et Caraïbes	11 w	12 w	11 w	13 w	7 w	7 w	35 w	34 w	36 w	35 w
Gravement endettés	13 w	13 w	9 w	11 w	9 w	7 w	34 w	35 w	34 w	34 w
Economies à revenu élevé	15 w	9 w	10 w	10 w	16 w	7 w	25 w	34 w	33 w	40 w
Membres de l'OCDE	15 w	9 w	10 w	10 w	17 w	7 w	25 w	34 w	33 w	39 w
106 Irlande	13	11	8	6	9	4	27	35	43	44
107 Israël	14	7	5	8	9	5	30	32	42	49
108 Nouvelle-Zélande	6	8	7	8	11	4	34	37	43	44
109 Espagne	14	11	13	11	18	7	26	37	28	34
110 Hong Kong	19	6	3	2	10	5	16	27	52	60
111 Singapour	15	6	13	14	13	4	23	44	35	32
112 Royaume-Uni	23	10	10	6	21	6	17	36	29	41
113 Australie	5	5	5	6	7	3	41	42	42	45
114 Italie	19	13	14	10	21	10	20	32	26	36
115 Pays-Bas	14	13	11	9	11	5	25	31	39	42
116 Belgique ^b	13	10	9	8	19	7	26	26	33	48
117 Autriche	9	5	8	6	13	7	31	39	39	44
118 France	14	10	12	10	15	6	25	34	33	40
119 Canada	9	6	6	5	6	4	49	51	31	34
120 Etats-Unis	16	6	8	11	13	5	28	41	36	37
121 Allemagne ^c	18	10	9	8	18	7	19	35	36	41
122 Danemark	10	12	10	5	9	5	28	31	42	46
123 Finlande	9	6	11	13	9	7	33	34	37	39
124 Norvège	8	6	8	4	13	7	35	38	36	44
125 Suède	10	7	11	9	11	5	30	37	39	42
126 Japon	17	15	21	23	37	15	11	16	14	30
127 Suisse	12	6	5	5	10	5	27	32	46	52
Toutes économies	15 w	9 w	10 w	10 w	15 w	7 w	27 w	35 w	34 w	39 w
Exportateurs de pétrole	13 w	15 w	5 w	2 w	5 w	5 w	36 w	40 w	41 w	39 w

a. Les chiffres concernent les pays de l'Union douanière d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Botswana et Swaziland); il n'y est pas tenu compte des échanges entre les pays de l'Union. b. Y compris le Luxembourg. c. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 16. Structure des exportations de marchandises

	Pourcentage des exportations de marchandises									
	Combustibles, minéraux et métaux		Autres produits primaires		Machines et matériel de transport		Autres biens manufacturés		Textiles et habillement ^a	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
Economies à faible revenu	28 w	23 w	44 w	20 w	3 w	10 w	24 w	46 w	13 w	23 w
Chine et Inde	12 w	9 w	27 w	16 w	10 w	17 w	51 w	58 w	27 w	28 w
Autres économies faible revenu	36 w	42 w	52 w	26 w	0 w	2 w	12 w	31 w	7 w	17 w
1 Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2 Tanzanie	7	5	80	84	0	1	13	10	2	3
3 Ethiopie	2	3	97	94	0	0	2	3	0	1
4 Ouganda	9	4	90	95	0	0	0	0	0	0
5 Bhoutan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	0	0	98	97	1	..	1	0	0	..
7 Népal	0	0	65	11	0	..	35	88	25	76
8 Burundi	1	1	97	97	0	0	2	2	0	0
9 Tchad	0	3	95	93	1	1	4	3	0	1
10 Madagascar	9	8	84	85	2	2	5	6	1	3
11 Sierra Leone	15	34	22	33	..	..	63	32	0	..
12 Bangladesh	1	1	35	29	1	0	64	70	49	62
13 RDP lao	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14 Malawi	0	0	96	96	0	0	3	4	1	3
15 Rwanda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
16 Mali	1	0	89	93	0	0	10	7	8	6
17 Burkina Faso	0	0	95	88	1	4	3	8	0	2
18 Niger	0	86	96	12	1	0	2	1	0	1
19 Inde	13	8	35	19	5	7	47	66	25	25
20 Kenya	12	16	75	64	0	5	12	15	1	2
21 Nigéria	62	96	36	3	..	0	1	1	0	0
22 Chine *	11	9	19	15	15	19	55	57	29	28
23 Haïti	17	12	57	46	..	5	26	37	4	8
24 Bénin	0	3	89	67	3	3	8	28	6	1
25 Rép. centrafricaine	0	1	55	55	1	0	44	43	1	0
26 Ghana	13	15	86	84	0	0	1	1	0	0
27 Pakistan	2	1	41	26	0	0	57	72	47	60
28 Togo	25	49	69	42	2	1	4	9	1	2
29 Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
30 Nicaragua	3	2	81	86	0	0	16	12	3	1
31 Sri Lanka	1	1	98	34	0	2	1	62	0	43
32 Mauritanie	88	86	11	9	0	4	0	1	0	0
33 Yémen, Rép. du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	9	5	82	89	0	0	8	6	2	1
35 Lesotho ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	44	43	54	16	0	2	1	39	0	14
37 Egypte, Rép. arabe d'	5	40	68	20	1	1	26	40	19	27
38 Zimbabwe	18	17	47	51	2	4	33	28	4	6
39 Soudan	1	3	99	96	0	0	0	1	0	0
40 Zambie	99	98	1	1	0	0	0	1	0	0
Economies à revenu intermédiaire	40 w	34 w	..	..	..	..	..	..	..	..
Tranche inférieure	31 w	29 w	41 w	27 w	14 w	17 w	16 w	29 w	3 w	9 w
41 Bolivie	93	74	4	21	..	0	3	4	0	1
42 Côte d'Ivoire	2	11	92	79	1	2	5	9	1	2
43 Sénégal	12	22	69	56	4	3	15	20	6	2
44 Philippines	23	9	70	20	0	14	8	57	1	9
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	42	62	55	35	0	2	3	1	0	0
46 Cameroun	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
47 Guatemala	0	2	72	70	2	1	26	26	8	5
48 Rép. dominicaine	4	1	77	79	0	3	20	17	0	0
49 Equateur	1	43	97	55	0	0	2	2	1	0
50 Maroc	33	20	57	29	0	3	9	48	4	20
51 Jordanie	24	38	59	16	3	1	13	44	3	4
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	49	52	49	30	0	2	1	17	0	9
54 El Salvador	2	3	70	56	3	3	26	37	11	15
55 Congo	1	92	70	5	1	0	28	3	0	0
56 Rép. arabe syrienne	62	62	29	15	3	1	7	23	4	15
57 Colombie	11	29	81	38	1	3	7	31	2	11
58 Paraguay	0	0	91	89	..	0	9	11	0	1
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	25	17	22	27	0	1	53	56	2	14
61 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Namibie ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	46	21	35	11	0	7	19	61	2	33
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	15	2	77	32	0	22	8	45	1	17
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
* Données pour Taiwan, Chine :	2	2	22	6	17	38	59	55	29	16

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage des exportations de marchandises

	Combustibles, minéraux et métaux		Autres produits primaires		Machines et matériel de transport		Autres biens manufacturés		Textiles et habillement ^a	
	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991
69 Turquie	8	7	83	26	0	6	9	61	5	36
70 Pologne	20	20	9	16	36	26	25	38	6	5
71 Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72 Costa Rica	0	2	80	72	3	3	17	23	4	5
73 Algérie	73	97	20	0	2	1	5	2	1	0
74 Panama	21	2	75	77	2	1	2	21	0	7
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	88	50	7	35	1	1	4	14	0	1
77 Iran, Rép. islam que d'	90	90	6	7	0	0	4	4	3	3
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	0	0	98	70	0	0	2	30	1	24
81 Tchécoslovaquie	7	4	6	6	50	54	37	36	7	6
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	30	17	63	22	2	38	6	23	1	6
Tranche supérieure	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Botswana ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
85 Afrique du Sud ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	7	8	26	28	32	22	35	42	8	9
88 Venezuela	97	86	2	2	0	1	1	11	0	1
89 Argentine	1	8	85	64	4	7	10	21	1	2
90 Uruguay	1	1	79	59	1	2	20	38	14	16
91 Brésil	11	16	75	28	4	18	11	38	1	4
92 Mexique	19	41	49	14	11	24	22	20	3	2
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	78	65	9	6	1	1	12	28	10	..
97 Gabon	56	89	35	7	1	0	8	4	0	0
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	5	5	31	13	8	19	56	63	25	30
100 Oman	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	7	3	17	4	7	38	69	55	36	21
103 Grèce	14	15	51	33	1	4	33	48	7	26
104 Arabie saoudite	100	99	0	0	0	1	0	0	0	0
105 Yougoslavie	15	9	26	12	23	29	37	50	10	7
Eco. revenu faible/ interméd.	37 w	32 w	39 w	20 w	10 w	16 w	19 w	35 w	7 w	13 w
Afrique subsaharienne	41 w	58 w	51 w	34 w	0 w	1 w	7 w	7 w	1 w	2 w
Asie de l'Est et Pacifique	22 w	12 w	46 w	16 w	6 w	25 w	27 w	47 w	13 w	19 w
Asie du Sud	9 w	5 w	44 w	23 w	3 w	5 w	45 w	67 w	28 w	37 w
Europe et Asie centrale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	73 w	81 w	20 w	9 w	4 w	1 w	7 w	10 w	3 w	4 w
Amérique latine et Caraïbes	40 w	34 w	51 w	32 w	2 w	12 w	9 w	24 w	1 w	3 w
Gravement endettés	21 w	34 w	56 w	30 w	11 w	13 w	15 w	25 w	3 w	4 w
Economies à revenu élevé	11 w	8 w	16 w	11 w	35 w	42 w	38 w	39 w	6 w	5 w
Membres de l'OCDE	9 w	7 w	16 w	11 w	36 w	43 w	38 w	39 w	6 w	4 w
106 Irlande	8	2	52	24	7	30	34	44	10	4
107 Israël	4	2	26	10	5	24	66	64	12	7
108 Nouvelle-Zélande	1	8	88	65	2	5	9	22	1	2
109 Espagne	10	7	37	17	20	41	34	35	6	4
110 Hong Kong	1	2	3	3	12	24	84	72	44	40
111 Singapour	25	18	45	8	11	48	20	26	5	5
112 Royaume-Uni	8	10	9	8	41	41	42	41	6	4
113 Australie	28	35	53	28	6	7	13	29	1	1
114 Italie	7	3	10	8	37	38	46	52	13	12
115 Pays-Bas	14	12	29	25	20	22	37	41	8	4
116 Belgique ^c	13	8	11	12	21	27	55	54	10	7
117 Autriche	6	4	14	7	24	38	56	51	11	8
118 France	6	5	19	17	33	39	42	39	8	5
119 Canada	26	19	22	17	32	38	19	26	1	1
120 Etats-Unis	9	6	21	14	42	48	28	32	2	2
121 Allemagne ^d	6	4	5	6	47	49	43	41	6	5
122 Danemark	4	5	42	31	27	25	27	39	6	5
123 Finlande	4	7	29	11	16	28	50	55	6	2
124 Norvège	25	58	20	9	23	15	32	18	2	1
125 Suède	8	6	18	9	40	43	35	42	3	2
126 Japon	2	1	5	1	41	66	53	31	11	2
127 Suisse	3	3	8	4	32	32	58	62	8	5
Toutes économies	16 w	13 w	21 w	13 w	30 w	37 w	34 w	38 w	6 w	6 w
Exportateurs de pétrole	83 w	89 w	13 w	6 w	1 w	1 w	4 w	4 w	1 w	1 w

a. Voir les notes techniques. b. Les chiffres concernent les pays de l'Union douanière d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Botswana et Swaziland); il n'y est pas tenu compte des échanges entre les pays de l'Union. c. Y compris le Luxembourg. d. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 17. Biens manufacturés : origine et composition des importations des pays de l'OCDE

	Valeur des importations de biens manufacturés, par origine (millions de dollars)		Composition des importations de biens manufacturés, 1991 (%)				
	1970	1991	Textiles et habillement	Produits chimiques	Appareillage électronique et électronique	Matériel de transport	Autres
Economies à faible revenu	1.266 t	73.602 t	40 w	4 w	7 w	2 w	46 w
Chine et Inde	777 t	55.576 t	37 w	5 w	9 w	1 w	48 w
Autres économies faible revenu	489 t	18.026 t	51 w	3 w	2 w	4 w	41 w
1 Mozambique	7	10	60	0	0	0	40
2 Tanzanie	9	48	56	4	0	2	38
3 Ethiopie	4	59	12	9	2	5	73
4 Ouganda	1	2	0	0	50	0	50
5 Bhoutan	0	1	0	0	0	0	100
6 Guinée-Bissau	0	0	0	0	0	0	0
7 Népal	1	240	93	0	0	0	6
8 Burundi	0	2	50	0	0	0	50
9 Tchad	0	2	0	0	0	0	100
10 Madagascar	7	49	69	8	0	2	20
11 Sierra Leone	2	135	1	0	1	0	99
12 Bangladesh	0	1.372	93	0	0	0	7
13 RDP lao	0	26	92	0	0	0	8
14 Malawi	1	18	67	0	0	0	33
15 Rwanda	0	2	0	0	0	50	50
16 Mali	2	51	0	0	20	0	80
17 Burkina Faso	0	3	0	0	0	0	100
18 Niger	0	175	0	96	0	2	2
19 Inde	534	9.428	45	6	1	1	47
20 Kenya	16	108	15	5	3	6	72
21 Nigéria	13	238	6	16	2	2	74
22 Chine	243	46.148	35	5	11	1	48
23 Haïti	17	301	60	1	10	0	29
24 Bénin	0	4	50	0	0	25	25
25 Rép. centrafricaine	12	80	0	0	0	0	100
26 Ghana	8	98	0	1	1	0	98
27 Pakistan	207	3.234	85	0	0	0	15
28 Togo	0	9	11	0	0	0	89
29 Guinée	38	147	0	34	1	0	65
30 Nicaragua	6	7	14	14	14	0	57
31 Sri Lanka	9	1.346	73	1	2	0	24
32 Mauritanie	0	4	25	0	25	0	50
33 Yémen, Rép. du	0	0	0	0	0	0	0
34 Honduras	3	261	82	1	0	0	17
35 Lesotho ^a	..	..	..	..	..	..	..
36 Indonésie	15	7.302	36	2	3	1	58
37 Egypte, Rép. arabe d'	33	793	61	5	1	15	18
38 Zimbabwe	0	261	22	0	2	1	74
39 Soudan	1	7	0	0	0	14	86
40 Zambie	4	40	23	0	0	5	73
Economies à revenu intermédiaire	5.016 t	185.948 t	25 w	7 w	18 w	7 w	44 w
Tranche inférieure	1.778 t	66.559 t	33 w	6 w	18 w	3 w	41 w
41 Bolivie	1	54	20	6	0	0	74
42 Côte d'Ivoire	7	239	21	2	1	2	75
43 Sénégal	4	34	3	12	15	3	68
44 Philippines	108	5.637	33	2	31	1	33
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	4	35	6	0	0	3	91
46 Cameroun	4	47	21	2	2	2	72
47 Guatemala	5	426	89	2	0	0	9
48 Rép. dominicaine	10	1.807	55	1	7	0	38
49 Equateur	3	83	17	4	5	6	69
50 Maroc	32	2.364	69	12	8	1	10
51 Jordanie	1	67	5	27	6	27	36
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	12	453	58	7	2	1	33
54 El Salvador	2	184	65	1	22	0	13
55 Congo	4	205	0	0	0	0	100
56 Rép. arabe syrienne	2	53	68	0	2	8	23
57 Colombie	52	1.070	33	6	0	0	61
58 Paraguay	5	82	9	27	0	0	65
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	117	799	38	58	0	0	4
61 Roumanie	188	1.648	32	6	4	3	56
62 Namibie ^a	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	19	2.135	70	7	9	2	12
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	32	12.851	21	2	17	2	59
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Valeur des importations de biens manufacturés, par origine (millions de dollars)			Composition des importations de biens manufacturés, 1991 (%)				
	1970	1991	Textiles et habillement	Produits chimiques	Appareillage électrique et électronique	Matériel de transport	Autres
69 Turquie	47	6.770	71	3	6	2	18
70 Pologne	287	5.515	23	16	7	4	51
71 Bulgarie	68	553	29	18	6	1	47
72 Costa Rica	5	700	69	2	9	0	19
73 Algérie	39	1.686	0	4	0	0	96
74 Panama ^b	18	462	15	4	1	46	36
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	15	697	9	26	0	2	63
77 Iran, Rép. islamique d'	133	676	92	1	0	0	7
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	1	750	86	1	0	0	13
81 Tchécoslovaquie	467	4.930	16	14	5	9	56
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	39	12.857	14	3	48	2	34
Tranche supérieure	3.238 t	119.389 t	21 w	7 w	17 w	10 w	45 w
84 Botswana ^a	..	..	..	..	..	..	..
85 Afrique du Sud	325	2.989	7	14	2	3	75
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	210	4.128	23	16	12	5	45
88 Venezuela	24	724	4	16	2	8	70
89 Argentine	104	1.375	8	23	2	4	64
90 Uruguay	23	300	51	3	0	1	45
91 Brésil	197	10.295	8	10	5	9	68
92 Mexique	508	26.519	5	4	32	21	38
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	39	334	1	68	1	0	31
97 Gabon	8	66	0	46	2	15	38
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	396	13.171	39	5	10	8	39
100 Oman	0	188	28	1	13	23	35
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	524	41.091	23	3	20	7	47
103 Grèce	185	4.006	60	5	3	1	31
104 Arabie saoudite	16	1.749	0	47	8	6	39
105 Yougoslavie	443	8.791	29	7	9	12	43
Eco. revenu faible/interméd.	6.282 t	259.562 t	29 w	6 w	15 w	6 w	44 w
Afrique subsaharienne	193 t	4.223 t	21 w	8 w	1 w	11 w	58 w
Asie de l'Est et Pacifique	1.087 t	128.170 t	28 w	3 w	19 w	3 w	47 w
Asie du Sud	760 t	15.695 t	61 w	4 w	1 w	1 w	34 w
Europe et Asie centrale	2.316 t	50.571 t	37 w	8 w	9 w	6 w	40 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord	306 t	10.385 t	42 w	17 w	6 w	4 w	32 w
Amérique latine et Caraïbes	1.295 t	47.529 t	13 w	8 w	20 w	14 w	45 w
Gravement endettés	1.420 t	50.899 t	12 w	9 w	19 w	14 w	47 w
Economies à revenu élevé	120.492 t	1.578.136 t	6 w	13 w	12 w	19 w	50 w
Membres de l'OCDE	117.366 t	1.472.714 t	5 w	13 w	11 w	20 w	50 w
106 Irlande	439	15.906	7	29	11	2	51
107 Israël	308	7.878	10	14	10	4	62
108 Nouvelle-Zélande	121	1.967	9	23	7	4	57
109 Espagne	773	33.133	4	9	8	36	43
110 Hong Kong	1.861	24.794	43	1	13	1	43
111 Singapour	112	20.668	5	6	29	2	58
112 Royaume-Uni	10.457	108.160	5	17	10	14	53
113 Australie	471	6.676	4	32	5	11	49
114 Italie	7.726	113.636	16	8	8	11	57
115 Pays-Bas	5.678	74.299	7	27	9	10	47
116 Belgique ^c	7.660	80.272	9	20	6	22	44
117 Autriche	1.637	29.461	9	9	13	7	62
118 France	9.240	137.947	6	16	9	26	44
119 Canada	8.088	73.986	1	8	8	39	43
120 Etats-Unis	21.215	213.854	2	12	13	22	51
121 Allemagne	23.641	266.516	5	15	11	20	50
122 Danemark	1.413	18.766	8	14	10	5	63
123 Finlande	1.170	16.343	3	8	9	7	73
124 Norvège	1.059	9.007	2	21	8	11	59
125 Suède	4.143	39.320	2	11	9	19	60
126 Japon	8.851	184.917	1	4	20	31	45
127 Suisse	3.568	48.409	5	22	10	3	60
Toutes économies	126.774 t	1.837.698 t	9 w	12 w	12 w	17 w	50 w
Exportateurs de pétrole	290 t	7.401 t	15 w	23 w	3 w	3 w	56 w

Note : Les données ne concernent que les pays membres de l'OCDE à revenu élevé. a. Les chiffres concernent les pays de l'Union douanière d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Botswana et Swaziland); il n'y est pas tenu compte des échanges entre les pays de l'Union. b. Non compris la zone du Canal. d. Y compris le Luxembourg.

Tableau 18. Balance des paiements et réserves

	Solde des transactions courantes (millions de dollars)				Envois nets de fonds des travailleurs (millions de dollars)		Réserves internationales brutes		
	Après transferts officiels		Avant transferts officiels		1970	1991	Millions de dollars		En mois d'importations 1991
	1970	1991	1970	1991			1970	1991	
Economies à faible revenu							3.907 t	86.647 t	5,1 w
Chine et Inde							1.023 t	55.781 t	7,9 w
Autres économies faible revenu							2.884 t	30.866 t	3,1 w
1 Mozambique	..	-245	..	-783	..	-30 ^a	..	240	2,3
2 Tanzanie	-36	-284 ^a	-37	-832 ^a	..	..	65	204	1,4
3 Ethiopie	-32	-222 ^a	-43	-585 ^a	..	201	72	106	1,0
4 Ouganda	20	-182 ^a	19	-393 ^a	-5	..	57	59	1,0
5 Bhoutan	..	17 ^a	..	-36 ^a	..	0	..	99	9,3
6 Guinée-Bissau	..	-19	..	-86	..	-2	..	..	..
7 Népal	-1 ^a	-320 ^a	-25 ^a	-380 ^a	..	0 ^a	94	451	5,9
8 Burundi	2 ^a	-31 ^a	-2 ^a	-214 ^a	..	..	15	147	5,0
9 Tchad	2	-80	-33	-347	-6	-39	2	124	2,6
10 Madagascar	10	-192	-42	-318	-26	1	37	89	1,2
11 Sierra Leone	-16	-95	-20	-136	..	..	39	10	0,2
12 Bangladesh	-114 ^a	-210 ^a	-234 ^a	-932 ^a	0 ^a	764 ^a	..	1.308	4,0
13 RDP lao	..	-52	..	-121	..	..	6	61	3,3
14 Malawi	-35	-184 ^a	-46	-244 ^a	-4	0	29	158	2,5
15 Rwanda	7	-34	-12	-194	-4	-11	8	110	3,7
16 Mali	-2	-37	-22	-344	-1	76	1	326	4,5
17 Burkina Faso	9	-90	-21	-426	16	79	36	350	4,8
18 Niger	0	-4	-32	-164	-3	-38	19	207	5,3
19 Inde	-385 ^a	-3.026 ^a	-591 ^a	-3.477 ^a	80	2.540 ^a	1.023	7.616	3,3
20 Kenya	-49	-231	-86	-435	..	-2	220	145	0,6
21 Nigéria	-368	1.203	-412	470	..	12	223	4.678	4,4
22 Chine*	-81 ^a	13.272	-81 ^a	12.885	0 ^a	189	..	48.165	10,1
23 Haïti	11	-11	4	-176	13	86	4	24	0,6
24 Bénin	-3	-89	-23	-174	0	70	16	196	3,6
25 Rép. centrafricaine	-12	-80 ^a	-24	-219 ^a	-4	-36	1	107	4,4
26 Ghana	-68	-220 ^a	-76	-442 ^a	-9	0	43	644	4,4
27 Pakistan	-667	-1.558	-705	-2.171	86	1.848	195	1.220	1,2
28 Togo	3	-83	-14	-170	-3	5	35	369	5,0
29 Guinée	..	-236 ^a	..	-329 ^a	..	0	..	..	..
30 Nicaragua	-40	-5	-43	-849	..	10	49	..	..
31 Sri Lanka	-59	-268	-71	-472	3	442	43	724	2,5
32 Mauritanie	-5	-125	-13	-209	-6	0	3	72	1,2
33 Yémen, Rép. du	..	22 ^a	..	-106 ^a	..	800 ^a	..	..	..
34 Honduras	-64	-220	-68	-368	..	0	20	112	1,0
35 Lesotho	18 ^a	63	-1 ^a	-443	29 ^a	0	..	115	1,3
36 Indonésie	-310	-4.080	-376	-4.212	..	130	160	10.358	3,3
37 Egypte, Rép. arabe d'	-148	2.404 ^a	-452	-2.438 ^a	29	3.755 ^a	165	6.185	4,4
38 Zimbabwe	-14 ^a	-552 ^a	-26 ^a	-693 ^a	..	0	59	295	1,4
39 Soudan	-42	-1.652 ^a	-43	-1.857 ^a	..	62 ^a	22	8	0,0
40 Zambie	108	1 ^a	107	-487 ^a	-48	0	515	186	1,4
Economies à revenu intermédiaire							23.267 t	241.422 t	3,6 w
Tranche inférieure							13.049 t	103.643 t	3,6 w
41 Bolivie	4	-262	2	-422	..	-1	46	422	3,7
42 Côte d'Ivoire	-38	-1.451	-73	-1.614	-56	-491	119	29	0,1
43 Sénégal	-16	-133	-66	-503	-16	32	22	23	0,1
44 Philippines	-48	-1.034	-138	-1.388	..	329	255	4.436	3,3
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	-89 ^a	-838 ^a	-239 ^a	-1.053 ^a	..	57 ^a	..	345	1,6
46 Cameroun	-30	-658 ^a	-47	-658 ^a	-11	3 ^a	81	43	0,2
47 Guatemala	-8	-184	-8	-186	..	123	79	881	4,8
48 Rép. dominicaine	-102	-58	-103	-115	25	330	32	448	2,2
49 Equateur	-113	-467	-122	-577	..	0	76	1.081	3,2
50 Maroc	-124	-396	-161	-676	27	1.973	142	3.349	4,5
51 Jordanie	-20	-712 ^a	-130	-876 ^a	..	450 ^a	258	1.105	3,4
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	202	-1.478	146	-1.794	..	..	339	3.090	6,1
54 El Salvador	9	-168	7	-369	..	468	64	453	3,1
55 Congo	-45 ^a	-169	-53 ^a	-231	-3 ^a	-53 ^a	9	9	0,1
56 Rép. arabe syrienne	-69	1.827	-72	1.747	7	375	57	..	..
57 Colombie	-293	2.349	-333	2.363	6	866	207	6.335	8,6
58 Paraguay	-16	-476 ^a	-19	-476 ^a	..	0	18	974	5,2
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	-153	-198	-149	-303	29	144	139	106	0,5
61 Roumanie	-23	-1.184	-23	-1.306	..	..	..	1.219	2,4
62 Namibie	..	82 ^a	..	-257 ^a	..	..	..	..	..
63 Tunisie	-53	-191	-88	-322	20	562	60	866	1,6
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	-250	-7.564	-296	-7.609	..	0	911	18.393	4,8
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
* Données pour Taiwan, Chine :	1	12.015	2	12.036	..	..	627	74.548	11,2

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Solde des transactions courantes (millions de dollars)				Envois nets de fonds des travailleurs (millions de dollars)		Réserves internationales brutes		
		Après transferts officiels		Avant transferts officiels				Millions de dollars		En mois d'importations 1991
		1970	1991	1970	1991	1970	1991	1970	1991	
69	Turquie	-44	272	-57	-1.973	273	2.819	440	6.616	2,9
70	Pologne	..	-1.282	..	-2.191	..	0	..	3.800	2,1
71	Bulgarie	..	-718 ^a	..	-718 ^a	..	..	..	..	..
72	Costa Rica	-74	-82	-77	-165	..	0	16	931	4,5
73	Algérie	-125	2.555 ^a	-163	2.555 ^a	178	274	352	3.460	3,5
74	Panama	-64	135	-79	-105	..	..	16	499	0,9
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	-91	142	-95	-158	..	0	392	7.700	7,8
77	Iran, Rép. islamique d'	-507	-7.806 ^a	-511	-7.806 ^a	..	..	217	..	..
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	8	-37	5	-39	..	..	46	915	5,5
81	Tchécoslovaquie	146	947 ^a	156	961 ^a	..	0	..	4.176	3,8
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	8	-4.530	2	-4.617	..	0	667	11.717	3,2
Tranche supérieure								10.219 t	137.779 t	3,6 w
84	Botswana	-30	47	-35	-251	-9	0	..	3.772	17,6
85	Afrique du Sud	-1.215	2.664	-1.253	2.696	..	..	1.057	3.187	1,5
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	..	403 ^a	..	370 ^a	..	..	..	4.028	3,7
88	Venezuela	-104	1.663	-98	1.696	-87	-661	1.047	14.719	10,8
89	Argentine	-163	-2.832	-160	-2.832	..	..	682	8.073	5,5
90	Uruguay	-45	105	-55	65	..	..	186	1.146	5,9
91	Brésil	-837	-3.071 ^a	-861	-3.071 ^a	..	0	1.190	8.749	2,7
92	Mexique	-1.068	-13.282	-1.098	-13.468	..	1.853	756	18.052	3,7
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	-109	-17	-104	-20	3	5	43	358	1,9
97	Gabon	-3	-160	-15	-185	-8	-125	15	332	1,6
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	-158 ^a	-716	-158 ^a	-2.098	504 ^a	4.517	1.565	26.239	10,5
100	Oman	..	1.095	..	1.153	..	-845	13	1.765	5,5
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	-623	-8.726	-706	-8.553	..	..	610	13.815	1,8
103	Grèce	-422	-1.521	-424	-5.555	333	2.115	318	6.400	3,5
104	Arabie saoudite	71	-25.738	152	-19.250	-183	-13.746	670	13.298	2,4
105	Yougoslavie	-372	-1.161	-378	-1.159	441	2.024	143	3.360	2,0
Eco. revenu faible/interméd.								27.175 t	328.069 t	4,0 w
Afrique subsaharienne								2.028 t	14.735 t	3,0 w
Asie de l'Est et l'acifique								2.983 t	108.057 t	4,3 w
Asie du Sud								1.404 t	12.018 t	2,8 w
Europe et Asie centrale								9.699 t	71.987 t	4,3 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord								4.477 t	43.101 t	3,0 w
Amérique latine et Caraïbes								5.527 t	74.986 t	4,6 w
Gravement endettés								11.726 t	66.599 t	3,3 w
Economies à revenu élevé								71.762 t	851.061 t	2,7 w
Membres de l'OCDE								69.820 t	797.852 t	2,6 w
106	Irlande	-198	921	-228	-1.761	..	..	698	5.867	2,1
107	Israël	-562	-822	-766	-5.257	..	..	452	6.428	3,0
108	Nouvelle-Zélande	-232	-20	-222	30	16	245	258	2.950	2,6
109	Espagne	79	-15.954	79	-19.810	469	1.603	1.851	71.345	7,1
110	Hong Kong	225	2.487	225	2.487	..	..	..	..	..
111	Singapour	-572	4.208	-585	4.350	..	..	1.012	34.133	5,4
112	Royaume-Uni	1.970	-11.438	2.376	-9.575	..	..	2.764	48.373	1,5
113	Australie	-785	-9.853	-691	-9.655	..	..	1.709	19.339	3,4
114	Italie	798	-21.454	1.094	-16.670	446	779	5.547	72.254	3,3
115	Pays-Bas	-489	8.760	-513	11.950	-51	-315	3.362	33.335	2,4
116	Belgique ^b	717	4.731	904	6.201	38	-274	..	..	..
117	Autriche	-75	-252	-73	-144	-7	367	1.806	17.415	2,7
118	France	-204	-6.148	18	-1.194	-641	-1.786	5.199	60.227	2,0
119	Canada	1.008	-25.529	960	-24.600	..	..	4.733	20.836	1,4
120	Etats-Unis	2.330	-3.690	4.680	-24.670	-650	-7.600	15.237	159.273	2,6
121	Allemagne ^c	837	-19.497	1.839	9.978	-1.366	-4.213	13.879	96.657	2,3
122	Danemark	-544	2.167	-510	2.513	..	..	488	7.990	1,7
123	Finlande	-240	-6.695	-233	-5.998	..	..	455	8.317	2,8
124	Norvège	-242	4.939	-200	6.125	..	-140	813	13.651	3,7
125	Suède	-265	-3.243	-160	-1.636	..	20	775	20.477	3,0
126	Japon	1.990	72.905	2.170	84.740	..	..	4.876	80.626	2,4
127	Suisse	161	9.847	203	10.307	-313	-2.062	5.317	58.451	6,5
Toutes économies								98.937 t	1.179.130 t	3,0 w
Exportateurs de pétrole								4.693 t	52.194 t	3,9 w

a. Estimation de la Banque mondiale. b. Y compris le Luxembourg. c. Les chiffres antérieurs à juillet 1990 se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 19. Aide publique au développement provenant des pays membres de l'OCDE et de l'OPEP

OCDE : Flux nets totaux ^a									
	1965	1970	1975	1980	1985	1988	1989	1990	1991
<i>En millions de dollars</i>									
106 Irlande	0	0	8	30	39	57	49	57	72
108 Nouvelle-Zélande	..	14	66	72	54	104	87	95	100
112 Royaume-Uni	472	500	904	1.854	1.530	2.645	2.587	2.638	3.348
113 Australie	119	212	552	667	749	1.101	1.020	955	1.050
114 Italie	60	147	182	683	1.098	3.193	3.613	3.395	3.352
115 Pays-Bas	70	196	608	1.630	1.136	2.231	2.094	2.592	2.517
116 Belgique	102	120	378	595	440	601	703	889	831
117 Autriche	10	11	79	178	248	301	283	394	548
118 France	752	971	2.093	4.162	3.995	6.865	7.450	9.380	7.484
119 Canada	96	337	880	1.075	1.631	2.347	2.320	2.470	2.604
120 Etats-Unis	4.023	3.153	4.161	7.138	9.403	10.141	7.676	11.394	11.362
121 Allemagne ^b	456	599	1.689	3.567	2.942	4.731	4.949	6.320	6.890
122 Danemark	13	59	205	481	440	922	937	1.171	1.300
123 Finlande	2	7	48	110	211	608	706	846	930
124 Norvège	11	37	184	486	574	985	917	1.305	1.178
125 Suède	38	117	566	962	840	1.534	1.799	2.012	2.116
126 Japon	244	458	1.148	3.353	3.797	9.134	8.965	9.069	10.952
127 Suisse	12	30	104	253	302	617	558	750	863
Total	6.480	6.968	13.855	27.396	29.429	48.114	46.713	55.632	55.519
<i>En pourcentage du PNB du donateur</i>									
106 Irlande	0,00	0,00	0,09	0,16	0,24	0,20	0,17	0,16	0,19
108 Nouvelle-Zélande	..	0,23	0,52	0,33	0,25	0,27	0,22	0,23	0,25
112 Royaume-Uni	0,47	0,41	0,39	0,35	0,33	0,32	0,31	0,27	0,32
113 Australie	0,53	0,59	0,65	0,48	0,48	0,46	0,38	0,34	0,38
114 Italie	0,10	0,16	0,11	0,15	0,26	0,39	0,42	0,32	0,30
115 Pays-Bas	0,36	0,61	0,75	0,97	0,91	0,98	0,94	0,94	0,88
116 Belgique	0,60	0,46	0,59	0,50	0,55	0,39	0,46	0,45	0,42
117 Autriche	0,11	0,07	0,21	0,23	0,38	0,24	0,23	0,25	0,34
118 France	0,76	0,66	0,62	0,63	0,78	0,72	0,78	0,79	0,62
119 Canada	0,19	0,41	0,54	0,43	0,49	0,50	0,44	0,44	0,45
120 Etats-Unis	0,58	0,32	0,27	0,27	0,24	0,21	0,15	0,21	0,20
121 Allemagne ^b	0,40	0,32	0,40	0,44	0,47	0,39	0,41	0,42	0,41
122 Danemark	0,13	0,38	0,58	0,74	0,80	0,89	0,93	0,93	0,96
123 Finlande	0,02	0,06	0,18	0,22	0,40	0,59	0,63	0,64	0,76
124 Norvège	0,16	0,32	0,66	0,87	1,01	1,13	1,05	1,17	1,14
125 Suède	0,19	0,38	0,82	0,78	0,86	0,86	0,96	0,90	0,92
126 Japon	0,27	0,23	0,23	0,32	0,29	0,32	0,31	0,31	0,32
127 Suisse	0,09	0,15	0,19	0,24	0,31	0,32	0,30	0,31	0,36
<i>En monnaies nationales</i>									
106 Irlande (millions de livres)	0	0	4	15	37	37	34	35	41
108 Nouvelle-Zélande (millions de dollars)	..	13	55	74	109	158	146	160	185
112 Royaume-Uni (millions de livres)	169	208	409	798	1.180	1.485	1.577	1.478	1.736
113 Australie (millions de dollars)	106	189	402	591	966	1.404	1.386	1.323	1.382
114 Italie (milliards de lires)	38	92	119	585	2.097	4.156	4.958	4.068	3.859
115 Pays-Bas (millions de florins)	253	710	1.538	3.341	3.773	4.410	4.440	4.720	4.306
116 Belgique (millions de francs)	5.100	6.000	13.902	17.399	26.145	22.088	27.714	29.720	26.050
117 Autriche (millions de schillings)	260	286	1.376	2.303	5.132	3.722	3.737	4.477	5.861
118 France (millions de francs)	3.713	5.393	8.971	17.589	35.894	40.897	47.529	51.076	38.777
119 Canada (millions de dollars)	104	353	895	1.357	2.327	2.888	2.747	2.882	3.009
120 Etats-Unis (millions de dollars)	4.023	3.153	4.161	7.138	9.403	10.141	7.676	11.394	11.362
121 Allemagne (millions de deutsche mark) ^b	1.824	2.192	4.155	6.484	8.661	8.319	9.302	10.311	10.446
122 Danemark (millions de couronnes)	90	443	1.178	2.711	4.657	6.304	6.850	7.347	7.096
123 Finlande (millions de markkaa)	6	29	177	414	1.308	2.542	3.031	3.336	3.845
124 Norvège (millions de couronnes)	79	264	962	2.400	4.946	6.418	6.335	7.542	7.037
125 Suède (millions de couronnes)	197	605	2.350	4.069	7.326	9.396	11.600	11.909	11.704
126 Japon (milliards de yen)	88	165	341	760	749	1.171	1.336	1.313	1.371
127 Suisse (millions de francs)	52	131	268	424	743	903	912	1.041	1.170
Chiffres récapitulatifs									
<i>En milliards de dollars</i>									
APD (prix courants)	6,5	7,0	13,9	27,3	29,4	48,1	46,7	55,6	55,5
APD (prix de 1987)	28,2	25,3	29,8	36,8	39,4	44,9	43,6	47,6	45,7
PNB (prix courants)	1.374,0	2.079,0	4.001,0	7.488,0	8.550,0	13.547,0	13.968,0	15.498,0	16.818,6
<i>En pourcentage</i>									
APD en pourcentage du PNB	0,47	0,34	0,35	0,35	0,34	0,34	0,32	0,33	0,33
<i>Indice (1987 = 100)</i>									
Déflateur du PIB ^c	23,0	27,6	46,5	74,1	74,6	107,1	107,5	116,8	121,4

OCDE : Flux bilatéraux nets totaux vers les économies à faible revenu^a

	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1988	1989	1990	1991
<i>En pourcentage du PNB du donateur</i>										
106 Irlande	..	..	..	0,01	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	..
108 Nouvelle-Zélande	..	..	0,14	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	..
112 Royaume-Uni	0,23	0,09	0,11	0,10	0,07	0,07	0,06	0,07	0,05	..
113 Australie	0,08	0,00	0,10	0,07	0,04	0,04	0,04	0,06	0,05	..
114 Italie	0,04	0,06	0,01	0,00	0,06	0,12	0,17	0,12	0,09	..
115 Pays-Bas	0,08	0,24	0,24	0,32	0,23	0,28	0,27	0,23	0,25	..
116 Belgique	0,56	0,30	0,31	0,13	0,13	0,12	0,09	0,05	0,09	..
117 Autriche	0,06	0,05	0,02	0,11	0,05	0,03	0,03	0,07	0,10	..
118 France	0,12	0,09	0,10	0,06	0,11	0,10	0,12	0,14	0,13	..
119 Canada	0,10	0,22	0,24	0,13	0,14	0,13	0,13	0,09	0,10	..
120 Etats-Unis	0,26	0,14	0,08	0,06	0,06	0,04	0,03	0,02	0,05	..
121 Allemagne ^b	0,14	0,10	0,12	0,07	0,13	0,10	0,08	0,08	0,10	..
122 Danemark	0,02	0,10	0,20	0,17	0,26	0,23	0,25	0,26	0,24	..
123 Finlande	..	..	0,06	0,03	0,09	0,10	0,24	0,22	0,17	..
124 Norvège	0,04	0,12	0,25	0,28	0,34	0,43	0,37	0,32	0,37	..
125 Suède	0,07	0,12	0,41	0,26	0,24	0,30	0,21	0,23	0,25	..
126 Japon	0,13	0,11	0,08	0,12	0,10	0,10	0,13	0,13	0,10	..
127 Suisse	0,02	0,05	0,10	0,07	0,11	0,10	0,10	0,12	0,11	..
Total	0,20	0,13	0,11	0,08	0,08	0,08	0,09	0,08	0,09	..

OPEP : Flux nets totaux^d	1976	1980	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<i>En millions de dollars</i>										
21 Nigéria	80	35	51	45	52	30	14	70	13	..
Qatar	180	277	10	8	18	0	4	-2	1	1
73 Algérie	11	81	52	54	114	39	13	40	7	5
77 Iran, Rép. islamique d'	751	-72	52	-72	69	-10	39	-94	2	..
88 Venezuela	109	135	90	32	85	24	55	52	15	..
Iraq	123	864	-22	-32	-21	-35	-22	21	55	0
Libye	98	376	24	57	68	66	129	86	4	25
104 Arabie saoudite :	2.791	5.682	3.194	2.630	3.517	2.888	2.048	1.171	3.692	1.704
Emirats arabes unis	1.028	1.118	88	122	87	15	-17	2	888	558
Koweït	706	1.140	1.020	771	715	316	108	169	1.666	387
Total OPEP ^d	5.877	9.636	4.559	3.615	4.704	3.333	2.369	1.514	6.341	..
Total OPAEP ^e	4.937	9.538	4.366	3.610	4.498	3.389	2.361	..	..	..
<i>En pourcentage du PNB du donateur</i>										
21 Nigéria	0,19	0,04	0,06	0,06	0,13	0,12	0,05	0,28	0,06	..
Qatar	7,35	4,16	0,18	0,12	0,36	0,00	0,08	-0,04	0,02	0,01
73 Algérie	0,07	0,20	0,10	0,10	0,19	0,07	0,03	0,11	0,03	0,01
77 Iran, Rép. islamique d'	1,16	-0,08	0,03	-0,04	0,03	0,00	0,01	-0,02	..	..
88 Venezuela	0,35	0,23	0,16	0,06	0,14	0,06	0,09	0,13	0,03	..
Iraq	0,76	2,36	-0,05	-0,06	-0,05	-0,08	-0,04	0,04	..	..
Libye	0,66	1,16	0,10	0,24	0,30	0,30	0,63	0,41	0,01	0,09
104 Arabie saoudite :	5,95	4,87	3,20	2,92	3,99	3,70	2,53	1,37	3,90	1,44
Emirats arabes unis	8,95	4,06	0,32	0,45	0,41	0,07	-0,07	0,02	2,65	1,66
Koweït	4,82	3,52	3,95	2,96	2,84	1,15	0,40	0,54	..	..
Total OPEP ^d	2,32	1,85	0,76	0,60	0,78	0,52	0,34	0,21	..	..
Total OPAEP ^e	4,23	3,22	1,60	1,39	1,80	1,10	0,86	..	..	..

a. Organisation de coopération et de développement économiques. b. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification. c. Voir les notes techniques. d. Organisation des pays exportateurs de pétrole. e. Organisation des pays arabes exportateurs de pétrole.

Tableau 20. Apports d'aide publique au développement

Décaissements nets d'APD de toutes origines									
	Millions de dollars							Par habitant (dollars) 1991	En pourcentage du PNB 1991
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991		
Economies à faible revenu	17.432 t	19.484 t	21.412 t	24.513 t	24.763 t	30.653 t	31.921 t	10,2 w	3,0 w
Chine et Inde	2.532 t	3.254 t	3.300 t	4.086 t	4.048 t	3.605 t	4.701 t	2,3 w	0,8 w
Autres économies faible revenu	14.900 t	16.230 t	18.112 t	20.427 t	20.715 t	27.047 t	27.220 t	24,5 w	6,6 w
1 Mozambique	300	422	651	893	772	935	920	57,0	69,2
2 Tanzanie	484	681	882	982	920	1.141	1.076	42,7	39,2
3 Ethiopie	710	636	634	970	752	1.014	1.091	20,7	16,5
4 Ouganda	180	198	280	363	443	551	525	31,1	19,5
5 Bhoutan	24	40	42	42	42	48	64	43,8	25,9
6 Guinée-Bissau	58	71	111	99	101	117	101	101,3	48,2
7 Népal	234	301	347	399	493	430	453	23,4	13,8
8 Burundi	139	187	202	189	199	265	253	44,7	21,8
9 Tchad	181	165	198	264	241	303	262	44,9	20,2
10 Madagascar	185	316	321	304	321	386	437	36,3	16,4
11 Sierra Leone	65	87	68	102	100	65	105	24,7	12,9
12 Bangladesh	1.131	1.455	1.635	1.592	1.800	2.048	1.636	14,8	7,0
13 RDP lao	37	48	58	77	140	152	131	30,8	12,8
14 Malawi	113	198	280	366	412	481	495	56,2	22,6
15 Rwanda	180	211	245	252	232	293	351	49,2	22,2
16 Mali	376	372	366	427	454	467	455	52,2	18,5
17 Burkina Faso	195	284	281	298	272	336	409	44,1	14,8
18 Niger	303	307	353	371	296	391	376	47,5	16,5
19 Inde	1.592	2.120	1.839	2.097	1.895	1.524	2.747	3,2	1,1
20 Kenya	430	455	572	808	967	1.053	873	34,9	10,6
21 Nigéria	1.032	59	69	120	346	250	262	2,6	0,8
22 Chine	940	1.134	1.462	1.989	2.153	2.081	1.954	1,7	0,5
23 Haïti	150	175	218	147	200	172	182	27,5	6,9
24 Bénin	94	138	138	162	263	271	256	52,4	13,6
25 Rép. centrafricaine	104	139	176	196	192	244	174	56,5	13,8
26 Ghana	196	371	373	474	550	498	724	47,2	11,3
27 Pakistan	769	970	879	1.408	1.129	1.149	1.226	10,6	2,7
28 Togo	111	174	126	199	183	241	204	54,0	12,5
29 Guinée	115	175	213	262	346	296	371	63,1	12,6
30 Nicaragua	102	150	141	213	225	320	826	217,8	12,0
31 Sri Lanka	468	570	502	598	547	674	814	47,4	8,8
32 Mauritanie	207	225	185	184	242	202	208	102,9	18,4
33 Yémen, Rép. du	392	328	422	304	370	405	313	25,0	3,9
34 Honduras	270	283	258	321	242	450	275	52,2	9,1
35 Lesotho	93	88	107	108	127	139	123	67,9	18,9
36 Indonésie	603	711	1.246	1.632	1.839	1.724	1.854	10,2	1,6
37 Egypte, Rép. arabe d'	1.760	1.716	1.773	1.537	1.568	5.444	4.988	93,1	15,2
38 Zimbabwe	237	225	294	273	265	340	393	39,0	6,2
39 Soudan	1.128	945	898	937	772	825	887	34,3	..
40 Zambie	322	464	430	478	392	486	884	106,3	..
Economies à revenu intermédiaire	9.037 t	9.439 t	10.430 t	9.621 t	10.013 t	15.412 t	15.500 t	16,2 w	0,7 w
Tranche inférieure	7.049 t	8.087 t	9.027 t	8.257 t	8.533 t	13.629 t	13.639 t	24,3 w	1,8 w
41 Bolivie	197	322	318	394	440	506	473	64,4	9,4
42 Côte d'Ivoire	117	186	254	439	403	693	633	51,2	6,6
43 Sénégal	289	567	641	569	650	788	577	75,7	10,0
44 Philippines	460	956	770	854	844	1.279	1.051	16,7	2,3
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	257	263	322	380	339	416	397	100,1	10,6
46 Cameroun	153	224	213	284	458	431	501	42,2	4,3
47 Guatemala	83	135	241	235	261	203	197	20,8	2,1
48 Rép. dominicaine	207	93	130	118	142	100	66	9,1	0,9
49 Equateur	136	147	203	137	160	155	220	20,4	1,9
50 Maroc	766	403	447	480	450	1.026	1.075	41,9	3,9
51 Jordanie	538	564	577	417	273	884	905	247,1	22,0
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	316	272	292	272	305	395	590	26,9	1,2
54 El Salvador	345	341	426	420	443	349	290	54,9	4,9
55 Congo	69	110	152	89	91	214	133	56,8	4,6
56 Rép. arabe syrienne	610	728	684	191	127	684	373	29,8	2,2
57 Colombie	62	63	78	61	67	88	123	3,8	0,3
58 Paraguay	50	66	81	76	92	56	144	32,6	2,3
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	169	178	168	193	262	273	166	69,7	4,7
61 Roumanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Namibie	6	15	17	22	59	123	184	124,0	8,1
63 Tunisie	163	222	274	316	283	393	322	39,1	2,5
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	459	496	504	563	739	802	722	12,6	0,8
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Décaissements nets d'APD de toutes origines									
	Millions de dollars							Par habitant (dollars) 1991	En pourcentage du PNB 1991
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991		
69 Turquie	179	339	376	267	140	1.219	1.675	29,2	1,6
70 Pologne	..	..	..	..	..	..	..	..	..
71 Bulgarie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
72 Costa Rica	280	196	228	187	226	227	173	56,4	3,1
73 Algérie	173	165	214	171	152	217	310	12,1	0,7
74 Panama	69	52	40	22	18	93	101	40,9	1,8
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	40	-5	21	44	61	102	120	9,0	0,4
77 Iran, Rép. islamique d'	16	27	71	82	96	105	194	3,4	0,2
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	27	56	65	59	58	89	67	61,8	2,5
81 Tchécoslovaquie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	229	192	363	104	140	469	289	15,9	0,6
Tranche supérieure	1.988 t	1.353 t	1.403 t	1.365 t	1.480 t	1.783 t	1.862 t	4,7 w	0,1 w
84 Botswana	96	102	156	151	160	149	135	102,5	3,7
85 Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
88 Venezuela	11	16	19	18	21	79	33	1,7	0,1
89 Argentine	39	88	99	152	211	171	253	7,7	0,2
90 Uruguay	5	27	18	41	38	47	51	16,3	0,5
91 Brésil	123	178	289	210	206	167	182	1,2	0,0
92 Mexique	144	252	155	173	86	141	185	2,2	0,1
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	7	19	34	9	6	18	-2	-1,3	0,0
97 Gabon	61	79	82	106	133	132	142	121,4	2,9
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..	..
100 Oman	78	84	16	1	18	66	14	8,8	0,1
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	-9	-18	11	10	52	52	54	1,3	0,0
103 Grèce	11	19	35	35	30	37	39	3,8	0,1
104 Arabie saoudite	29	31	22	19	36	44	45	2,9	0,0
105 Yougoslavie	11	19	35	44	43	47	159	6,6	..
Eco. revenu faible, interméd.	26.469 t	29.155 t	32.027 t	34.286 t	34.934 t	46.127 t	47.453 t	11,6 w	1,5 w
Afrique subsaharienne	9.522 t	10.587 t	11.926 t	13.470 t	13.848 t	16.538 t	16.158 t	33,1 w	10,0 w
Asie de l'Est et l'océan Pacifique	4.881 t	4.955 t	5.935 t	6.869 t	7.251 t	8.007 t	7.594 t	4,5 w	0,7 w
Asie du Sud	4.244 t	5.474 t	5.307 t	6.236 t	6.101 t	6.030 t	7.488 t	6,5 w	2,1 w
Europe et Asie centrale	247 t	403 t	458 t	359 t	207 t	1.307 t	1.896 t	20,6 w	1,0 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord	4.710 t	4.474 t	4.700 t	3.670 t	3.517 t	9.747 t	9.300 t	38,1 w	2,3 w
Amérique latine et Caraïbes	3.024 t	3.262 t	3.701 t	3.682 t	4.010 t	4.498 t	5.017 t	11,4 w	0,5 w
Gravement endettés	3.633 t	3.851 t	4.166 t	3.544 t	3.373 t	5.976 t	6.488 t	14,9 w	0,6 w
Economies à revenu élevé	2.232 t	2.306 t	1.746 t	1.655 t	1.667 t	1.804 t	2.150 t	55,3 w	0,4 w
Membres de l'OCDE	..	..	..	..	..	..	..	..	..
106 Irlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107 Israël	1.978	1.937	1.251	1.241	1.192	1.372	1.749	353,6	2,8
108 Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109 Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..
110 Hong Kong	20	18	19	22	40	38	36	6,3	0,0
111 Singapour	24	29	23	22	95	-3	8	2,8	0,0
112 Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..	..	..	..
113 Australie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
114 Italie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
115 Pays-Bas	..	..	..	..	..	..	..	..	..
116 Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..	..
117 Autriche	..	..	..	..	..	..	..	..	..
118 France	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Canada	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120 Etats-Unis	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Allemagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..
122 Danemark	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123 Finlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..
124 Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..	..
125 Suède	..	..	..	..	..	..	..	..	..
126 Japon	..	..	..	..	..	..	..	..	..
127 Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies	28.701 t	31.461 t	33.773 t	35.941 t	36.601 t	47.931 t	49.603 t	12,0 w	1,4 w
Exportateurs de pétrole	1.606 t	805 t	1.033 t	781 t	1.076 t	1.468 t	1.948 t	7,5 w	0,3 w

Tableau 21. Dette extérieure totale

	Dette à long terme		Recours au		Dette à		Dette		Total des		Ratio valeur actuelle/ nominale de la dette	
	(millions de dollars)		crédit FMI		court terme		extérieure totale		arriérés			
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	sur ELT	(millions de dollars)		
Economies à faible revenu												
Chine et Inde												
Autres économies faible revenu												
1	Mozambique	0	4.055	0	118	0	527	0	4.700	0	1.442	82,7
2	Tanzanie	1.999	5.798	171	143	306	519	2.476	6.460	3	1.257	74,7
3	Ethiopie	669	3.301	79	0	57	174	804	3.475	1	388	68,9
4	Ouganda	542	2.325	89	330	64	175	695	2.830	20	470	63,2
5	Bhoutan	0	86	0	0	0	1	0	87	0	0	58,4
6	Guinée-Bissau	128	574	1	5	5	74	134	653	1	89	69,6
7	Népal	156	1.705	42	39	7	26	205	1.769	0	12	46,8
8	Burundi	118	899	36	49	12	13	166	961	0	0	47,7
9	Tchad	204	547	14	31	11	29	229	606	6	18	48,0
10	Madagascar	892	3.381	87	127	244	208	1.223	3.715	6	366	71,6
11	Sierra Leone	323	642	59	101	53	547	435	1.291	7	396	84,8
12	Bangladesh	3.417	12.103	424	727	212	221	4.053	13.051	0	18	49,1
13	RDP lao	277	1.096	16	21	1	4	295	1.121	1	1	26,8
14	Malawi	625	1.530	80	115	116	31	821	1.676	3	7	49,8
15	Rwanda	150	780	14	13	26	52	190	845	0	19	49,5
16	Mali	669	2.392	39	60	24	79	732	2.531	1	164	58,3
17	Burkina Faso	281	871	15	9	35	76	330	956	0	37	59,9
18	Niger	687	1.503	16	73	159	77	863	1.653	0	77	65,5
19	Inde	18.709	64.315	977	3.451	926	3.791	20.611	71.557	0	0	78,9
20	Kenya	2.557	5.776	254	493	638	744	3.449	7.014	0	108	77,3
21	Nigéria	5.381	33.588	0	0	3.553	909	8.934	34.497	0	1.353	97,1
22	Chine	4.504	50.502	0	0	0	10.300	4.504	60.802	0	0	92,6
23	Haïti	242	610	46	33	14	105	303	747	0	57	56,5
24	Bénin	334	1.221	16	22	73	57	424	1.300	5	38	53,6
25	Rép. centrafricaine	147	803	24	33	25	48	195	884	11	53	55,6
26	Ghana	1.171	2.992	105	834	131	384	1.407	4.209	5	77	63,9
27	Pakistan	8.525	17.745	674	1.068	737	4.157	9.936	22.969	0	0	74,8
28	Togo	899	1.143	33	79	113	134	1.045	1.356	8	25	66,8
29	Guinée	1.004	2.401	35	55	71	170	1.110	2.626	20	306	70,4
30	Nicaragua	1.661	8.703	49	24	466	1.718	2.176	10.446	6	3.743	89,3
31	Sri Lanka	1.231	5.758	391	401	220	394	1.841	6.553	0	0	60,8
32	Mauritanie	718	1.912	62	57	65	330	844	2.299	10	335	77,1
33	Yémen, Rép. du	1.453	5.207	48	0	183	1.264	1.684	6.471	1	1.597	83,5
34	Honduras	1.165	2.940	33	34	272	203	1.470	3.177	0	270	83,8
35	Lesotho	57	406	6	18	8	4	71	428	0	7	55,6
36	Indonésie	18.169	59.960	0	166	2.775	13.503	20.944	73.629	0	1	92,3
37	Egypte, Rép. arabe d'	16.477	36.978	411	127	4.027	3.466	20.915	40.571	383	1.739	52,8
38	Zimbabwe	696	2.868	0	0	90	561	786	3.429	0	0	88,1
39	Soudan	4.147	9.717	431	961	585	5.229	5.163	15.907	49	9.620	90,4
40	Zambie	2.227	4.958	447	918	586	1.403	3.261	7.279	6	1.268	86,0
Economies à revenu intermédiaire												
Tranche inférieure												
41	Bolivie	2.274	3.675	126	245	300	155	2.700	4.075	0	36	75,8
42	Côte d'Ivoire	4.724	15.167	65	372	1.059	3.308	5.848	18.847	0	3.426	92,9
43	Sénégal	1.114	2.890	140	327	219	305	1.473	3.522	0	29	69,2
44	Philippines	8.817	25.893	1.044	1.086	7.556	4.919	17.417	31.897	0	101	96,7
45	Papouasie-Nouvelle-Guinée	624	2.566	31	61	64	128	719	2.755	0	21	90,6
46	Cameroun	2.183	5.254	59	121	271	903	2.513	6.278	2	657	89,3
47	Guatemala	831	2.230	0	64	335	411	1.166	2.704	0	565	90,6
48	Rép. dominicaine	1.473	3.554	49	89	480	849	2.002	4.492	7	1.314	92,1
49	Equateur	4.422	10.094	0	182	1.575	2.192	5.997	12.469	0	3.654	97,6
50	Maroc	8.475	20.332	457	574	778	312	9.710	21.219	3	739	92,0
51	Jordanie	1.486	7.570	0	95	486	977	1.972	8.641	6	1.134	91,5
52	Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53	Pérou	6.828	15.298	474	706	2.084	4.705	9.386	20.709	0	7.852	92,6
54	El Salvador	659	2.070	32	0	220	102	911	2.172	0	16	74,8
55	Congo	1.257	3.989	22	6	246	749	1.526	4.744	3	1.010	86,1
56	Rép. arabe syrienne	2.918	14.932	0	0	631	1.882	3.549	16.815	0	1.426	72,1
57	Colombie	4.604	15.617	0	0	2.337	1.752	6.941	17.369	0	167	100,4
58	Paraguay	780	1.799	0	0	174	377	954	2.177	0	532	90,8
59	Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60	Jamaïque	1.496	3.779	309	391	98	286	1.904	4.456	0	353	91,2
61	Roumanie	7.131	334	328	809	2.303	770	9.762	1.913	0	0	99,7
62	Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63	Tunisie	3.390	7.369	0	258	136	670	3.526	8.296	0	78	90,1
64	Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65	Thaïlande	5.646	23.336	348	0	2.303	12.492	8.297	35.828	0	0	95,2
66	Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67	Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68	Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Dette à long terme (millions de dollars)		Recours au crédit FMI (millions de dollars)		Dette à court terme (millions de dollars)		Dette extérieure totale (millions de dollars)		Total des arriérés sur ELT (millions de dollars)		Ratio valeur actuelle/ nominale de la dette
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1991
69 Turquie	15.575	41.135	1.054	0	2.490	9.117	19.120	50.252	0	0	95,4
70 Pologne	6.594	44.057	0	853	2.300	7.571	8.894	52.481	300	11.296	101,6
71 Bulgarie	272	11.023	0	414	0	487	272	11.923	0	2.673	97,1
72 Costa Rica	2.112	3.620	57	83	575	340	2.744	4.043	0	219	91,7
73 Algérie	17.034	26.557	0	995	2.325	1.084	19.359	28.636	0	0	98,1
74 Panama	2.271	3.939	23	216	680	2.637	2.974	6.791	0	3.265	98,2
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	9.399	14.744	123	958	2.560	2.200	12.081	17.902	0	1	99,9
77 Iran, Rép. islam. que d'	4.508	2.736	0	0	0	8.775	4.508	11.511	0	1.944	100,2
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	318	961	102	0	47	31	467	991	0	17	87,2
81 Tchécoslovaquie	0	5.845	0	1.313	3.989	2.635	3.989	9.793	0	4	99,3
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	5.256	18.753	0	0	1.355	2.692	6.611	21.445	0	0	97,5
Tranche supérieure											
84 Botswana	129	536	0	0	4	7	133	543	0	9	83,8
85 Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	6.416	19.221	0	1.259	3.347	2.177	9.764	22.658	0	0	100,3
88 Venezuela	13.795	28.839	0	3.249	15.550	2.284	29.345	34.372	15	0	99,0
89 Argentine	16.774	47.188	0	2.483	10.383	14.036	27.157	63.707	0	13.818	103,9
90 Uruguay	1.338	3.128	0	58	322	1.003	1.660	4.189	0	0	99,4
91 Brésil	57.500	95.130	0	1.238	13.546	20.147	71.046	116.514	20	10.832	99,9
92 Mexique	41.215	83.891	0	6.766	16.163	11.080	57.378	101.737	0	0	96,9
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	713	1.817	0	385	116	130	829	2.332	0	33	97,8
97 Gabon	1.271	2.935	15	121	228	787	1.513	3.842	0	466	95,7
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	7.215	20.170	119	0	2.395	8.398	9.729	28.568	0	0	97,0
100 Oman	436	2.270	0	0	163	427	599	2.697	0	0	96,7
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	18.236	29.318	683	0	10.561	11.200	29.480	40.518	0	0	97,6
103 Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
104 Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105 Yougoslavie	15.586	15.872	760	307	2.140	293	18.486	16.471	0	636	102,5
Eco. revenu faible/interméd.											
Afrique subsaharienne											
Asie de l'Est et l'océan Pacifique											
Asie du Sud											
Europe et Asie centrale											
Moyen-Orient et Afrique du Nord											
Amérique latine et Caraïbes											
Gravement endettés											
Economies à revenu élevé											
Membres de l'OCDE											
106 Irlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107 Israël	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108 Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109 Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
110 Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
111 Singapour	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
112 Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
113 Australie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
114 Italie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
115 Pays-Bas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
116 Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
117 Autriche	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
118 France	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Canada	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120 Etats-Unis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Allemagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
122 Danemark	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123 Finlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
124 Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
125 Suède	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
126 Japon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
127 Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies											
Exportateurs de pétrole											

Tableau 22. Flux de capitaux extérieurs publics et privés

	Décaissements (millions de dollars)				Remboursement du principal (millions de dollars)				Paielements d'intérêts (millions de dollars)			
	Dette à long terme publique et à garantie publique		Dette privée non garantie		Dette à long terme publique et à garantie publique		Dette privée non garantie		Dette à long terme publique et à garantie publique		Dette privée non garantie	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
Economies à faible revenu												
Chine et Inde												
Autres économies faible revenu												
1 Mozambique	0	141	0	0	0	23	0	3	0	10	0	0
2 Tanzanie	373	257	31	0	26	64	16	0	38	33	7	0
3 Ethiopie	102	260	0	0	17	90	0	0	17	36	0	0
4 Ouganda	92	179	0	0	32	68	0	0	4	24	0	0
5 Bhoutan	0	10	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0
6 Guinée-Bissau	69	29	0	0	3	2	0	0	1	2	0	0
7 Népal	50	155	0	0	2	30	0	0	2	27	0	0
8 Burundi	39	85	0	0	4	26	0	0	2	12	0	0
9 Tchad	6	97	0	0	3	4	0	0	0	5	0	0
10 Madagascar	350	198	0	0	30	48	0	0	26	67	0	0
11 Sierra Leone	86	47	0	0	32	1	0	0	8	1	0	0
12 Bangladesh	657	873	0	0	63	259	0	0	47	153	0	0
13 RDP lao	38	50	0	0	1	5	0	0	1	3	0	0
14 Malawi	153	170	0	0	33	61	0	0	35	41	0	0
15 Rwanda	27	100	0	0	3	13	0	0	2	7	0	0
16 Mali	95	95	0	0	6	5	0	0	3	6	0	0
17 Burkina Faso	65	146	0	0	11	25	0	0	6	15	0	0
18 Niger	167	67	113	0	23	98	35	36	16	11	49	10
19 Inde	1.895	7.147	285	317	664	3.403	91	278	502	2.585	30	116
20 Kenya	550	424	87	60	117	320	88	40	130	202	39	45
21 Nigéria	1.187	844	565	0	65	1.069	177	47	440	2.218	91	13
22 Chine	2.539	9.992	0	0	613	4.323	0	0	318	2.946	0	0
23 Haïti	47	34	0	0	15	6	0	0	5	6	0	0
24 Bénin	62	99	0	0	6	16	0	0	3	12	0	0
25 Rép. centrafricaine	25	114	0	0	1	4	0	0	0	5	0	0
26 Ghana	220	440	0	9	77	101	0	8	31	60	0	3
27 Pakistan	1.052	1.737	9	19	346	907	7	41	247	565	2	11
28 Togo	100	65	0	0	19	19	0	0	19	18	0	0
29 Guinée	121	237	0	0	75	82	0	0	23	39	0	0
30 Nicaragua	266	134	0	0	45	168	0	0	42	218	0	0
31 Sri Lanka	269	755	2	0	51	162	0	3	33	127	0	2
32 Mauritanie	130	57	0	0	17	40	0	0	13	20	0	0
33 Yémen, Rép. du	566	163	0	0	25	83	0	0	10	28	0	0
34 Honduras	264	209	81	23	39	126	48	15	58	135	25	4
35 Lesotho	13	50	0	0	3	17	0	0	1	10	0	0
36 Indonésie	2.551	5.606	695	3.467	940	4.172	693	1.948	824	2.645	358	844
37 Egypte, Rép. arabe d'	2.803	1.799	126	120	368	1.247	46	170	378	580	23	72
38 Zimbabwe	132	379	0	112	40	227	0	33	10	237	0	15
39 Soudan	711	130	0	0	53	13	0	0	49	10	0	0
40 Zambie	597	336	6	2	181	248	31	0	106	236	10	0
Economies à revenu intermédiaire												
Tranche inférieure												
41 Bolivie	441	287	16	0	126	114	19	25	164	107	9	12
42 Côte d'Ivoire	1.413	401	262	900	517	226	38	529	353	273	31	228
43 Sénégal	327	131	0	9	152	133	4	8	67	89	0	3
44 Philippines	1.382	1.682	472	261	221	1.392	320	112	375	1.395	204	66
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	120	213	15	228	32	159	40	203	30	78	22	55
46 Cameroun	562	425	50	76	82	149	32	86	104	157	15	18
47 Guatemala	138	80	32	3	15	157	62	3	30	97	30	10
48 Rép. dominicaine	415	108	67	0	62	103	74	16	92	77	29	7
49 Equateur	968	521	315	1	272	474	263	22	288	453	78	4
50 Maroc	1.703	1.276	75	8	565	940	25	8	607	1.083	11	5
51 Jordanie	369	611	0	0	103	279	0	0	79	304	0	0
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	1.248	500	60	0	959	454	60	112	547	340	124	19
54 El Salvador	110	275	0	0	17	155	18	5	25	69	11	2
55 Congo	520	32	0	0	34	178	0	0	37	38	0	0
56 Rép. arabe syrienne	1.148	531	0	0	225	496	0	0	77	131	0	0
57 Colombie	1.016	1.643	55	298	250	1.906	13	307	279	1.183	31	99
58 Paraguay	158	130	48	8	44	109	36	7	35	76	9	0
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	328	432	25	0	91	377	10	6	114	189	7	3
61 Roumanie	2.797	304	0	0	824	23	0	0	332	6	0	0
62 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	558	1.142	53	30	216	764	43	35	212	372	16	12
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	1.315	1.453	1.288	3.846	172	1.147	610	1.140	269	709	204	1.069
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Décaissements (millions de dollars)				Remboursement du principal (millions de dollars)				Paiements d'intérêts (millions de dollars)			
	Dettes à long terme publique et à garantie publique		Dettes privées non garanties		Dettes à long terme publique et à garantie publique		Dettes privées non garanties		Dettes à long terme publique et à garantie publique		Dettes privées non garanties	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
69 Turquie	2.400	4.740	75	310	566	3.946	29	630	487	2.659	20	146
70 Pologne	5.058	859	0	0	2.054	383	0	0	704	451	0	0
71 Bulgarie	222	674	0	0	5	802	0	0	23	274	0	0
72 Costa Rica	435	329	102	8	76	168	88	9	130	173	41	26
73 Algérie	3.398	6.391	0	0	2.529	7.712	0	0	1.439	1.952	0	0
74 Panama	404	1	0	0	215	73	0	0	252	108	0	0
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	857	703	2.694	943	891	594	571	327	483	2.199	435	292
77 Iran, Rép. islamique d'	264	1.086	0	0	531	174	0	0	432	25	0	0
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	93	103	4	50	15	55	4	31	20	45	3	5
81 Tchécoslovaquie	0	1.358	0	0	0	984	0	0	0	329	0	0
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	1.015	1.646	441	747	127	1.606	218	296	250	1.119	88	112
Tranche supérieure												
84 Botswana	27	68	0	0	6	47	0	0	7	32	0	0
85 Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	1.552	3.114	0	0	824	2.333	0	0	636	1.439	0	0
88 Venezuela	2.870	1.527	1.891	173	1.737	607	1.235	173	1.218	1.706	257	400
89 Argentine	2.839	1.641	1.869	0	1.146	2.432	707	0	841	3.017	496	133
90 Uruguay	293	507	63	299	93	468	37	124	105	170	17	16
91 Brésil	8.335	3.674	3.192	628	3.864	3.911	2.970	752	4.202	3.693	2.132	338
92 Mexique	9.131	5.819	2.450	1.771	4.010	3.602	750	1.491	3.880	5.776	700	595
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	363	93	0	0	176	173	0	0	50	143	0	0
97 Gabon	171	70	0	0	279	38	0	0	119	41	0	0
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	1.950	5.546	149	195	538	3.781	126	109	486	1.296	43	39
100 Oman	98	434	0	0	179	385	0	0	44	156	0	0
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	3.429	4.752	551	2.994	1.490	2.009	64	1.360	1.293	1.195	343	503
103 Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
104 Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105 Yougoslavie	1.366	105	3.223	666	368	1.351	2.012	1.039	249	988	829	235
Eco. revenu faible/interméd.												
Afrique subsaharienne												
Asie de l'Est et Pacifique												
Asie du Sud												
Europe et Asie centrale												
Moyen-Orient et Afrique du Nord												
Amérique latine et Caraïbes												
Gravement endettés												
Economies à revenu élevé												
Membres de l'OCDE												
106 Irlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107 Israël	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108 Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109 Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
110 Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
111 Singapour	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
112 Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
113 Australie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
114 Italie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
115 Pays-Bas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
116 Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
117 Autriche	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
118 France	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Canada	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120 Etats-Unis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Allemagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
122 Danemark	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123 Finlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
124 Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
125 Suède	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
126 Japon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
127 Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies												
Exportateurs de pétrole												

Tableau 23. Flux nets de ressources et transferts nets globaux

	Flux nets au titre de la dette à long terme (millions de dollars)				Investissements directs étrangers nets dans économie déclarante (millions de dollars)		Flux nets globaux de ressources (millions de dollars)		Transferts nets globaux (millions de dollars)			
	Publique et à garantie publique		Privée non garantie				1980	1991	1980	1991		
	1980	1991	1980	1991	1980	1991					1980	1991
Economies à faible revenu												
Chine et Inde												
Autres économies faible revenu												
1 Mozambique	0	118	0	-3	76	752	0	23	76	889	76	879
2 Tanzanie	348	193	15	0	485	688	0	0	848	880	804	847
3 Ethiopie	84	171	0	0	125	460	0	0	209	631	192	595
4 Ouganda	60	111	0	0	62	253	0	1	122	365	118	341
5 Bhoutan	0	5	0	0	2	28	0	0	2	33	2	31
6 Guinée-Bissau	66	28	0	0	37	60	0	0	103	88	102	85
7 Népal	48	125	0	0	79	160	0	0	127	285	125	259
8 Burundi	35	59	0	0	39	126	0	1	74	186	72	171
9 Tchad	3	93	0	0	22	106	0	0	25	199	25	194
10 Madagascar	319	150	0	0	30	352	0	14	349	516	322	447
11 Sierra Leone	54	46	0	0	24	33	-19	0	59	79	46	78
12 Bangladesh	594	614	0	0	1.001	1.070	0	1	1.595	1.685	1.548	1.532
13 RDP lao	37	45	0	0	16	54	0	0	53	99	52	96
14 Malawi	120	109	0	0	49	219	10	0	178	328	135	287
15 Rwanda	25	87	0	0	68	181	16	5	109	273	98	261
16 Mali	89	89	0	0	104	209	2	4	195	302	192	278
17 Burkina Faso	55	121	0	0	88	200	0	0	142	321	128	306
18 Niger	144	-32	79	-36	51	249	49	0	324	181	248	160
19 Inde	1.231	3.744	194	39	649	562	0	0	2.073	4.345	1.541	1.643
20 Kenya	433	104	-1	20	121	836	79	43	632	1.003	312	696
21 Nigéria	1.122	-225	388	-47	3	141	-740	712	773	581	-1.357	-1.836
22 Chine	1.927	5.669	0	0	7	262	0	4.366	1.934	10.298	1.616	7.342
23 Haïti	32	28	0	0	30	142	13	14	75	183	59	169
24 Bénin	56	83	0	0	41	147	4	0	101	231	96	218
25 Rép. centrafricaine	24	110	0	0	56	61	5	-5	85	166	85	161
26 Ghana	143	340	0	1	23	581	16	0	181	922	135	859
27 Pakistan	706	830	2	-22	482	429	63	257	1.254	1.494	1.000	876
28 Togo	82	46	0	0	15	92	42	0	139	139	119	99
29 Guinée	47	155	0	0	25	138	0	0	72	293	49	254
30 Nicaragua	221	-33	0	0	48	730	0	0	269	696	207	478
31 Sri Lanka	219	593	2	-3	161	200	43	98	425	887	377	737
32 Mauritanie	113	17	0	0	61	97	27	0	201	113	165	93
33 Yémen, Rép. du	542	80	0	0	335	87	34	0	910	167	900	139
34 Honduras	225	83	33	9	20	475	6	45	283	611	123	401
35 Lesotho	10	33	0	0	52	48	5	8	66	88	59	-72
36 Indonésie	1.611	1.434	2	1.519	109	300	180	1.482	1.902	4.735	-2.514	-1.056
37 Egypte, Rép. arabe d'	2.435	552	80	-50	165	3.355	548	253	3.229	4.110	2.813	3.451
38 Zimbabwe	93	152	0	80	127	231	2	0	221	462	133	210
39 Soudan	658	117	0	0	388	416	0	0	1.046	533	997	523
40 Zambie	416	89	-25	2	71	697	62	0	524	788	324	552
Economies à revenu intermédiaire												
Tranche inférieure												
41 Bolivie	315	173	-3	-25	48	599	47	52	407	800	214	663
42 Côte d'Ivoire	896	175	224	371	27	264	95	46	1.241	856	670	309
43 Sénégal	175	-2	-4	1	78	532	15	0	263	531	161	404
44 Philippines	1.161	290	152	149	59	400	-106	544	1.266	1.383	488	-381
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	89	54	-25	25	279	280	76	0	418	359	163	227
46 Cameroun	480	277	18	-10	29	269	130	0	656	536	422	361
47 Guatemala	123	-77	-30	0	14	51	111	91	217	66	114	-85
48 Rép. dominicaine	353	5	-7	-16	14	40	93	145	454	174	267	89
49 Equateur	696	46	52	-21	7	56	70	85	825	166	349	-419
50 Maroc	1.138	336	50	0	75	553	89	320	1.353	1.209	685	26
51 Jordanie	266	332	0	0	1.127	407	34	-12	1.427	727	1.348	422
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	289	46	0	-112	31	197	27	-7	347	124	-580	-269
54 El Salvador	92	120	-18	-5	31	114	6	25	111	255	34	147
55 Congo	486	-147	0	0	20	38	40	0	546	-109	503	-147
56 Rép. arabe syrienne	924	35	0	0	1.651	109	0	0	2.574	144	2.497	13
57 Colombie	766	-263	42	-9	8	51	157	420	974	199	553	-2.030
58 Paraguay	114	21	13	1	10	22	32	80	168	124	70	47
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	236	55	15	-6	13	248	28	127	292	424	57	59
61 Roumanie	1.973	281	0	0	..	..	0	40	1.973	321	1.641	315
62 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	342	378	10	-5	26	143	235	150	612	667	232	16
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	1.143	306	678	2.706	75	220	190	2.014	2.087	5.245	1.576	3.412
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Flux nets au titre de la dette à long terme (millions de dollars)													
Publique et à garantie publique		Privée non garantie		Dons publics (millions de dollars)		Investissements directs étrangers nets dans économie déclarante (millions de dollars)		Flux nets globaux de ressources (millions de dollars)		Transferts nets globaux (millions de dollars)			
1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991		
69	Turquie	1.834	794	46	-319	185	1.147	18	810	2.083	2.432	1.545	-541
70	Pologne	3.005	476	0	0	..	..	10	291	3.015	767	2.311	266
71	Bulgarie	217	-128	0	0	..	..	0	0	217	-128	193	-402
72	Costa Rica	359	160	14	0	0	83	53	142	425	385	235	140
73	Algérie	869	-1.321	0	0	77	79	349	0	1.295	-1.242	-830	-3.194
74	Panama	189	-73	0	0	6	89	-47	-62	149	-45	-174	-193
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	-34	109	2.123	616	9	97	213	576	2.312	1.398	1.307	-1.738
77	Iran, Rép. islam que d'	-267	912	0	0	1	70	0	0	-265	982	-1.095	958
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	78	48	0	19	13	16	1	19	93	101	69	29
81	Tchécoslovaquie	0	374	0	0	..	..	0	600	0	974	0	643
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	889	41	223	451	6	57	934	3.455	2.052	4.003	524	837
Tranche supérieure													
84	Botswana	21	21	0	0	51	62	112	0	184	83	69	51
85	Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	728	781	0	0	..	..	0	1.462	728	2.243	92	760
88	Venezuela	1.133	920	656	0	0	5	55	1.914	1.844	2.839	47	505
89	Argentine	1.693	-791	1.162	0	2	40	678	2.439	3.535	1.688	1.593	-2.269
90	Uruguay	200	39	26	175	1	10	290	0	516	224	395	38
91	Brésil	4.472	-237	222	-124	14	46	1.911	1.600	6.618	1.286	-670	-4.545
92	Mexique	5.121	2.217	1.700	280	14	62	2.156	4.762	8.991	7.321	3.043	-556
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	187	-80	0	0	1	4	185	169	372	93	-157	-286
97	Gabon	-109	32	0	0	4	35	32	125	-73	192	-465	-32
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	1.411	1.765	23	86	28	15	157	2.021	1.620	3.887	1.074	2.488
100	Oman	-81	49	0	0	157	3	98	0	174	51	-156	-105
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	1.940	2.743	487	1.633	8	6	6	1.116	2.440	5.498	740	3.504
103	Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
104	Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105	Yougoslavie	998	-1.247	1.211	-373	..	..	0	0	2.208	-1.620	1.131	-2.843
Eco. revenu faible/ interméd.													
Afrique subsaharienne													
Asie de l'Est et Pacifique													
Asie du Sud													
Europe et Asie centrale													
Moyen-Orient et Afrique du Nord													
Amérique latine et Caraïbes													
Gravement endettées													
Economies à revenu élevé													
Membres de l'OCDE													
106	Irlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107	† Israël	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108	Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109	Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
110	† Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
111	† Singapour	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
112	Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
113	Australie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
114	Italie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
115	Pays-Bas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
116	Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
117	Autriche	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
118	France	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119	Canada	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120	Etats-Unis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121	Allemagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
122	Danemark	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123	Finlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
124	Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
125	Suède	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
126	Japon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
127	Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies													
Exportateurs de pétrole													

Tableau 24. Ratios de la dette extérieure totale

	Dette extérieure totale				Service total en % des exportations de biens et services		Paiements d'intérêts en % des exportations de biens et services		Dette concessionnelle en % dette extérieure totale		Dette multilatérale en % dette extérieure totale	
	En % des exportations de biens et services		En % du PNB									
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
Economies à faible revenu	105,5 w	225,7 w	16,6 w	44,6 w	10,1 w	21,0 w	5,0 w	9,4 w	45,9 w	38,2 w	15,9 w	24,1 w
Chine et Inde	69,1 w	140,7 w	5,3 w	21,5 w	6,4 w	16,9 w	2,6 w	7,4 w	61,7 w	30,6 w	24,2 w	23,8 w
Autres économies faible revenu	120,2 w	307,7 w	33,5 w	85,7 w	11,6 w	25,0 w	6,0 w	11,3 w	42,2 w	41,4 w	14,0 w	24,2 w
1 Mozambique	0,0	1.117,1	0,0	426,0	0,0	10,6	0,0	4,3	0,0	59,7	0,0	12,0
2 Tanzanie	321,7	1.207,8	48,3	250,8	19,6	24,6	10,0	7,6	55,3	60,0	21,4	30,5
3 Ethiopie	131,4	464,7	19,5	53,4	7,3	18,6	4,5	5,8	70,6	81,5	42,2	39,1
4 Ouganda	210,3	1.429,4	55,1	109,2	17,4	70,0	3,7	18,8	26,9	58,7	12,4	51,2
5 Bhoutan	..	95,4	0,0	38,8	..	7,2	..	2,4	0,0	80,1	0,0	57,3
6 Guinée-Bissau	..	..	128,0	323,7	..	..	..	..	64,3	67,9	21,3	42,9
7 Népal	85,5	370,0	10,4	53,5	3,2	13,6	2,1	6,2	75,7	90,4	62,0	78,7
8 Burundi	180,1	758,8	18,2	83,8	9,5	31,5	4,8	10,9	62,6	88,2	35,7	74,9
9 Tchad	320,2	251,1	31,6	47,0	8,3	4,5	0,7	2,7	50,9	80,1	32,6	63,9
10 Madagascar	235,7	744,6	30,6	148,3	17,1	32,0	10,9	15,6	39,3	57,6	14,9	37,4
11 Sierra Leone	157,7	..	40,7	167,5	23,2	..	5,7	..	32,8	31,0	14,2	14,4
12 Bangladesh	345,3	443,7	31,3	56,0	23,2	19,9	6,4	6,4	82,4	91,0	30,3	53,6
13 RDP lao	..	996,2	..	109,8	..	7,6	..	2,9	92,1	97,3	7,1	28,6
14 Malawi	260,8	318,8	72,1	78,5	27,7	25,0	16,7	9,4	33,8	76,8	26,7	71,5
15 Rwanda	103,4	591,8	16,3	53,7	4,2	17,6	2,8	8,6	74,4	91,9	47,8	73,9
16 Mali	227,3	442,7	45,4	104,8	5,1	4,6	2,3	2,1	84,5	91,9	23,7	38,0
17 Burkina Faso	88,0	188,8	22,3	34,9	5,9	9,1	3,1	4,2	66,9	77,5	42,9	67,0
18 Niger	132,8	466,8	34,5	72,9	21,7	50,4	12,9	9,3	18,0	49,9	16,5	43,7
19 Inde	136,2	295,3	11,9	29,3	9,3	30,7	4,2	13,6	75,1	41,6	29,5	33,5
20 Kenya	167,3	318,4	49,0	89,6	21,8	32,7	11,4	14,5	20,8	40,6	18,3	38,2
21 Nigéria	32,2	257,1	10,1	108,8	4,2	25,2	3,3	16,8	6,1	3,1	6,4	11,6
22 Chine	21,2	87,1	1,5	16,4	4,4	12,1	1,5	5,3	0,5	17,6	0,0	12,4
23 Haïti	72,9	186,5	20,9	28,8	6,2	6,6	1,8	4,0	70,7	75,1	43,8	67,5
24 Bénin	133,1	262,2	30,2	70,1	6,3	6,2	4,5	3,0	39,2	78,2	24,5	45,7
25 Rép. centrafricaine	94,7	671,9	24,3	71,5	4,9	11,4	1,6	5,9	30,1	78,1	27,4	57,8
26 Ghana	116,0	384,5	31,8	66,9	13,1	26,9	4,4	9,9	57,9	56,9	19,8	49,2
27 Pakistan	208,8	244,9	42,4	50,1	17,9	21,1	7,6	10,0	73,1	54,9	15,4	35,0
28 Togo	180,1	187,2	95,3	85,0	9,0	7,3	5,8	3,5	24,4	57,5	11,4	44,9
29 Guinée	200,5	351,0	..	94,8	19,8	17,9	6,0	5,8	59,7	70,3	11,7	31,5
30 Nicaragua	423,4	2.917,8	108,5	153,5	22,3	109,3	13,4	62,4	21,5	28,7	19,4	9,2
31 Sri Lanka	123,4	211,0	46,1	72,6	12,0	13,9	5,7	5,7	56,2	73,3	11,7	31,8
32 Mauritanie	306,6	458,2	125,7	214,7	17,3	16,8	7,9	6,2	60,5	68,1	14,9	26,9
33 Yémen, Rép. du	104,7	292,5	..	88,1	4,5	7,3	2,3	3,5	83,9	73,8	14,9	16,4
34 Honduras	152,0	330,8	60,5	113,8	21,4	30,6	12,4	15,8	23,4	37,2	31,1	50,9
35 Lesotho	19,5	73,2	11,2	39,2	1,5	4,6	0,6	1,8	61,0	77,0	55,3	72,9
36 Indonésie	94,2	223,2	28,0	66,4	13,9	32,7	6,5	13,2	36,4	28,3	8,8	21,7
37 Egypte, Rép. arabe d'	227,0	280,0	97,5	133,1	14,7	16,7	9,1	6,3	46,1	37,6	12,6	8,2
38 Zimbabwe	45,4	164,9	14,9	57,0	3,8	27,2	1,5	14,4	2,3	29,1	0,4	21,2
39 Soudan	499,4	3.465,6	77,2	..	25,5	..	12,8	..	34,4	29,0	12,3	11,7
40 Zambie	200,7	624,8	90,7	..	25,3	50,3	8,7	26,1	25,4	35,9	12,2	20,9
Economies à revenu intermédiaire	132,5 w	159,8 w	31,9 w	41,2 w	23,9 w	20,3 w	12,2 w	9,3 w	8,1 w	9,9 w	6,4 w	13,0 w
Tranche inférieure	100,2 w	157,6 w	28,7 w	53,2 w	16,7 w	19,5 w	8,0 w	8,3 w	14,8 w	16,5 w	8,6 w	14,9 w
41 Bolivie	258,2	432,4	93,3	85,3	35,0	34,0	21,1	14,7	24,7	42,1	16,6	42,2
42 Côte d'Ivoire	160,7	566,1	58,8	222,6	28,3	43,4	13,0	17,6	7,6	12,5	9,0	15,6
43 Sénégal	162,7	224,6	50,5	63,1	28,7	19,9	10,5	7,9	27,9	55,0	17,8	40,1
44 Philippines	212,3	215,6	53,8	70,2	26,6	23,2	18,2	11,0	6,7	25,9	7,5	20,9
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	66,0	160,7	28,9	84,6	13,8	29,6	6,6	8,5	12,2	25,5	21,2	31,6
46 Cameroun	136,7	252,7	36,8	57,5	15,2	18,7	8,1	8,8	31,4	23,9	16,8	22,6
47 Guatemala	63,6	142,9	14,9	29,5	7,9	15,3	3,7	6,7	21,6	25,4	30,0	35,2
48 Rép. dominicaine	133,8	193,1	31,2	65,7	25,3	11,6	12,0	4,6	20,5	27,5	10,2	19,6
49 Equateur	201,6	362,7	53,8	114,5	33,9	32,2	15,9	14,7	5,0	8,1	5,4	17,9
50 Maroc	224,5	257,5	53,3	80,0	32,7	27,8	17,0	14,2	37,6	25,9	7,4	23,9
51 Jordanie	79,0	283,4	..	226,9	8,4	20,9	4,3	11,8	41,5	34,1	8,0	10,8
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	194,2	483,6	47,6	44,3	44,5	27,7	19,9	13,4	15,1	11,5	5,5	9,2
54 El Salvador	71,1	155,4	26,2	37,4	7,5	17,2	4,7	5,8	25,9	59,3	28,3	38,7
55 Congo	148,1	386,3	99,0	181,7	10,6	21,3	6,6	6,4	26,4	36,4	7,7	12,1
56 Rép. arabe syrienne	106,2	..	27,1	103,8	11,4	..	4,7	..	63,5	78,4	8,8	6,2
57 Colombie	117,1	167,7	20,9	43,5	16,0	35,2	11,6	13,8	16,3	5,6	19,5	35,5
58 Paraguay	121,9	125,7	20,7	35,0	18,6	11,9	8,5	5,3	31,9	30,7	20,2	33,2
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	129,3	186,3	78,3	134,9	19,0	29,4	10,8	9,7	20,9	27,4	15,0	26,8
61 Roumanie	80,3	39,3	..	6,9	12,6	2,0	4,9	1,5	0,0	1,0	8,3	1,4
62 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	96,0	137,2	41,6	66,2	14,8	22,7	6,9	7,3	39,9	35,3	12,3	32,7
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	96,8	94,9	26,0	39,0	18,9	13,1	9,5	7,0	10,9	13,2	12,0	9,9
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Dettes extérieures totales				Service total en % des exportations de biens et services		Paievements d'intérêts en % des exportations de biens et services		Dettes concessionnelles en % de la dette extérieure totale		Dettes multilatérales en % de la dette extérieure totale	
	En % des exportations de biens et services		En % du PNB									
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
69 Turquie	332,9	194,7	34,3	48,1	28,0	30,5	14,9	12,8	23,0	15,6	11,2	20,2
70 Pologne	54,9	281,4	16,3	68,5	17,9	5,4	5,2	3,3	9,1	2,9	0,0	1,7
71 Bulgarie	2,9	237,9	1,4	151,7	0,3	22,1	0,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,6
72 Costa Rica	225,2	177,8	59,7	74,9	29,1	18,4	14,6	10,3	9,5	22,8	16,4	29,4
73 Algérie	129,9	214,8	47,0	70,4	27,4	73,7	10,4	15,8	6,5	3,4	1,5	9,5
74 Panama	38,4	106,4	87,5	130,1	6,3	3,9	3,3	1,9	9,0	6,7	11,0	14,1
75 Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76 Chili	192,5	153,5	45,5	60,7	43,1	33,9	19,0	24,3	6,2	2,1	2,9	24,1
77 Iran, Rép. islam que d'	32,0	57,3	4,9	11,5	6,8	3,9	3,1	3,0	7,4	0,8	13,8	0,7
78 Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79 Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80 Maurice	80,7	53,2	41,6	37,0	9,1	8,8	5,9	3,0	15,6	39,3	16,6	29,7
81 Tchécoslovaquie	28,0	68,9	9,8	29,5	3,9	11,6	3,9	4,7	0,0	0,0	0,0	4,8
82 Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83 Malaisie	44,6	53,7	28,0	47,6	6,3	8,3	4,0	3,6	10,1	12,1	11,3	9,1
Tranche supérieure	173,1 w	162,2 w	34,4 w	33,2 w	33,0 w	21,1 w	17,5 w	10,4 w	3,5 w	2,9 w	4,8 w	11,1 w
84 Botswana	17,8	23,0	14,8	15,7	1,9	3,4	1,1	1,4	46,6	40,3	63,3	71,4
85 Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87 Hongrie	..	180,8	44,8	77,0	..	32,5	..	13,2	5,6	0,4	0,0	14,8
88 Venezuela	132,0	187,0	42,1	65,3	27,2	18,7	13,8	13,9	0,4	0,2	0,7	6,4
89 Argentine	242,4	433,0	48,4	49,2	37,3	48,4	20,8	25,1	1,8	0,9	4,0	8,5
90 Uruguay	104,1	175,3	17,0	45,3	18,8	38,2	10,6	11,7	5,2	1,7	11,0	20,5
91 Brésil	305,2	324,9	31,3	28,8	63,1	30,0	33,8	15,4	2,5	2,5	4,4	9,5
92 Mexique	259,2	224,1	30,5	36,9	49,5	30,9	27,4	17,3	0,9	1,0	5,6	15,2
93 Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95 Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Trinité-et-Tobago	24,6	105,4	14,0	48,2	6,8	16,2	1,6	8,4	4,7	2,4	8,6	6,7
97 Gabon	62,2	152,5	39,2	88,1	17,7	6,5	6,3	4,0	8,2	21,4	2,6	9,1
98 Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Portugal	99,5	103,2	40,5	43,9	18,3	21,1	10,5	7,1	4,4	3,3	5,5	9,8
100 Oman	15,4	..	11,2	29,4	6,4	..	1,8	..	43,6	10,3	5,8	4,9
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Corée, Rép. de	130,6	47,6	48,7	14,4	19,7	7,1	12,7	3,1	9,7	11,6	8,0	8,9
103 Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
104 Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105 Yougoslavie	103,1	87,8	25,6	..	20,8	20,4	7,2	6,9	7,9	4,3	7,6	16,9
Eco. revenu faible/interméd.	124,9 w	176,9 w	26,2 w	42,3 w	20,0 w	20,5 w	10,2 w	9,3 w	16,9 w	19,3 w	8,6 w	16,7 w
Afrique subsaharienne	96,6 w	329,4 w	28,6 w	107,9 w	10,9 w	20,8 w	5,7 w	10,5 w	26,9 w	33,8 w	13,4 w	22,7 w
Asie de l'Est et Pacifique	89,8 w	96,2 w	16,9 w	28,2 w	13,5 w	13,3 w	7,7 w	5,9 w	16,4 w	21,2 w	8,7 w	15,4 w
Asie du Sud	160,4 w	287,1 w	17,0 w	35,6 w	11,9 w	26,0 w	5,1 w	11,5 w	74,4 w	52,4 w	25,0 w	36,7 w
Europe et Asie centrale	81,2 w	152,2 w	24,3 w	51,4 w	14,0 w	20,0 w	6,0 w	7,7 w	9,6 w	5,8 w	6,1 w	10,8 w
Moyen-Orient et	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Afrique du Nord	114,4 w	185,8 w	31,0 w	58,8 w	16,1 w	25,9 w	7,3 w	8,4 w	31,8 w	31,4 w	8,3 w	11,7 w
Amérique latine et Caraïbes	195,5 w	256,0 w	35,1 w	41,3 w	37,1 w	29,2 w	19,6 w	15,8 w	4,5 w	5,4 w	5,8 w	14,2 w
Gravement endettées	176,6 w	285,9 w	34,0 w	46,4 w	34,0 w	30,8 w	17,1 w	14,1 w	6,7 w	8,3 w	5,0 w	10,9 w
Economies à revenu élevé	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Membres de l'OCDE	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
106 Irlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107 Israël	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108 Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109 Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
110 Hong Kong	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
111 Singapour	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
112 Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
113 Australie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
114 Italie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
115 Pays-Bas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
116 Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
117 Autriche	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
118 France	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Canada	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120 Etats-Unis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Allemagne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
122 Danemark	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123 Finlande	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
124 Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
125 Suède	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
126 Japon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
127 Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Toutes économies	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Exportateurs de pétrole	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Tableau 25. Conditions des emprunts publics extérieurs

	Engagements (millions de dollars)		Taux d'intérêt moyen (%)		Échéance moyenne (années)		Différé d'amortissement moyen (années)		Emprunts publics à taux d'intérêt variables, en pourcentage de la dette publique	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
Economies à faible revenu	30.186 t	37.643 t	6,3 w	5,3 w	23 w	22 w	6 w	6 w	16,6 w	22,0 w
Chine et Inde	8.728 t	17.985 t	7,6 w	6,1 w	24 w	18 w	6 w	5 w	14,8 w	26,3 w
Autres économies faible revenu	21.457 t	19.657 t	5,8 w	4,6 w	23 w	25 w	6 w	7 w	17,0 w	20,2 w
1 Mozambique	479	80	5,2	1,4	15	34	4	9	0,0	3,7
2 Tanzanie	710	246	4,1	1,9	23	42	8	12	4,4	5,5
3 Ethiopie	175	100	3,7	3,5	18	20	4	7	1,5	2,9
4 Ouganda	209	437	4,6	2,2	25	37	6	9	1,3	1,3
5 Bhoutan	7	7	1,0	1,0	50	39	10	10	0,0	0,0
6 Guinée-Bissau	38	16	2,4	0,7	18	39	4	10	1,6	0,2
7 Népal	92	68	0,8	1,0	46	38	10	10	0,0	0,0
8 Burundi	102	102	1,3	1,2	42	40	9	10	0,0	0,0
9 Tchad	0	73	0,0	0,7	0	50	0	10	0,2	0,0
10 Madagascar	445	53	5,6	0,7	18	40	5	10	8,3	6,1
11 Sierra Leone	70	46	5,2	0,7	26	48	7	10	0,0	1,1
12 Bangladesh	1.034	952	1,7	1,0	36	38	9	10	0,1	0,0
13 RDP lao	94	147	0,2	0,8	40	40	31	10	0,0	0,0
14 Malawi	130	187	6,0	0,7	24	41	6	10	23,2	3,4
15 Rwanda	48	181	1,5	0,8	39	42	9	11	0,0	0,0
16 Mali	145	152	2,2	0,8	23	42	5	10	0,0	0,3
17 Burkina Faso	115	167	4,3	1,0	21	37	6	10	4,3	0,0
18 Niger	341	48	7,4	2,7	18	30	5	10	56,4	16,5
19 Inde	4.902	8.538	5,4	5,8	34	20	7	6	4,2	21,0
20 Kenya	560	476	3,9	2,4	30	35	8	9	27,0	20,2
21 Nigéria	1.904	1.362	10,5	6,1	11	22	4	6	74,4	31,8
22 Chine	3.826	9.447	10,4	6,4	11	16	3	4	58,8	33,1
23 Haïti	51	52	5,5	1,3	20	39	6	10	3,1	0,6
24 Bénin	448	145	8,3	1,1	12	36	4	9	0,4	2,1
25 Rép. centrafricaine	38	118	0,6	2,9	13	32	4	8	1,9	0,1
26 Ghana	170	333	1,4	2,6	44	33	10	8	0,9	2,6
27 Pakistan	1.115	1.558	4,4	6,6	30	19	7	5	1,5	14,4
28 Togo	97	14	4,0	0,8	24	40	7	10	12,0	3,3
29 Guinée	269	100	4,6	2,6	19	24	6	5	0,3	7,2
30 Nicaragua	424	244	3,9	1,8	25	39	7	10	47,9	25,9
31 Sri Lanka	752	948	3,9	2,2	30	34	8	9	6,9	5,6
32 Mauritanie	215	0	3,6	0,0	21	0	8	0	2,4	5,6
33 Yémen, Rép. du	553	128	2,7	0,9	27	39	6	10	0,0	1,5
34 Honduras	495	254	6,8	3,1	24	27	7	8	34,3	21,7
35 Lesotho	59	176	5,9	5,6	24	25	6	7	3,5	0,0
36 Indonésie	4.277	7.840	8,1	6,1	19	20	6	6	30,7	43,1
37 Egypte, Rép. arabe d'	2.558	1.375	5,0	5,2	28	23	9	7	4,5	11,5
38 Zimbabwe	171	953	7,1	6,0	15	14	6	4	0,4	26,8
39 Soudan	905	16	6,1	0,7	18	40	5	10	10,6	19,6
40 Zambie	645	324	6,7	1,1	19	39	4	10	12,6	12,0
Economies à revenu intermédiaire	67.406 t	65.111 t	10,7 w	7,2 w	12 w	14 w	4 w	4 w	54,9 w	50,6 w
Tranche inférieure	33.634 t	34.445 t	9,5 w	6,8 w	14 w	15 w	5 w	5 w	38,8 w	45,3 w
41 Bolivie	370	408	8,4	5,1	15	25	5	6	31,6	24,2
42 Côte d'Ivoire	1.685	362	11,4	6,0	10	23	4	6	42,4	65,7
43 Sénégal	470	295	5,9	3,7	20	29	6	7	12,7	4,4
44 Philippines	2.143	2.751	9,9	4,9	17	24	5	7	49,9	41,7
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	184	261	11,2	4,5	18	24	5	7	43,5	52,7
46 Cameroun	164	353	6,9	6,2	24	18	6	5	22,9	18,6
47 Guatemala	247	35	7,9	2,3	15	32	4	3	35,6	16,8
48 Rép. dominicaine	519	166	8,9	4,7	12	20	4	7	47,2	31,5
49 Equateur	1.148	547	10,7	7,6	14	16	4	4	62,5	61,0
50 Maroc	1.686	1.834	8,0	6,5	15	19	5	6	31,0	52,5
51 Jordanie	768	505	7,3	1,7	15	29	4	9	13,4	28,2
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	1.614	328	9,4	3,1	12	30	3	10	31,2	27,8
54 El Salvador	225	379	4,2	7,4	28	17	8	5	27,4	14,1
55 Congo	966	0	7,7	0,0	11	0	3	0	6,6	27,3
56 Rép. arabe syrienne	1.168	401	1,3	6,0	24	27	5	5	0,0	0,0
57 Colombie	1.566	2.323	12,9	7,3	15	12	4	6	40,8	50,7
58 Paraguay	99	0	7,0	0,0	24	0	7	0	27,3	16,8
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	225	444	7,6	7,2	14	19	5	4	23,0	25,7
61 Roumanie	1.886	1.435	14,1	6,2	8	10	4	5	59,2	5,0
62 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Tunisie	777	1.366	6,7	6,7	18	16	5	5	20,0	23,4
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	1.877	1.156	9,5	5,0	17	19	5	5	51,4	56,6
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Engagements (millions de dollars)		Taux d'intérêt moyen (%)		Echéance moyenne (années)		Différé d'amortissement moyen (années)		Emprunts publics à taux d'intérêt variables, en pourcentage de la dette publique	
		1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1980	1991
69	Turquie	2.925	3.880	8,3	7,9	16	13	5	6	26,5	35,5
70	Pologne	1.715	1.637	9,3	7,9	11	14	4	4	37,8	67,7
71	Bulgarie	1.578	269	13,9	7,7	9	17	6	5	76,7	73,0
72	Costa Rica	621	179	11,2	7,1	13	6	5	3	57,0	32,1
73	Algérie	3.538	8.429	8,1	7,4	12	8	4	2	25,0	41,6
74	Panama	534	0	11,3	0,0	11	0	5	0	52,7	61,3
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	835	1.223	13,9	7,0	8	15	4	4	75,6	76,6
77	Iran, Rép. islam que d'	0	759	0,0	6,1	0	21	0	2	37,8	84,7
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	121	107	10,4	6,1	14	17	4	7	47,0	32,8
81	Tchécoslovaquie	8	1.423	8,2	8,3	12	8	4	4	0,0	33,3
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	1.423	868	11,2	7,4	14	13	5	7	50,7	52,2
Tranche supérieure		33.772 t	30.666 t	11,9 w	7,7 w	11 w	14 w	4 w	4 w	67,0 w	56,3 w
84	Botswana	69	28	6,0	0,5	18	48	4	10	0,0	14,5
85	Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie ^a	1.225	2.627	9,8	8,5	13	9	3	6	39,8	56,4
88	Venezuela	2.769	1.055	12,1	8,4	8	15	3	5	81,4	62,7
89	Argentine	3.023	2.374	13,8	8,0	9	20	4	5	74,0	58,3
90	Uruguay	347	447	10,1	7,9	14	14	6	3	35,4	60,1
91	Brésil	9.638	3.975	12,5	7,6	10	11	4	4	72,2	71,8
92	Mexique	7.632	7.279	11,3	8,2	10	13	4	4	75,9	45,9
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	211	283	10,4	7,7	9	20	4	5	31,9	51,7
97	Gabon	196	169	11,2	5,4	11	16	3	5	39,3	10,2
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	2.015	6.531	10,9	7,0	10	19	3	2	30,6	27,0
100	Oman	454	362	7,9	5,8	9	7	3	5	0,0	59,7
101	Porto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	4.928	4.910	11,3	7,7	15	11	4	4	36,4	41,8
103	Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
104	Arabie saoudite	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
105	Yougoslavie	1.187	595	15,1	8,0	9	14	3	5	77,6	75,1
Eco. revenu faible/ interméd.		97.592 t	102.753 t	9,4 w	6,5 w	16 w	17 w	5 w	5 w	45,0 w	40,7 w
Afrique subsaharienne		13.271 t	7.548 t	7,1 w	3,8 w	17 w	28 w	5 w	7 w	23,7 w	21,2 w
Asie de l'Est et Pacifique		19.468 t	27.414 t	9,8 w	6,3 w	16 w	17 w	5 w	5 w	40,0 w	41,6 w
Asie du Sud		7.925 t	12.074 t	4,6 w	5,2 w	33 w	22 w	7 w	7 w	3,1 w	16,1 w
Europe et Asie centrale		12.542 t	18.397 t	11,2 w	7,6 w	11 w	14 w	4 w	4 w	47,4 w	52,4 w
Moyen-Orient et											
Afrique du Nord		11.616 t	15.229 t	6,3 w	6,7 w	19 w	14 w	5 w	4 w	18,2 w	27,0 w
Amérique latine et Caraïbes		32.770 t	22.092 t	11,6 w	7,5 w	11 w	15 w	4 w	5 w	68,0 w	55,1 w
Gravement endettés		37.501 t	28.948 t	10,7 w	7,4 w	11 w	13 w	4 w	4 w	59,4 w	53,7 w
Economies à revenu élevé											
Membres de l'OCDE											
106	Irlande										
107	Israël										
108	Nouvelle-Zélande										
109	Espagne										
110	Hong Kong										
111	Singapour										
112	Royaume-Uni										
113	Australie										
114	Italie										
115	Pays-Bas										
116	Belgique										
117	Autriche										
118	France										
119	Canada										
120	Etats-Unis										
121	Allemagne										
122	Danemark										
123	Finlande										
124	Norvège										
125	Suède										
126	Japon										
127	Suisse										
Toutes économies											
Exportateurs de pétrole											

a. Les chiffres ne comprennent que la dette en monnaies convertibles.

Tableau 26. Accroissement passé et projeté de la population

	Accroissement annuel moyen (%)			Population (millions d'habitants)			Population stationnaire hypothétique (millions d'habitants)	Répartition par âge de la population (%)			
	1970-80	1980-91	1991-2000 ^a	1991	2000 ^a	2025 ^a		0-14 ans		15-64 ans	
								1991	2025 ^a	1991	2025 ^a
Economies à faible revenu	2,2 w	2,0 w	1,8 w	3.127 t	3.686 t	5.184 t		35,4 w	26,8 w	60,6 w	65,6 w
Chine et Inde	2,0 w	1,7 w	1,5 w	2.016 t	2.307 t	2.934 t		31,1 w	22,4 w	63,6 w	67,6 w
Autres économies faible revenu	2,6 w	2,6 w	2,4 w	1.111 t	1.379 t	2.250 t		43,1 w	32,4 w	55,2 w	63,0 w
1 Mozambique	2,6	2,6	2,9	16	21	43	113	44,5	42,2	52,1	55,0
2 Tanzanie	3,0	3,0	3,0	25	33	59	116	46,7	36,4	50,5	60,9
3 Ethiopie	2,7	3,1	2,7	53	67	130	303	45,9	41,2	51,1	56,3
4 Ouganda	2,7	2,5	3,3	17	23	48	137	48,7	45,1	48,6	53,4
5 Bhoutan	1,8	2,1	2,4	1	2	3	6	40,6	34,3	55,8	61,7
6 Guinée-Bissau	4,7	1,9	2,0	1	1	2	4	43,2	38,6	53,5	59,2
7 Népal	2,6	2,6	2,5	19	24	38	65	43,4	30,8	53,7	64,7
8 Burundi	1,6	2,9	2,9	6	7	14	33	45,6	40,8	50,7	56,6
9 Tchad	2,1	2,4	2,6	6	7	14	29	42,2	39,0	53,4	57,4
10 Madagascar	2,6	3,0	2,8	12	15	26	49	45,1	33,9	52,5	62,5
11 Sierra Leone	2,1	2,4	2,6	4	5	10	23	43,5	40,5	52,6	56,4
12 Bangladesh	2,7	2,2	1,9	111	131	180	268	42,3	26,2	56,8	69,0
13 RDP lao	1,6	2,7	2,9	4	6	10	20	44,5	37,1	51,7	59,3
14 Malawi	3,1	3,3	3,1	9	12	24	73	46,9	45,0	49,7	52,8
15 Rwanda	3,4	3,0	2,3	7	9	17	37	48,9	40,8	50,6	57,2
16 Mali	2,1	2,6	3,1	9	11	24	59	46,8	41,0	49,8	56,5
17 Burkina Faso	2,1	2,6	3,0	9	12	23	50	45,7	38,6	50,9	58,8
18 Niger	2,9	3,3	3,5	8	11	24	76	47,8	45,6	49,1	52,2
19 Inde	2,3	2,1	1,8	866	1.017	1.365	1.886	35,8	23,9	60,2	68,1
20 Kenya	3,8	3,8	3,5	25	34	73	192	48,8	41,0	49,4	56,3
21 Nigéria	2,9	3,0	2,8	99	128	217	382	46,5	31,9	52,3	63,9
22 Chine	1,8	1,5	1,3	1.150	1.290	1.569	1.890	27,0	21,2	66,4	67,1
23 Haïti	1,7	1,9	1,7	7	8	10	17	39,8	29,1	56,8	65,8
24 Bénin	2,7	3,2	2,9	5	6	11	20	47,5	34,9	50,8	62,0
25 Rép. centrafricaine	2,2	2,7	2,5	3	4	7	18	42,3	41,4	53,5	56,3
26 Ghana	2,2	3,2	3,2	15	20	36	69	46,8	34,6	50,5	62,0
27 Pakistan	3,1	3,1	2,8	116	148	244	402	44,0	29,6	53,5	65,5
28 Togo	2,6	3,4	3,1	4	5	9	19	45,4	36,6	51,1	60,0
29 Guinée	1,4	2,6	2,9	6	8	14	33	46,7	40,6	50,7	56,8
30 Nicaragua	3,1	2,7	3,1	4	5	8	14	47,7	28,7	50,6	66,4
31 Sri Lanka	1,7	1,4	1,1	17	19	24	29	31,7	21,3	64,2	66,1
32 Mauritanie	2,4	2,4	2,9	2	3	5	14	44,8	42,6	50,8	54,9
33 Yémen, Rép. du	2,7	3,8	3,7	13	17	37	86	49,3	40,2	49,7	57,5
34 Honduras	3,4	3,3	2,9	5	7	11	18	39,8	28,1	56,8	66,9
35 Lesotho	2,3	2,8	2,4	2	2	3	6	41,9	29,0	55,0	65,7
36 Indonésie	2,4	1,8	1,4	181	206	265	354	35,8	23,6	60,2	68,4
37 Egypte, Rép. arabe d'	2,1	2,5	2,1	54	65	92	134	39,1	25,5	57,5	66,8
38 Zimbabwe	2,9	3,4	2,3	10	12	18	28	44,5	28,5	53,7	67,5
39 Soudan	3,0	2,7	3,0	26	34	60	117	45,2	35,5	52,4	60,9
40 Zambie	3,0	3,6	3,0	8	11	21	49	48,3	41,6	49,7	56,6
Economies à revenu intermédiaire	2,2 w	1,8 w	1,5 w	1.401 t	1.561 t	2.140 t		35,4 w	25,3 w	60,1 w	65,0 w
Tranche inférieure	2,2 w	2,0 w	1,8 w	774 t	894 t	1.302 t		36,8 w	27,0 w	58,7 w	64,8 w
41 Bolivie	2,6	2,5	2,4	7	9	14	22	41,2	28,1	55,9	66,3
42 Côte d'Ivoire	4,1	3,8	3,3	12	17	32	67	48,2	38,2	49,7	59,0
43 Sénégal	2,9	3,0	2,8	8	10	18	38	45,5	38,1	51,6	59,3
44 Philippines	2,5	2,4	1,9	63	74	102	140	39,2	24,0	59,1	68,5
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	2,4	2,3	2,3	4	5	7	12	40,3	29,0	57,2	66,5
46 Cameroun	3,0	2,8	3,1	12	16	29	56	44,7	35,7	51,6	61,0
47 Guatemala	2,8	2,9	2,9	9	12	21	36	45,2	30,3	52,3	65,0
48 Rép. dominicaine	2,6	2,2	1,6	7	8	11	14	37,4	23,0	60,6	67,7
49 Equateur	3,0	2,6	2,1	11	13	18	25	38,9	23,9	58,9	68,5
50 Maroc	2,4	2,6	2,2	26	31	45	65	40,7	24,6	57,5	68,7
51 Jordanie	3,7	4,7	4,0	4	5	9	14	43,6	27,4	56,7	67,3
52 Tadjikistan	..	3,0	3,1	5	7	13	21	44,9	30,3	50,2	64,2
53 Pérou	2,8	2,2	1,9	22	26	36	48	37,1	23,4	60,8	68,4
54 El Salvador	2,4	1,4	2,0	5	6	9	14	43,0	25,2	55,2	69,1
55 Congo	3,0	3,4	3,4	2	3	6	15	45,5	40,8	49,5	56,9
56 Rép. arabe syrienne	3,3	3,3	3,4	13	17	34	69	48,1	35,5	49,3	61,0
57 Colombie	2,2	2,0	1,5	33	38	50	63	34,8	22,2	62,9	67,8
58 Paraguay	3,0	3,1	2,6	4	6	9	13	40,3	27,1	56,7	66,2
59 Ouzbékistan	..	2,4	2,4	21	26	42	65	41,6	27,5	53,9	65,5
60 Jamaïque	1,3	1,0	0,5	2	2	3	4	33,0	21,7	61,8	67,3
61 Roumanie	0,9	0,4	0,2	23	23	25	26	23,1	18,5	66,8	64,3
62 Namibie	2,8	3,1	3,2	1	2	3	7	44,8	34,2	51,5	61,9
63 Tunisie	2,2	2,4	1,9	8	10	13	18	37,0	23,3	60,2	68,5
64 Kirghizistan	..	1,9	1,4	4	5	7	11	38,2	25,8	55,6	66,3
65 Thaïlande	2,7	1,9	1,4	57	65	82	104	32,4	21,8	65,9	68,5
66 Géorgie	..	0,7	0,4	5	6	6	7	23,9	19,6	64,5	62,1
67 Azerbaïdjan	..	1,4	1,4	7	8	11	13	33,1	22,6	60,1	65,3
68 Turkménistan	..	2,5	2,5	4	5	8	13	41,3	29,5	54,2	64,1

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Accroissement annuel moyen (%)			Population (millions d'habitants)			Population stationnaire hypothétique (millions d'habitants)	Répartition par âge de la population (%)			
	1970-80	1980-91	1991-2000 ^a	1991	2000 ^a	2025 ^a		0-14 ans		15-64 ans	
								1991	2025 ^a	1991	2025 ^a
69 Turquie	2,3	2,3	1,9	57	68	91	121	35,2	23,1	61,8	68,0
70 Pologne	0,9	0,7	0,3	38	39	43	49	24,8	19,9	65,7	62,9
71 Bulgarie	0,4	0,1	-0,2	9	9	8	9	20,1	17,5	66,8	62,8
72 Costa Rica	2,8	2,7	2,0	3	4	5	6	48,2	22,5	49,7	66,2
73 Algérie	3,1	3,0	2,7	26	33	53	82	43,1	27,0	53,5	67,4
74 Panama	2,5	2,1	1,7	2	3	4	5	34,6	22,4	61,9	67,4
75 Arménie	..	0,9	1,5	3	4	5	6	30,1	21,8	62,3	64,1
76 Chili	1,6	1,7	1,3	13	15	19	23	30,6	21,8	63,3	65,9
77 Iran, Rép. islamique d'	3,3	3,6	3,4	58	78	160	354	45,8	37,3	51,0	58,6
78 Moldova	..	0,9	0,1	4	4	5	7	31,6	23,0	60,0	63,4
79 Ukraine	..	0,4	0,0	52	52	52	55	21,2	18,4	65,6	62,2
80 Maurice	1,5	1,0	1,1	1	1	1	2	29,0	20,4	67,5	66,7
81 Tchécoslovaquie	0,7	0,3	..	16	..	..	..	21,2	..	67,5	..
82 Kazakhstan	..	1,2	0,7	17	18	22	28	31,6	22,3	62,4	64,6
83 Malaisie	2,4	2,6	2,2	18	22	31	43	38,6	23,9	58,5	67,6
Tranche supérieure	2,2 w	1,5 w	1,1 w	627 t	667 t	839 t		33,5 w	22,6 w	62,1 w	65,5 w
84 Botswana	3,8	3,5	2,8	1	2	3	4	45,7	26,9	52,2	68,0
85 Afrique du Sud	2,8	2,5	2,2	39	47	69	103	38,6	25,6	58,3	67,4
86 Lituanie	..	0,8	0,2	4	4	4	5	22,5	19,6	65,6	62,5
87 Hongrie	0,4	-0,2	-0,4	10	10	10	10	20,0	17,8	67,7	61,8
88 Venezuela	3,5	2,6	1,9	20	23	32	41	36,7	23,0	61,3	67,5
89 Argentine	1,7	1,3	1,0	33	36	43	53	29,4	21,7	62,2	65,2
90 Uruguay	0,4	0,6	0,6	3	3	4	4	25,4	20,2	63,3	63,8
91 Brésil	2,4	2,0	1,4	151	172	224	285	34,2	22,6	62,8	67,5
92 Mexique	2,9	2,0	1,9	83	99	136	182	37,6	23,3	60,0	68,3
93 Bélarus	..	0,6	0,2	10	11	11	12	22,9	19,0	64,8	62,1
94 Fédération de Russie	..	0,6	0,0	149	149	153	162	23,2	18,7	65,6	61,9
95 Lettonie	..	0,3	-0,1	3	3	3	3	21,7	19,6	65,1	61,7
96 Trinité-et-Tobago	1,1	1,3	0,9	1	1	2	2	34,2	22,6	60,9	66,4
97 Gabon	4,7	3,5	2,9	1	2	3	7	39,7	39,8	53,4	56,2
98 Estonie	0,8	0,6	0,0	2	2	2	2	22,3	18,5	65,8	62,7
99 Portugal	1,3	0,1	0,0	10	10	10	9	20,2	16,0	67,9	65,0
100 Oman	4,2	4,3	3,9	2	2	5	10	46,6	37,1	51,1	58,3
101 Porto Rico	1,7	0,9	0,9	4	4	5	5	27,5	19,7	64,6	64,0
102 Corée, Rép. de	1,8	1,1	0,8	43	47	53	56	25,1	18,2	71,0	66,6
103 Grèce	1,0	0,5	0,1	10	10	10	9	18,6	15,1	67,2	61,4
104 Arabie saoudite	5,0	4,6	3,5	15	21	41	82	43,0	34,8	54,7	59,6
105 Yougoslavie	0,9	0,6	..	24	..	..	..	22,5	..	67,7	..
Eco. revenu faible/interméd.	2,2 w	2,0 w	1,7 w	4.528 t	5.247 t	7.325 t		35,4 w	26,3 w	60,5 w	65,4 w
Afrique subsaharienne	2,8 w	3,1 w	3,0 w	489 t	635 t	1.192 t		48,5 w	38,0 w	53,1 w	59,0 w
Asie de l'Est et Pacifique	1,9 w	1,6 w	1,4 w	1.667 t	1.891 t	2.367 t		29,5 w	22,0 w	65,1 w	67,5 w
Asie du Sud	2,4 w	2,2 w	1,9 w	1.152 t	1.368 t	1.908 t		38,0 w	25,4 w	57,7 w	67,4 w
Europe et Asie centrale	..	0,9 w	0,6 w	492 t	475 t	546 t		26,1 w	20,9 w	64,8 w	63,9 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2,9 w	3,2 w	2,9 w	244 t	315 t	552 t		42,9 w	32,1 w	53,4 w	62,7 w
Amérique latine et Caraïbes	2,4 w	2,0 w	1,6 w	445 t	515 t	691 t		36,0 w	23,3 w	60,8 w	67,3 w
Gravement endettés	2,3 w	2,1 w	1,8 w	486 t	569 t	800 t		36,7 w	25,5 w	59,9 w	66,0 w
Economies à revenu élevé	0,8 w	0,6 w	0,5 w	822 t	864 t	922 t		19,7 w	17,2 w	67,1 w	61,2 w
Membres de l'OCDE	0,7 w	0,6 w	0,5 w	783 t	820 t	869 t		19,3 w	17,2 w	67,0 w	61,2 w
106 Irlande	1,5	0,2	0,3	4	4	4	5	26,0	19,1	65,0	65,2
107 Israël	2,7	2,2	2,8	5	6	8	10	30,9	21,0	62,9	65,6
108 Nouvelle-Zélande	1,1	0,7	0,8	3	4	4	5	22,8	19,4	65,8	63,1
109 Espagne	1,0	0,4	0,1	39	39	39	33	19,3	14,5	68,6	63,3
110 Hong Kong	2,4	1,2	0,8	6	6	7	6	20,6	15,4	70,3	61,4
111 Singapour	2,0	1,7	1,5	3	3	4	4	22,9	18,3	70,7	63,5
112 Royaume-Uni	0,1	0,2	0,2	58	58	60	61	19,0	17,8	64,7	62,0
113 Australie	1,5	1,5	1,3	17	19	23	25	22,1	18,8	67,0	63,5
114 Italie	0,5	0,2	0,1	58	58	55	45	16,2	14,0	68,6	60,9
115 Pays-Bas	0,8	0,6	0,8	15	16	16	15	18,3	16,4	67,3	58,5
116 Belgique	0,2	0,1	0,2	10	10	10	10	17,7	16,7	66,0	60,6
117 Autriche	0,1	0,2	0,4	8	8	8	7	17,3	15,7	66,8	61,5
118 France	0,6	0,5	0,4	57	59	63	63	19,9	17,3	65,6	60,9
119 Canada	1,2	1,2	0,8	27	29	34	35	20,9	18,0	67,1	61,2
120 Etats-Unis	1,0	0,9	0,9	253	274	319	348	21,5	19,1	65,6	61,8
121 Allemagne	0,0	0,1	0,0	80	80	75	65	16,2	15,1	67,9	60,5
122 Danemark	0,4	0,1	0,2	5	5	5	5	17,0	16,2	67,7	60,8
123 Finlande	0,4	0,4	0,3	5	5	5	5	19,2	17,2	66,7	59,2
124 Norvège	0,5	0,4	0,4	4	4	5	5	18,9	17,7	64,5	61,5
125 Suède	0,3	0,3	0,6	9	9	10	10	18,1	18,1	63,8	59,8
126 Japon	1,2	0,5	0,3	124	127	126	111	18,1	15,1	69,6	59,2
127 Suisse	0,0	0,6	0,7	7	7	7	7	16,9	16,0	67,5	59,0
Toutes économies	1,9 w	1,7 w	1,6 w	5.350 t	6.111 t	8.247 t		32,8 w	25,3 w	61,5 w	65,0 w
Exportateurs de pétrole	3,2 w	3,3 w	3,0 w	263 t	342 t	613 t		48,6 w	33,2 w	57,0 w	62,1 w

a. Voir dans les notes techniques les hypothèses utilisées pour ces projections.

Tableau 27. Démographie et fécondité

	Taux brut de natalité (pour 1.000 habitants)		Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)		Femmes en âge de procréer en pourcentage de la population féminine		Indice synthétique de fécondité			Année où le taux net de reproduction devrait atteindre 1	Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer et utilisant des moyens de contraception ^b 1989
	1970	1991	1970	1991	1965	1991	1970	1991	2000 ^a		
Economies à faible revenu	39 w	30 w	14 w	10 w	46 w	51 w	6,0 w	3,8 w	3,2 w		
Chine et Inde	37 w	26 w	12 w	9 w	46 w	53 w	5,8 w	3,1 w	2,5 w		
Autres économies faible revenu	45 w	38 w	19 w	13 w	45 w	47 w	6,3 w	5,2 w	4,5 w		
1 Mozambique	48	45	24	19	47	45	6,7	6,5	6,7	2050	..
2 Tanzanie	49	46	22	18	45	45	6,4	6,3	6,6	2035	..
3 Ethiopie	43	50	20	21	46	44	5,8	7,5	7,3	2045	..
4 Ouganda	50	52	17	19	44	43	7,1	7,3	6,6	2050	11
5 Bhoutan	41	39	22	17	48	47	5,9	5,9	5,4	2035	..
6 Guinée-Bissau	41	45	27	25	50	47	5,9	6,0	6,0	2040	..
7 Népal	46	38	22	13	50	46	6,4	5,5	4,6	2030	..
8 Burundi	46	46	24	17	44	45	6,8	6,8	6,6	2045	9
9 Tchad	45	44	26	18	47	46	6,0	5,9	6,1	2040	..
10 Madagascar	46	43	20	14	47	45	6,6	6,2	5,2	2035	..
11 Sierra Leone	49	48	30	22	47	45	6,5	6,5	6,5	2045	..
12 Bangladesh	48	34	21	13	44	48	7,0	4,4	3,3	2015	31
13 RDP lao	44	44	23	16	47	45	6,1	6,7	6,0	2040	..
14 Malawi	56	53	24	21	46	45	7,8	7,6	7,4	2055	..
15 Rwanda	52	42	18	17	45	43	7,8	6,4	7,6	2040	..
16 Mali	51	50	26	19	46	45	6,5	7,0	7,0	2050	5
17 Burkina Faso	48	47	25	18	47	45	6,4	6,5	6,3	2045	..
18 Niger	50	52	28	19	45	44	7,2	7,4	7,3	2055	..
19 Inde	41	30	18	10	48	50	5,8	3,9	3,0	2015	45
20 Kenya	53	45	18	11	41	43	8,0	6,5	5,5	2050	27
21 Nigéria	51	44	21	14	45	45	6,9	5,9	5,0	2035	6
22 Chine	33	22	8	7	45	56	5,8	2,4	2,1	1995	72
23 Haïti	39	35	19	13	45	48	5,9	4,7	4,2	2025	11
24 Bénin	50	45	22	15	44	44	6,9	6,3	5,2	2035	..
25 Rép. centrafricaine	37	42	22	17	47	46	4,9	5,8	5,3	2045	..
26 Ghana	46	45	16	13	45	44	6,7	6,2	5,1	2035	13
27 Pakistan	48	41	19	11	43	46	7,0	5,7	4,6	2030	12
28 Togo	50	48	20	14	46	45	6,5	6,6	5,5	2040	33
29 Guinée	52	49	27	21	45	44	6,0	6,5	6,5	2045	..
30 Nicaragua	48	40	14	7	43	46	6,9	5,1	4,2	2025	..
31 Sri Lanka	29	21	8	6	47	54	4,3	2,5	2,1	2000	62
32 Mauritanie	47	49	25	19	47	44	6,5	6,8	6,8	2050	..
33 Yémen, Rép. du	53	52	23	14	47	44	7,8	7,5	7,5	2045	..
34 Honduras	49	38	15	7	44	46	7,2	5,0	4,1	2025	41
35 Lesotho	43	35	20	11	47	46	5,7	5,1	4,5	2025	..
36 Indonésie	42	25	18	9	47	52	5,5	3,0	2,4	2005	50
37 Egypte, Rép. arabe d'	40	32	17	9	43	48	5,9	4,2	3,1	2020	38
38 Zimbabwe	53	36	16	8	42	47	7,7	4,7	3,4	2020	43
39 Soudan	47	44	22	15	46	45	6,7	6,3	5,4	2035	9
40 Zambie	49	47	19	15	46	45	6,7	6,5	6,1	2045	..
Economies à revenu intermédiaire	35 w	25 w	11 w	8 w	45 w	49 w	5,0 w	3,2 w	3,1 w		
Tranche inférieure	36 w	28 w	12 w	8 w	45 w	49 w	5,3 w	3,6 w	3,4 w		
41 Bolivie	46	36	19	10	46	48	6,5	4,8	3,7	2025	30
42 Côte d'Ivoire	51	46	20	14	44	42	7,4	6,6	5,8	2040	..
43 Sénégal	47	43	22	16	45	45	6,5	6,1	6,3	2040	..
44 Philippines	38	28	11	7	44	50	6,4	3,6	2,7	2010	..
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	42	34	18	11	47	49	6,1	4,9	4,0	2025	..
46 Cameroun	43	42	18	12	47	44	5,8	5,8	5,3	2035	16
47 Guatemala	45	39	14	8	44	45	6,5	5,4	4,3	2030	23
48 Rép. dominicaine	41	27	11	6	43	51	6,3	3,1	2,4	2005	56
49 Equateur	43	30	12	7	43	50	6,3	3,7	2,8	2010	53
50 Maroc	47	32	16	8	45	49	7,0	4,3	3,4	2015	36
51 Jordanie	..	37	..	5	45	46	..	5,3	5,6	2025	35
52 Tadjikistan	..	39	..	6	..	44	5,9	5,3	..	2030	..
53 Pérou	41	27	14	8	44	51	6,0	3,4	2,8	2010	..
54 El Salvador	44	34	12	7	44	47	6,3	4,1	3,2	2015	47
55 Congo	43	49	16	16	45	43	5,9	6,6	6,3	2045	..
56 Rép. arabe syrienne	47	44	13	6	..	43	7,7	6,3	5,4	2040	..
57 Colombie	36	24	9	6	43	54	5,3	2,7	2,2	2000	66
58 Paraguay	38	33	7	6	41	49	6,0	4,4	4,0	2025	48
59 Ouzbékistan	..	35	..	6	..	47	5,7	4,3	..	2025	..
60 Jamaïque	34	24	8	7	42	52	5,3	2,7	2,1	2000	55
61 Roumanie	21	14	10	11	50	48	2,9	1,9	2,1	2030	..
62 Namibie	44	43	18	11	46	45	6,0	5,7	4,8	2035	..
63 Tunisie	39	27	14	6	43	50	6,4	3,5	2,7	2010	50
64 Kirghizistan	..	29	..	8	..	46	4,9	3,9	..	2020	..
65 Thaïlande	39	21	9	6	44	55	5,5	2,3	2,1	1995	66
66 Géorgie	..	15	..	8	..	48	2,6	2,1	..	1995	..
67 Azerbaïdjan	..	27	..	6	..	50	4,7	2,8	..	2010	..
68 Turkménistan	..	34	..	7	..	47	6,0	4,5	..	2030	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Taux brut de natalité (pour 1.000 habitants)		Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)		Femmes en âge de procréer en pourcentage de la population féminine		Indice synthétique de fécondité			Année où le taux net de reproduction devrait atteindre 1	Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer et utilisant des moyens de contraception ^b 1989
	1970	1991	1970	1991	1965	1991	1970	1991	2000 ^a		
69 Turquie	36	28	12	7	45	50	4,9	3,4	2,7	2010	63
70 Pologne	17	14	8	11	47	48	2,2	2,1	2,1	2030	..
71 Bulgarie	16	11	9	12	51	47	2,2	1,8	1,9	2030	..
72 Costa Rica	33	27	7	4	42	51	4,9	3,2	2,3	2005	..
73 Algérie	49	34	16	7	44	46	7,4	5,0	3,7	2025	36
74 Panama	37	25	8	5	44	52	5,2	2,9	2,2	2005	..
75 Arménie	..	23	..	7	..	50	3,2	2,7	..	2005	..
76 Chili	29	23	10	6	45	53	4,0	2,7	2,1	2000	..
77 Iran, Rép. islam. que d'	45	44	16	9	42	44	6,7	6,2	5,6	2045	..
78 Moldova	..	17	..	11	..	43	2,6	2,5	..	2000	..
79 Ukraine	..	12	..	13	..	45	2,1	1,8	..	2030	..
80 Maurice	29	17	7	6	45	56	3,6	2,0	1,8	2030	..
81 Tchécoslovaquie	16	14	12	12	46	..	2,1	1,9	2,0	..	..
82 Kazakhstan	..	21	..	8	..	49	3,4	2,8	..	2000	..
83 Malaisie	36	29	10	5	44	50	5,5	3,7	3,0	2015	..
Tranche supérieure	32 w	21 w	10 w	8 w	46 w	50 w	4,6 w	2,7 w	2,6 w		
84 Botswana	53	36	17	6	45	46	6,9	4,8	3,1	2020	33
85 Afrique du Sud	39	31	14	9	46	49	5,7	4,1	3,4	2020	..
86 Lituanie	..	15	..	11	..	48	2,4	2,0	..	2030	..
87 Hongrie	15	12	12	14	48	47	2,0	1,8	1,8	2030	..
88 Venezuela	38	29	7	5	44	52	5,3	3,7	2,7	2005	..
89 Argentine	23	21	9	9	50	47	3,1	2,8	2,3	2000	..
90 Uruguay	21	17	10	10	49	47	2,9	2,4	2,1	1995	..
91 Brésil	35	24	10	7	45	52	4,9	2,8	2,4	2000	65
92 Mexique	43	28	10	5	43	51	6,5	3,2	2,4	2010	53
93 Bélarus	..	13	..	11	..	46	2,4	1,9	..	2030	..
94 Fédération de Russie	..	12	..	11	..	46	2,0	1,7	..	2030	..
95 Lettonie	..	14	..	13	..	45	1,9	2,0	..	2030	..
96 Trinité-et-Tobago	28	24	8	6	46	51	3,6	2,8	2,3	2000	53
97 Gabon	31	42	21	15	48	46	4,2	5,8	6,1	2045	..
98 Estonie	15	14	11	12	..	46	2,1	2,1	..	2030	..
99 Portugal	20	12	10	11	48	49	2,8	1,4	1,6	2030	..
100 Oman	50	41	21	5	47	42	7,2	6,8	5,9	2040	..
101 Porto Rico	25	18	7	7	48	52	3,2	2,3	2,1	1995	..
102 Corée, Rép. de	30	16	9	6	46	57	4,3	1,8	1,8	2030	77
103 Grèce	17	10	8	9	51	47	2,3	1,4	1,6	2030	..
104 Arabie saoudite	48	37	18	5	45	43	7,3	6,5	5,9	2040	..
105 Yougoslavie	18	14	9	9	50	..	2,3	2,0	2,0	..	..
Eco. revenu faible/interméd.	38 w	28 w	13 w	10 w	46 w	50 w	5,7 w	3,6 w	3,2 w		
Afrique subsaharienne	48 w	46 w	21 w	16 w	45 w	44 w	6,6 w	6,4 w	5,9 w		
Asie de l'Est et Pacifique	35 w	24 w	9 w	7 w	45 w	55 w	5,7 w	2,7 w	2,2 w		
Asie du Sud	42 w	32 w	18 w	11 w	47 w	49 w	6,0 w	4,2 w	3,3 w		
Europe et Asie centrale	22 w	17 w	10 w	10 w	48 w	47 w	2,9 w	2,3 w	2,3 w		
Moyen-Orient et Afrique du Nord	45 w	38 w	16 w	8 w	44 w	46 w	6,8 w	5,3 w	4,6 w		
Amérique latine et Caraïbes	36 w	26 w	10 w	7 w	45 w	51 w	5,2 w	3,1 w	2,6 w		
Gravement endettés	36 w	27 w	11 w	8 w	46 w	50 w	5,2 w	3,5 w	3,0 w		
Economies à revenu élevé	18 w	13 w	10 w	9 w	47 w	50 w	2,4 w	1,8 w	1,7 w		
Membres de l'OCDE	17 w	13 w	10 w	9 w	47 w	50 w	2,4 w	1,8 w	1,7 w		
106 Irlande	22	15	11	9	42	49	3,9	2,1	2,1	2030	60
107 Israël	26	21	7	6	46	50	3,8	2,8	2,3	2000	..
108 Nouvelle-Zélande	22	17	9	8	45	52	3,2	2,1	2,0	1995	..
109 Espagne	20	10	8	9	49	50	2,8	1,3	1,5	2030	..
110 Hong Kong	21	13	5	6	45	56	3,3	1,4	1,5	2030	81
111 Singapour	23	18	5	5	45	60	3,1	1,8	1,9	2030	..
112 Royaume-Uni	16	14	12	11	45	48	2,4	1,8	1,8	2030	..
113 Australie	21	15	9	7	47	53	2,9	1,9	1,9	2030	..
114 Italie	17	10	10	9	48	49	2,4	1,3	1,4	2030	..
115 Pays-Bas	18	13	8	9	47	51	2,6	1,6	1,6	2030	76
116 Belgique	15	13	12	11	44	48	2,2	1,7	1,6	2030	..
117 Autriche	15	12	13	11	43	49	2,3	1,6	1,6	2030	..
118 France	17	13	11	9	43	49	2,5	1,8	1,8	2030	80
119 Canada	17	15	7	7	47	53	2,3	1,9	1,7	2030	..
120 Etats-Unis	18	16	10	9	46	51	2,5	2,1	1,9	1995	74
121 Allemagne	14	10	13	11	45	47	2,1	1,4	1,6	2030	..
122 Danemark	14	13	10	12	47	50	1,9	1,7	1,6	2030	..
123 Finlande	14	13	10	10	48	49	1,8	1,9	1,8	2030	..
124 Norvège	17	14	10	11	45	49	2,5	1,9	1,8	2030	84
125 Suède	14	14	10	11	47	47	1,9	2,1	1,9	1995	..
126 Japon	19	10	7	7	56	50	2,1	1,5	1,6	2030	56
127 Suisse	16	13	9	9	48	50	2,1	1,6	1,7	2030	..
Toutes économies	34 w	26 w	13 w	9 w	46 w	50 w	5,0 w	3,3 w	3,0 w		
Exportateurs de pétrole	47 w	41 w	18 w	11 w	44 w	45 w	6,8 w	5,7 w	5,0 w		

a. Les hypothèses utilisées pour les projections sont indiquées dans la note technique relative au Tableau 26. b. Ce pourcentage inclut les femmes dont le mari utilise des moyens de contraception; voir les notes techniques.

Tableau 28. Santé et nutrition

	Nombre d'habitants par				Accouchements assistés par personnel de santé (%) 1985	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 1985	Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)		Années de vie perdues pour 1.000 habitants 1990	Prévalence de la malnutrition (moins de 5 ans) 1990
	Médecin		Infirmier				1970	1991		
	1970	1990	1970	1990						
Economies à faible revenu	14.080 w	6.760 w	5.580 w	..			109 w	71 w		
Chine et Inde	4.890 w	2.460 w	2.990 w	..			96 w	60 w		
Autres économies faible revenu	22.380 w	11.730 w	11.580 w	..			136 w	91 w		
1 Mozambique	18.860	..	4.280	..	28	15	171	149	141	..
2 Tanzanie	22.600	24.880	3.310	5.470	74	14	132	115	112	20
3 Ethiopie	86.120	32.650	..	..	58	..	158	130	107	..
4 Ouganda	9.210	..	..	..	..	10	109	118	107	45
5 Bhoutan	..	13.110	..	..	3	..	182	132	..	..
6 Guinée-Bissau	17.500	..	2.820	..	16	20	185	148	..	..
7 Népal	51.360	16.830	17.700	2.760	10	..	157	101	67	..
8 Burundi	58.570	..	6.870	..	12	14	138	107	81	38
9 Tchad	61.900	30.030	8.010	..	..	11	171	124	106	35
10 Madagascar	10.120	8.130	240	..	62	10	181	114	63	53
11 Sierra Leone	17.830	..	2.700	..	25	14	197	145	188	..
12 Bangladesh	8.450	..	65.780	..	..	31	140	103	69	60
13 RDP lao	15.160	4.380	1.390	490	..	39	146	100	93	..
14 Malawi	76.580	45.740	5.330	1.800	59	10	193	143	110	60
15 Rwanda	59.600	72.990	5.610	4.190	..	17	142	111	124	33
16 Mali	44.090	19.450	2.590	1.890	27	17	204	161	108	31
17 Burkina Faso	97.120	57.320	..	1.680	..	18	178	133	114	46
18 Niger	60.090	34.850	5.610	650	47	20	170	126	121	49
19 Inde	4.890	2.460	3.710	..	33	30	137	90	..	..
20 Kenya	8.000	10.130	2.520	..	..	13	102	67	45	..
21 Nigéria	19.830	..	4.240	..	..	25	139	85	98	..
22 Chine	..	..	2.500	..	..	6	69	38	..	..
23 Haïti	12.520	..	7.410	..	20	17	141	94	69	..
24 Bénin	28.570	..	2.600	..	34	10	155	111	89	35
25 Rép. centrafricaine	44.740	25.930	2.460	..	..	15	139	106	74	..
26 Ghana	12.910	22.970	690	1.670	73	17	111	83	55	36
27 Pakistan	4.310	2.940	6.600	5.040	24	25	142	97	61	57
28 Togo	28.860	..	1.590	..	..	20	134	87	79	14
29 Guinée	50.010	..	3.720	..	..	18	181	136	125	..
30 Nicaragua	2.150	1.450	..	..	..	15	106	56	45	..
31 Sri Lanka	5.900	..	1.280	..	87	28	53	18	14	45
32 Mauritanie	17.960	..	3.740	..	23	10	165	119	..	30
33 Yémen, Rép. du	34.790	..	..	..	..	..	175	109	104	..
34 Honduras	3.770	3.090	1.470	..	50	20	110	49	27	21
35 Lesotho	30.400	..	3.860	..	28	10	134	81	..	27
36 Indonésie	26.820	7.030	4.810	..	43	14	118	74	36	14
37 Egypte, Rép. arabe d'	1.900	1.320	2.320	490	24	7	158	59	33	13
38 Zimbabwe	6.300	7.180	640	1.000	69	15	96	48	37	12
39 Soudan	14.520	..	990	..	20	15	149	101	84	55
40 Zambie	13.640	11.290	1.730	600	..	14	106	106	86	..
Economies à revenu intermédiaire	3.640 w	2.060 w	1.640 w	..			80 w	38 w		
Tranche inférieure	5.000 w	2.850 w	1.300 w	..			87 w	42 w		
41 Bolivie	2.020	..	3.070	..	36	15	153	83	59	18
42 Cote d'Ivoire	15.520	..	1.930	..	20	14	135	95	50	12
43 Sénégal	15.810	17.650	1.670	..	..	10	135	81	99	22
44 Philippines	9.270	8.120	2.690	..	..	18	66	41	27	19
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	11.640	12.870	1.710	1.180	34	25	112	55	79	..
46 Cameroun	28.920	12.190	2.560	1.690	..	13	126	64	67	..
47 Guatemala	3.660	..	..	..	19	10	100	60	41	34
48 Rép. dominicaine	..	..	1.400	..	57	16	90	54	24	13
49 Equateur	2.910	980	2.680	620	27	10	100	47	21	38
50 Maroc	13.090	4.840	..	1.050	..	9	128	57	43	12
51 Jordanie	2.480	770	870	500	75	7	..	29	18	..
52 Tadjikistan	..	350	..	..	..	..	..	50	24	..
53 Pérou	1.920	..	..	..	55	9	108	53	32	13
54 El Salvador	4.100	..	890	..	35	15	103	42	28	..
55 Congo	9.510	..	780	..	..	12	126	115	..	24
56 Rép. arabe syrienne	3.860	1.160	1.790	870	37	9	96	37	25	..
57 Colombie	2.260	..	..	..	51	15	77	23	11	12
58 Paraguay	2.300	..	2.210	..	22	6	57	35	22	4
59 Ouzbékistan	..	280	..	..	..	..	..	44	20	..
60 Jamaïque	2.630	..	530	..	89	8	43	15	..	8
61 Roumanie	840	560	430	..	99	6	49	27	19	..
62 Namibie	..	4.620	..	..	..	..	118	72	..	..
63 Tunisie	5.930	1.870	940	300	60	7	127	38	21	10
64 Kirghizistan	..	280	..	..	..	..	..	40	20	..
65 Thaïlande	8.290	5.000	1.170	550	33	12	73	27	22	26
66 Géorgie	..	170	..	..	..	..	..	16	15	..
67 Azerbaïdjan	..	250	..	..	..	..	..	33	16	..
68 Turkménistan	..	290	..	..	..	..	..	56	29	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

	Nombre d'habitants par				Accouchements assistés par personnel de santé (%)	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)		Années de vie perdues pour 1.000 habitants	Prévalence de la malnutrition (moins de 5 ans)
	Médecin		Infirmier							
	1970	1990	1970	1990						
69 Turquie	2.230	1.260	1.010	..	78	7	147	58	31	..
70 Pologne	700	490	250	..	..	8	33	15	16	..
71 Bulgarie	540	320	240	..	100	..	27	17	15	..
72 Costa Rica	1.620	1.030	460	..	93	9	62	14	..	..
73 Algérie	8.100	2.330	..	330	..	9	139	64	27	..
74 Panama	1.660	840	1.560	..	83	8	47	21	..	25
75 Arménie	..	250	..	..	..	..	..	22	14	..
76 Chili	2.160	2.150	460	340	97	7	78	17	13	2
77 Iran, Rép. islam que d'	3.270	3.140	1.780	1.150	..	9	131	68	32	..
78 Moldova	..	250	..	..	..	..	..	23	19	..
79 Ukraine	..	230	..	..	..	..	..	18	16	..
80 Maurice	4.190	1.180	610	..	90	9	60	19	..	24
81 Tchécoslovaquie :	470	310	170	..	100	6	22	11	16	..
82 Kazakhstan	..	250	..	..	..	..	..	32	19	..
83 Malaisie	4.310	2.700	1.270	380	82	9	45	15	15	24
Tranche supérieure	1.740 w	640 w	2.010 w	..	..	..	72 w	34 w	..	..
84 Botswana	15.220	5.150	1.900	..	52	8	101	36	..	15
85 Afrique du Sud	..	1.750	300	..	..	12	79	54	40	..
86 Lituanie	..	220	..	..	..	..	..	14	19	..
87 Hongrie	510	340	210	..	99	10	36	16	15	..
88 Venezuela	1.120	630	440	330	82	9	53	34	13	5
89 Argentine	530	..	960	..	..	6	52	25	12	..
90 Uruguay	910	..	..	..	..	8	46	21	15	9
91 Brésil	2.030	..	4.140	..	73	8	95	58	26	13
92 Mexique	1.480	..	1.610	..	..	15	72	36	17	14
93 Bélarus	..	250	..	..	..	..	..	15	14	..
94 Fédération de Russie	..	210	..	..	..	..	..	20	17	..
95 Lettonie	..	200	..	..	..	..	23	16	..	..
96 Trinité-et-Tobago	2.250	..	190	..	90	..	44	19	..	9
97 Gabon	5.250	..	570	..	92	16	138	95	..	25
98 Estonie	..	210	..	..	..	..	20	14	..	..
99 Portugal	1.110	490	820	..	..	8	56	11	12	..
100 Oman	8.380	1.060	3.420	400	60	14	159	31	..	..
101 Porto Rico	..	..	..	..	..	..	29	14	10	..
102 Corée, Rép. de	2.220	1.370	1.190	..	65	9	51	16	10	..
103 Grèce	620	580	990	..	..	6	30	10	10	..
104 Arabie saoudite	7.460	660	2.070	420	78	6	119	32	37	..
105 Yougoslavie	1.000	530	420	110	..	7	56	21	16	..
Eco. revenu faible/interméd.	10.260 w	4.970 w	4.640 w	..	..	..	102 w	61 w	..	..
Afrique subsaharienne	31.730 w	23.540 w	3.460 w	..	..	..	144 w	104 w	..	..
Asie de l'Est et Pacifique	15.760 w	6.170 w	2.720 w	..	..	..	76 w	42 w	..	..
Asie du Sud	6.120 w	2.930 w	10.150 w	..	..	..	138 w	92 w	..	..
Europe et Asie centrale	1.070 w	420 w	520 w	..	..	..	63 w	26 w	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	6.410 w	2.240 w	1.940 w	..	..	..	135 w	60 w	..	..
Amérique latine et Caraïbes	2.020 w	1.180 w	2.640 w	..	..	..	82 w	44 w	..	..
Gravement endettés	2.910 w	1.680 w	2.330 w	..	..	..	85 w	48 w	..	..
Economies à revenu élevé	710 w	420 w	220 w	..	..	..	20 w	8 w	..	..
Membres de l'OCDE	700 w	420 w	220 w	..	..	..	20 w	8 w	..	..
106 Irlande	980	630	160	..	..	4	20	8	11	..
107 Israël	410	..	..	..	99	7	25	9	9	..
108 Nouvelle-Zélande	870	..	150	..	99	5	17	9	11	..
109 Espagne	750	280	..	..	96	..	28	8	10	..
110 Hong Kong	1.510	..	560	..	..	4	19	7	7	..
111 Singapour	1.370	820	250	..	100	7	20	6	9	..
112 Royaume-Uni	810	..	240	..	98	7	19	7	12	..
113 Australie	830	..	..	..	99	6	18	8	9	..
114 Italie	550	210	..	..	..	7	30	8	10	..
115 Pays-Bas	800	410	300	..	..	4	13	7	10	..
116 Belgique	650	310	..	..	100	5	21	8	11	..
117 Autriche	540	230	300	70	..	6	26	8	11	..
118 France	750	350	270	..	..	5	18	7	10	..
119 Canada	680	450	140	..	99	6	19	7	9	..
120 Etats-Unis	630	420	160	..	100	7	20	9	11	..
121 Allemagne	580 ^a	370 ^a	..	..	..	5 ^a	23	7	12	..
122 Danemark	690	390	..	..	..	6	14	8	12	..
123 Finlande	960	410	130	..	..	4	13	6	11	..
124 Norvège	720	..	160	..	100	4	13	8	10	..
125 Suède	730	370	140	..	100	4	11	6	11	..
126 Japon	890	610	310	..	100	5	13	5	8	..
127 Suisse	700	630	..	..	..	5	15	7	10	..
Toutes économies	7.640 w	3.980 w	3.940 w	..	..	..	85 w	53 w	..	..
Exportateurs de pétrole	10.730 w	2.030 w	2.770 w	..	..	..	128 w	70 w	..	..

a. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 29. Education

Pourcentage du groupe d'âge pertinent inscrit dans														
	l'enseignement primaire				l'enseignement secondaire				l'enseignement supérieur (total)		Taux net de scolarisation primaire		Nombre d'élèves par maître du primaire	
	Total		Filles		Total		Filles							
	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1975	1990	1970	1990
Economies à faible revenu	74 w	105 w	..	98 w	21 w	41 w	..	34 w	2 w	..	..	..	36 w	38 w
Chine et Inde	83 w	119 w	..	109 w	25 w	46 w	..	38 w	1 w	..	..	..	34 w	38 w
Autres économies faible revenu	55 w	79 w	44 w	73 w	13 w	28 w	8 w	24 w	3 w	4 w	..	72 w	39 w	39 w
1 Mozambique	47	58	..	48	5	7	..	5	0	..	..	41	69	58
2 Tanzanie	34	63	27	63	3	4	2	4	..	0	..	47	47	35
3 Ethiopie	16	38	10	30	4	15	2	12	0	1	..	28	48	36
4 Ouganda	38	76	30	..	4	13	2	..	1	1	..	..	34	35
5 Bhoutan	6	26	1	20	1	5	0	2	0	..	..	..	21	37
6 Guinée-Bissau	39	59	23	42	8	7	6	4	0	0	59	..	45	..
7 Népal	26	86	8	57	10	30	3	17	3	6	..	64	22	37
8 Burundi	30	72	20	64	2	5	1	4	1	1	..	..	37	67
9 Tchad	35	57	17	35	2	7	0	3	..	1	..	..	65	67
10 Madagascar	90	92	82	90	12	19	9	18	..	3	..	64	65	40
11 Sierra Leone	34	48	27	39	8	16	5	12	1	1	..	..	32	34
12 Bangladesh	54	73	35	68	..	17	..	11	3	3	..	65	46	63
13 RDP lao	53	104	40	91	3	26	2	21	1	1	..	69	36	28
14 Malawi	..	71	..	64	..	4	..	3	1	1	..	54	43	64
15 Rwanda	68	69	60	68	2	7	1	6	0	1	..	65	60	57
16 Mali	22	24	15	17	5	6	2	4	..	..	..	19	40	42
17 Burkina Faso	13	36	10	28	1	7	1	5	0	1	..	29	44	57
18 Niger	14	29	10	21	1	7	1	4	0	1	..	25	39	42
19 Inde	73	97	56	83	26	44	15	33	6	..	..	..	41	61
20 Kenya	58	94	48	92	9	23	5	19	1	2	88	..	34	31
21 Nigéria	37	72	27	63	4	20	3	17	2	3	..	..	34	41
22 Chine	89	135	..	129	24	48	..	41	1	2	..	100	29	22
23 Haïti	53	..	..	..	6	..	4	..	..	..	..	..	47	21
24 Bénin	36	61	22	44	5	11	3	6	2	3	..	52	41	35
25 Rép. centrafricaine	64	67	41	51	4	11	2	6	1	2	..	55	64	90
26 Ghana	64	75	54	67	14	39	8	31	2	2	..	..	30	29
27 Pakistan	40	37	22	26	13	22	5	13	..	3	..	..	41	41
28 Togo	71	103	44	80	7	22	3	10	2	3	..	72	58	59
29 Guinée	33	37	21	24	13	10	5	5	5	1	..	26	44	40
30 Nicaragua	80	98	81	101	18	38	17	44	14	..	65	75	37	33
31 Sri Lanka	99	107	94	105	47	74	48	77	3	4	..	..	..	..
32 Mauritanie	14	51	8	42	2	16	0	10	..	4	..	..	24	49
33 Yémen, Rép. du	22	..	7	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..
34 Honduras	87	108	87	109	14	..	13	..	8	9	..	..	35	..
35 Lesotho	87	107	101	115	7	26	7	31	2	5	..	70	46	55
36 Indonésie	80	117	73	114	16	45	11	41	..	..	72	98	29	23
37 Egypte, Rép. arabe d'	72	98	57	90	35	82	23	71	18	19	..	..	38	25
38 Zimbabwe	74	117	66	116	7	50	6	46	1	5	..	..	..	36
39 Soudan	38	49	29	..	7	20	4	..	2	3	..	..	47	34
40 Zambie	90	93	80	91	13	20	8	14	2	2	..	80	47	44
Economies à revenu intermédiaire	94 w	103 w	88 w	99 w	33 w	126 w	28 w	59 w	14 w	16 w	..	89 w	33 w	25 w
Tranche inférieure	93 w	100 w	83 w	97 w	31 w	172 w	24 w	57 w	12 w	16 w	..	87 w	33 w	25 w
41 Bolivie	76	82	62	78	24	34	20	31	17	23	73	82	27	25
42 Côte d'Ivoire	58	..	45	..	9	..	4	..	3	..	..	..	45	36
43 Sénégal	41	58	32	49	10	16	6	11	3	3	..	48	45	58
44 Philippines	108	111	..	110	46	73	..	75	3	27	95	99	29	33
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	52	71	39	65	8	12	4	10	2	..	..	73	30	32
46 Cameroun	89	101	75	93	7	26	4	21	2	4	69	75	48	51
47 Guatemala	57	79	51	..	8	..	8	..	8	..	53	..	36	..
48 Rép. dominicaine	100	95	100	96	21	..	..	..	..	..	..	..	55	47
49 Equateur	97	..	95	..	22	..	23	..	37	20	78	..	38	..
50 Maroc	52	68	36	55	13	36	7	30	6	10	47	55	34	27
51 Jordanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	39	17
52 Tadjikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	107	126	99	..	31	70	27	..	19	36	..	95	35	28
54 El Salvador	85	78	83	78	22	26	21	26	4	17	..	70	36	40
55 Congo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	62	66
56 Rép. arabe syrienne	78	109	59	102	38	52	21	43	18	20	87	98	37	25
57 Colombie	108	110	110	111	25	52	24	57	10	14	..	73	38	30
58 Paraguay	109	107	103	106	17	30	17	30	9	8	83	95	32	25
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	119	105	119	105	46	60	45	63	7	5	90	99	47	37
61 Roumanie	112	91	113	96	44	92	38	90	11	9	..	..	..	..
62 Namibie	..	94	..	99	..	34	..	38	..	..	..	64	..	..
63 Tunisie	100	116	79	109	23	45	13	40	5	9	..	95	47	28
64 Kirghizistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	83	85	79	85	17	32	15	32	13	16	..	..	35	18
66 Géorgie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Pourcentage du groupe d'âge pertinent inscrit dans															
l'enseignement primaire					l'enseignement secondaire				l'enseignement supérieur (total)		Taux net de scolarisation primaire		Nombre d'élèves par maître du primaire		
Total		Filles		Total		Filles									
1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1970	1990	1975	1990	1970	1990		
69	Turquie	110	110	94	105	27	54	15	42	6	14	..	99	38	30
70	Pologne	101	98	99	98	62	82	65	84	18	22	96	97	23	16
71	Bulgarie	101	96	100	95	79	74	..	75	16	31	96	85	22	15
72	Costa Rica	110	102	109	101	28	42	29	43	23	26	92	87	30	32
73	Algérie	76	95	58	88	11	60	6	53	6	12	77	88	40	28
74	Panama	99	107	97	105	38	59	40	62	22	21	87	92	27	20
75	Arménie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	107	98	107	97	39	74	42	77	13	19	94	86	50	29
77	Iran, Rép. islamique d'	72	112	52	106	27	56	18	47	..	6	..	94	32	28
78	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	15	8
80	Maurice	94	106	93	104	30	52	25	53	1	2	82	92	32	21
81	Tchécoslovaquie	98	93	98	93	31	84	39	87	17	18	..	..	20	19
82	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	87	93	84	93	34	56	28	58	4	7	..	..	31	20
Tranche supérieure		95 w	106 w	93 w	105 w	35 w	54 w	31 w	..	15 w	17 w	80 w	91 w	34 w	25 w
84	Botswana	65	110	67	112	7	46	6	47	1	3	58	91	36	32
85	Afrique du Sud	99	..	99	..	18	..	17	..	..	..	..	..	34	..
86	Lituanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	97	94	97	94	63	79	55	79	13	15	..	90	18	12
88	Venezuela	94	92	94	94	33	35	34	41	21	29	81	61	35	23
89	Argentine	105	111	106	114	44	..	47	..	22	..	96	..	19	19
90	Uruguay	112	106	109	106	59	77	64	..	18	50	..	..	29	23
91	Brésil	82	108	82	..	26	39	26	..	12	12	71	88	28	23
92	Mexique	104	112	101	110	22	53	17	53	14	14	..	98	46	31
93	Bélarus	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	106	95	107	96	42	80	44	82	5	6	87	90	34	26
97	Gabon	85	..	81	..	8	..	5	..	..	4	..	..	46	..
98	Estonie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	98	119	96	117	57	59	51	59	11	18	91	99	34	14
100	Oman	3	103	1	99	..	54	..	48	..	5	32	84	18	28
101	Porto Rico	117	..	..	..	71	..	..	..	..	..	..	..	30	..
102	Corée, Rép. de	103	108	103	110	42	87	32	85	16	39	99	100	57	36
103	Grèce	107	100	106	101	63	99	55	97	17	29	97	96	31	21
104	Arabie saoudite	45	78	29	72	12	48	5	41	7	14	42	62	24	16
105	Yougoslavie	106	95	103	95	63	79	58	79	22	18	..	..	27	23
Eco. revenu faible/interméd.		79 w	104 w	64 w	98 w	24 w	61 w	18 w	39 w	6 w	7 w	..	91 w	35 w	35 w
Afrique subsaharienne		46 w	68 w	36 w	61 w	6 w	17 w	4 w	16 w	1 w	2 w	..	46 w	43 w	41 w
Asie de l'Est et Pacifique		88 w	127 w	77 w	123 w	24 w	49 w	16 w	44 w	4 w	5 w	..	100 w	30 w	23 w
Asie du Sud		67 w	88 w	50 w	75 w	25 w	39 w	14 w	29 w	3 w	..	..	67 w	42 w	58 w
Europe et Asie centrale		105 w	101 w	100 w	100 w	50 w	71 w	44 w	70 w	14 w	16 w	..	89 w	27 w	19 w
Moyen-Orient et		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Afrique du Nord		68 w	97 w	50 w	90 w	24 w	365 w	15 w	50 w	10 w	12 w	..	85 w	35 w	26 w
Amérique latine et Caraïbes		95 w	107 w	94 w	106 w	28 w	49 w	26 w	57 w	15 w	16 w	..	88 w	34 w	26 w
Gravement endettés		90 w	104 w	85 w	98 w	31 w	209 w	27 w	56 w	14 w	15 w	78 w	88 w	32 w	25 w
Economies à revenu élevé		106 w	104 w	106 w	104 w	73 w	92 w	71 w	96 w	36 w	33 w	88 w	97 w	26 w	17 w
Membres de l'OCDE		106 w	104 w	106 w	104 w	74 w	93 w	73 w	96 w	36 w	33 w	88 w	97 w	26 w	17 w
106	Irlande	106	100	106	101	74	98	77	102	20	26	91	88	24	27
107	Israël	96	93	95	95	57	83	60	86	29	33	..	..	17	18
108	Nouvelle-Zélande	110	106	109	105	77	89	76	91	29	41	100	100	21	19
109	Espagne	123	109	125	108	56	107	48	112	24	34	100	100	34	21
110	Hong Kong	117	106	115	..	36	..	31	..	11	..	92	..	33	..
111	Singapour	105	110	101	109	46	69	45	71	..	8	100	100	30	26
112	Royaume-Uni	104	107	104	107	73	84	73	85	20	25	97	100	23	20
113	Australie	115	105	115	105	82	83	80	85	25	35	98	97	28	17
114	Italie	110	97	109	96	61	79	55	78	28	31	97	..	22	12
115	Pays-Bas	102	117	102	118	75	103	69	101	30	34	92	100	30	13
116	Belgique	103	102	104	103	81	104	80	104	26	37	..	99	20	10
117	Autriche	104	103	103	102	72	83	73	85	23	33	89	93	21	11
118	France	117	111	117	110	74	99	77	100	26	40	98	100	26	12
119	Canada	101	105	100	104	65	106	65	107	42	70	..	96	23	15
120	Etats-Unis	..	105	..	104	..	92	..	91	56	75	72	99	27	..
121	Allemagne	..	105	..	105	..	97	..	103	..	32	..	87	..	18
122	Danemark	96	98	97	98	78	109	75	110	29	32	..	..	9	11
123	Finlande	82	99	79	99	102	114	106	124	32	47	..	100	22	18
124	Norvège	89	99	94	99	83	100	83	102	26	43	100	98	20	6
125	Suède	94	107	95	107	86	91	85	93	31	33	100	100	20	6
126	Japon	99	101	99	101	86	96	86	97	31	31	99	100	26	21
127	Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..	18	26	..	..	..	..
Toutes économies		83 w	104 w	71 w	99 w	31 w	65 w	28 w	46 w	13 w	11 w	..	92 w	33 w	33 w
Exportateurs de pétrole		59 w	89 w	44 w	83 w	15 w	39 w	11 w	35 w	5 w	11 w	..	90 w	34 w	32 w

Tableau 30. Répartition du revenu et estimations du PIB d'après le PAM

								Estimations du PIB par habitant, d'après le PAM ^a			
Pourcentage du revenu ou de la consommation								Dollars internationaux courants			
								(Etats Unis = 100)			
Année	Quintile le plus pauvre	Deuxième quintile	Troisième quintile	Quatrième quintile	Quintile le plus riche	Décile le plus riche		1987	1991	Observations ^a	Calcul de régression ^b
Economies à faible revenu											
Chine et Inde											
Autres économies faible revenu											
1 Mozambique		..	..	..	..	..		2,7 ^c	2,7 ^c	..	600
2 Tanzanie	1991 ^{d,e}	2,4	5,7	10,4	18,7	62,7	46,5	2,5	2,6	570 ^f	640
3 Ethiopie	1981-82 ^{d,g}	8,6	12,7	16,4	21,1	41,3	27,5	1,9	1,7	370 ^f	620
4 Ouganda	1989-90 ^{d,e}	8,5	12,1	16,0	21,5	41,9	27,2	4,7 ^e	5,1 ^c	..	1.120
5 Bhoutan		..	..	..	..	..		2,8 ^c	2,8 ^c	..	620
6 Guinée-Bissau		..	..	..	..	..		3,1 ^c	3,1 ^c	..	690
7 Népal	1984-85 ^{h,i}	9,1	12,9	16,7	21,8	39,5	25,0	4,8 ^c	5,1 ^c	..	1.130
8 Burundi		..	..	..	..	..		3,2 ^c	3,3 ^c	..	720
9 Tchad		..	..	..	..	..		2,9 ^c	3,3 ^c	..	730
10 Madagascar		..	..	..	..	..		3,6	3,2	710 ^f	1.120
11 Sierra Leone		..	..	..	..	..		3,5	3,6	800 ^f	1.190
12 Bangladesh	1988-89 ^{d,e}	9,5	13,4	17,0	21,6	38,6	24,6	5,0	5,2	1.160 ^f	990
13 RDP lao		..	..	..	..	..		8,3 ^c	8,7 ^c	..	1.930
14 Malawi		..	..	..	..	..		3,5	3,6	800 ^f	570
15 Rwanda	1983-85 ^{d,e}	9,7	13,1	16,7	21,6	38,9	24,6	3,9	3,1	680 ^f	750
16 Mali		..	..	..	..	..		2,3	2,2	480 ^f	730
17 Burkina Faso		..	..	..	..	..		3,4 ^c	3,4 ^c	..	750
18 Niger		..	..	..	..	..		3,9 ^c	3,6 ^c	..	790
19 Inde	1989-90 ^{d,e}	8,8	12,5	16,2	21,3	41,3	27,1	4,6	5,2	1.150 ^f	1.900
20 Kenya	1981-83 ^{j,k}	2,7	6,4	11,1	18,9	60,9	45,4	6,1	6,1	1.350 ^f	1.490
21 Nigéria		..	..	..	..	..		5,5	6,1	1.360 ^f	1.900
22 Chine	1990 ^{h,i}	6,4	11,0	16,4	24,4	41,8	24,6	6,5	7,6	1.680 ^f	2.040
23 Haïti		..	..	..	..	..		6,7 ^c	5,5 ^c	..	1.220
24 Bénin		..	..	..	..	..		7,3	6,8	1.500 ^f	1.180
25 Rép. centrafricaine		..	..	..	..	..		5,5 ^c	4,9 ^c	..	1.090
26 Ghana	1988-89 ^{d,e}	7,0	11,3	15,8	21,8	44,1	29,0	8,9 ^c	9,0 ^c	..	2.000
27 Pakistan	1991 ^{d,e}	8,4	12,9	16,9	22,2	39,7	25,2	8,3	8,9	1.970 ^f	1.570
28 Togo		..	..	..	..	..		6,4 ^c	5,9 ^c	..	1.310
29 Guinée		..	..	..	..	..		..	..	..	..
30 Nicaragua		..	..	..	..	..		15,5 ^c	11,5 ^c	..	2.550
31 Sri Lanka	1985-86 ^{h,i}	4,9	8,4	12,4	18,2	56,2	43,0	11,0	12,0	2.650 ^f	2.580
32 Mauritanie		..	..	..	..	..		6,9 ^c	6,3 ^c	..	1.390
33 Yémen, Rép. du		..	..	..	..	..		..	..	..	..
34 Honduras	1989 ^{h,i}	2,7	6,0	10,2	17,6	63,5	47,9	8,5	8,2	1.820 ^m	2.670
35 Lesotho	1986-87 ^{h,i}	4,5	6,5	10,0	17,6	61,3	45,0	7,2 ^c	8,5 ^c	..	1.890
36 Indonésie	1990 ^{d,e}	8,7	12,1	15,9	21,1	42,3	27,9	10,5	12,3	2.730 ^m	2.720
37 Egypte, Rép. arabe d'		..	..	..	..	..		16,3	16,3	3.600 ^f	3.140
38 Zimbabwe		..	..	..	..	..		9,2	9,8	2.160 ^f	2.580
39 Soudan		..	..	..	..	..		..	..	..	..
40 Zambie		..	..	..	..	..		5,3	4,6	1.010 ^f	1.010
Economies à revenu intermédiaire											
Tranche inférieure											
41 Bolivie		..	..	..	..	..		9,6	9,8	2.170 ^m	2.260
42 Côte d'Ivoire	1988 ^{d,e}	7,3	11,9	16,3	22,3	42,2	26,9	9,1	6,8	1.510 ^f	1.680
43 Sénégal		..	..	..	..	..		7,9	7,6	1.680 ^f	1.600
44 Philippines	1988 ^{d,e}	6,5	10,1	14,4	21,2	47,8	32,1	10,8	11,0	2.440 ^f	2.900
45 Pap.-Nouvelle-Guinée		..	..	..	..	..		8,8 ^c	8,3 ^c	..	1.830
46 Cameroun		..	..	..	..	..		15,1	10,8	2.400 ^f	1.970
47 Guatemala	1989 ^{h,i}	2,1	5,8	10,5	18,6	63,0	46,6	14,4	14,4	3.180 ^m	2.600
48 Rép. dominicaine	1989 ^{h,i}	4,2	7,9	12,5	19,7	55,6	39,6	15,5	13,9	3.080 ^m	3.040
49 Equateur		..	..	..	..	..		17,8	18,7	4.140 ^m	3.950
50 Maroc	1990-91 ^{d,e}	6,6	10,5	15,0	21,7	46,3	30,5	13,8	15,1	3.340 ^f	2.800
51 Jordanie		..	..	..	..	..		29,3 ^c	22,0 ^c	..	4.870
52 Tadjikistan		..	..	..	..	..		11,9	9,9	2.180 ^f	..
53 Pérou	1985-86 ^{d,e}	4,9	9,2	13,7	21,0	51,4	35,4	19,7	14,1	3.110 ^m	2.930
54 El Salvador		..	..	..	..	..		9,5	9,5	2.110 ^m	2.750
55 Congo		..	..	..	..	..		13,1	12,7	2.800 ^f	..
56 Rép. arabe syrienne		..	..	..	..	..		20,9	23,6	5.220 ⁿ	4.630
57 Colombie	1988 ^{h,i}	4,0	8,7	13,5	20,8	53,0	37,1	23,7	24,7	5.460 ^m	4.080
58 Paraguay		..	..	..	..	..		14,9	15,5	3.420 ^m	2.900
59 Ouzbékistan		..	..	..	..	..		12,1	12,6	2.790 ^f	..
60 Jamaïque	1990 ^{d,e}	6,0	9,9	14,5	21,3	48,4	32,6	15,1	16,6	3.670 ⁿ	4.050
61 Roumanie		..	..	..	..	..		42,3	31,2	6.900 ⁿ	..
62 Namibie		..	..	..	..	..		..	..	..	..
63 Tunisie	1990 ^{d,e}	5,9	10,4	15,3	22,1	46,3	30,7	20,2	21,2	4.690 ^f	3.780
64 Kirghizistan		..	..	..	..	..		14,2	14,8	3.280 ^f	..
65 Thaïlande	1988 ^{d,i}	6,1	9,4	13,5	20,3	50,7	35,3	17,1	23,8	5.270 ^f	3.740
66 Géorgie		..	..	..	..	..		24,7	16,6	3.670 ^f	..
67 Azerbaïdjan		..	..	..	..	..		20,2	16,6	3.670 ^f	..
68 Turkménistan		..	..	..	..	..		17,3	16,0	3.540 ^f	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

								Estimations du PIB par habitant, d'après le PAM ^a			
Pourcentage du revenu ou de la consommation								Dollars internationaux courants			
								(Etats Unis=100)		Calcul de régression ^b	
	Année	Quintile le plus pauvre	Deuxième quintile	Troisième quintile	Quatrième quintile	Quintile le plus riche	Décile le plus riche	1987	1991	Observations ^a	
69 Turquie	1989 ^{h,i}	9,2	13,8	17,9	23,0	36,1	21,6	21,0	21,9	4.840	3.950
70 Pologne		..	..	..	..	..	..	24,8	20,3	4.500 ^f	4.720
71 Bulgarie		..	..	..	..	..	..	31,1 ^c	22,5 ^c	..	4.980
72 Costa Rica	1989 ^{h,i}	4,0	9,1	14,3	21,9	50,8	34,1	22,5	23,0	5.100 ^m	4.320
73 Algérie		..	..	..	..	..	..	28,6 ^c	25,5 ^c	..	5.640
74 Panama	1989 ^{h,i}	2,0	6,3	11,6	20,3	59,8	42,1	25,6	22,2	4.910 ^m	5.030
75 Arménie		..	..	..	..	..	..	24,3	20,8	4.610 ^l	..
76 Chili	1989 ^{h,i}	3,7	6,8	10,3	16,2	62,9	48,9	27,3	31,9	7.060 ^m	5.380
77 Iran, Rép. islamique d'		..	..	..	..	..	..	22,1	21,1	4.670 ^f	6.760
78 Moldova		..	..	..	..	..	..	23,1	21,0	4.640 ^l	..
79 Ukraine		..	..	..	..	..	..	25,7	23,4	5.180 ^l	..
80 Maurice		..	..	..	..	..	..	40,8	50,5	11.180 ^f	5.480
81 Tchécoslovaquie		..	..	..	..	..	..	35,0 ^c	28,4 ^c	..	6.280
82 Kazakhstan		..	..	..	..	..	..	23,0	20,3	4.490 ^l	..
83 Malaisie	1989 ^{h,i}	4,6	8,3	13,0	20,4	53,7	37,9	26,5	33,4	7.400 ⁿ	6.530
Tranche supérieure											
84 Botswana	1985-86 ^{d,g}	1,4	4,6	9,4	18,2	66,4	49,6	16,7	21,2	4.690 ^f	4.080
85 Afrique du Sud		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Lituanie		..	..	..	..	..	..	29,4	24,4	5.410 ^l	..
87 Hongrie	1989 ^{h,i}	10,9	14,8	18,0	22,0	34,4	20,8	31,9	27,5	6.080 ^f	5.260
88 Venezuela	1989 ^{h,i}	4,8	9,5	14,4	21,9	49,5	33,2	36,3	36,7	8.120 ^m	6.990
89 Argentine		..	..	..	..	..	..	25,6	23,1	5.120 ^m	5.840
90 Uruguay		..	..	..	..	..	..	30,4	30,1	6.670 ^m	5.690
91 Brésil	1989 ^{h,i}	2,1	4,9	8,9	16,8	67,5	51,3	26,0	23,7	5.240 ^m	4.180
92 Mexique	1984 ^{h,i}	4,1	7,8	12,3	19,9	55,9	39,5	31,4	32,4	7.170 ⁿ	5.190
93 Bélarus		..	..	..	..	..	..	29,7	31,0	6.850 ^l	..
94 Fédération de Russie		..	..	..	..	..	..	35,2	31,3	6.930 ^l	..
95 Lettonie		..	..	..	..	..	..	37,2	34,1	7.540 ^l	..
96 Trinité-et-Tobago		..	..	..	..	..	..	42,5 ^c	37,9 ^c	..	8.380
97 Gabon		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
98 Estonie		..	..	..	..	..	..	45,8	36,6	8.090 ^l	..
99 Portugal		..	..	..	..	..	..	35,9	42,7	9.450	7.730
100 Oman		..	..	..	..	..	..	38,5 ^c	40,6 ^c	..	8.990
101 Porto Rico		..	..	..	..	..	..	44,7 ^c	49,3 ^c	..	10.920
102 Corée, Rép. de		..	..	..	..	..	..	28,6	37,6	8.320 ^f	10.070
103 Grèce		..	..	..	..	..	..	33,8	34,7	7.680	9.700
104 Arabie saoudite		..	..	..	..	..	..	45,1 ^c	49,0 ^c	..	10.850
105 Yougoslavie	1989 ^{h,i}	5,3	10,7	16,2	23,7	44,2	27,4	28,4 ^c	..	..	..
Eco. revenu faible/interméd.											
Afrique subsaharienne											
Asie de l'Est et Pacifique											
Asie du Sud											
Europe et Asie centrale											
Moyen-Orient et Afrique du Nord											
Amérique latine et Caraïbes											
Gravement endettées											
Economies à revenu élevé											
Membres de l'OCDE											
106 Irlande		..	..	..	..	..	..	42,3	51,6	11.430	15.060
107 Israël	1979 ^{j,k}	6,0	12,1	17,8	24,5	39,6	23,5	60,2	60,8	13.460 ^m	12.980
108 Nouvelle-Zélande	1981-82 ^{j,k}	5,1	10,8	16,2	23,2	44,7	28,7	68,0	63,1	13.970	12.660
109 Espagne	1980-81 ^{j,k}	6,9	12,5	17,3	23,2	40,0	24,5	50,5	57,3	12.670	13.760
110 Hong Kong	1980 ^{j,k}	5,4	10,8	15,2	21,6	47,0	31,3	74,0	83,7	18.520 ^f	14.470
111 Singapour	1982-83 ^{j,k}	5,1	9,9	14,6	21,4	48,9	33,5	57,1 ^c	71,2 ^c	..	15.760
112 Royaume-Uni	1979 ^{j,k}	5,8	11,5	18,2	25,0	39,5	23,3	73,0	73,8	16.340	15.470
113 Australie	1985 ^{j,k}	4,4	11,1	17,5	24,8	42,2	25,8	76,7	75,4	16.680	15.820
114 Italie	1986 ^{j,k}	6,8	12,0	16,7	23,5	41,0	25,3	71,4	77,0	17.040	15.960
115 Pays-Bas	1983 ^{j,k}	6,9	13,2	17,9	23,7	38,3	23,0	70,0	76,0	16.820	19.110
116 Belgique	1978-79 ^{j,k}	7,9	13,7	18,6	23,8	36,0	21,5	71,5	79,1	17.510	18.470
117 Autriche		..	..	..	..	..	..	72,6	79,9	17.690	17.850
118 France	1979 ^{j,k}	6,3	12,1	17,2	23,5	40,8	25,5	78,1	83,3	18.430	18.990
119 Canada	1987 ^{j,k}	5,7	11,8	17,7	24,6	40,2	24,1	90,7	87,3	19.320	19.370
120 Etats-Unis	1985 ^{j,k}	4,7	11,0	17,4	25,0	41,9	25,0	100,0	100,0	22.130	22.130
121 Allemagne	1984 ^{j,k}	6,8	12,7	17,8	24,1	38,7	23,4	80,5	89,3	19.770	21.130
122 Danemark	1981 ^{j,k}	5,4	12,0	18,4	25,6	38,6	22,3	79,1	80,8	17.880	20.780
123 Finlande	1981 ^{j,k}	6,3	12,1	18,4	25,5	37,6	21,7	73,0	72,9	16.130	19.850
124 Norvège	1979 ^{j,k}	6,2	12,8	18,9	25,3	36,7	21,2	79,8	77,6	17.170	20.290
125 Suède	1981 ^{j,k}	8,0	13,2	17,4	24,5	36,9	20,8	80,3	79,0	17.490	19.510
126 Japon	1979 ^{j,k}	8,7	13,2	17,5	23,1	37,5	22,4	74,4	87,6	19.390	23.830
127 Suisse	1982 ^{j,k}	5,2	11,7	16,4	22,1	44,6	29,8	95,6	98,4	21.780	..
Toutes économies											
Exportateurs de pétrole											

a. Sauf indication contraire, extrapolation des estimations du PCI 1990. b. Voir les notes techniques. c. Calculé à partir des estimations de régression. d. Les données se rapportent à la part des dépenses associée à chacun des segments de population correspondant aux colonnes suivantes. e. Données classées en fonction des dépenses par habitant. f. Chiffre extrapolé à partir des estimations du PCI 1985. g. Données classées en fonction des dépenses des ménages. h. Les données se rapportent à la part du revenu associée à chacun des segments de population correspondant aux colonnes suivantes. i. Données classées en fonction du revenu par habitant. j. Les données se rapportent à la part du revenu associée à chacun des segments de ménages correspondant aux colonnes suivantes. k. Données classées en fonction du revenu des ménages. l. Ces valeurs ont une marge d'erreur supérieure à la normale (voir les notes techniques). m et n sont extrapolés à partir des estimations du PCI pour 1980 et 1975, respectivement, et ajustés par le déflateur des Etats-Unis correspondant.

Tableau 31. Urbanisation

	Population urbaine				Population de la capitale		Population des villes d'au moins 1 million d'habitants en 1990			
	En pourcentage de la population totale		Croissance annuelle moyenne (%)		En % de la population urbaine	En % de la population totale	En % de la population urbaine		En % de la population totale	
	1970	1991	1970-80	1980-91	1990	1990	1965	1990	1965	1990
Economies à faible revenu	18 w	39 w	3,7 w	..	11 w	3 w	41 w	31 w	7 w	9 w
Chine et Inde	18 w	46 w	3,2 w	..	3 w	1 w	42 w	29 w	8 w	9 w
Autres économies faible revenu	18 w	28 w	4,7 w	5,0 w	27 w	7 w	38 w	35 w	6 w	10 w
1 Mozambique	6	28	11,5	10,1	38	10	68	38	3	10
2 Tanzanie	7	34	12,7	10,1	21	7	38	18	2	6
3 Ethiopie	9	13	4,8	5,3	29	4	27	30	2	4
4 Ouganda	8	11	3,6	4,5	41	4	..	..	..	..
5 Bhoutan	3	6	4,1	5,7	22	1	..	..	..	..
6 Guinée-Bissau	15	20	5,8	3,7	36	7	..	..	..	..
7 Népal	4	10	7,3	7,3	20	2	..	..	..	..
8 Burundi	2	6	7,7	5,7	81	4	..	..	..	..
9 Tchad	11	30	8,1	6,3	43	13	..	..	..	..
10 Madagascar	14	25	5,3	6,2	23	6	..	..	..	..
11 Sierra Leone	18	33	5,2	5,3	52	17	..	..	..	..
12 Bangladesh	8	17	6,8	6,1	37	6	50	47	3	8
13 RDP lao	10	19	5,1	6,0	53	10	..	..	..	..
14 Malawi	6	12	7,5	6,0	31	4	..	..	..	..
15 Rwanda	3	8	8,1	7,6	56	4	..	..	..	..
16 Mali	14	20	4,1	3,8	41	8	..	..	..	..
17 Burkina Faso	6	9	4,3	5,2	51	5	..	..	..	..
18 Niger	9	20	7,5	7,4	39	8	..	..	..	..
19 Inde	20	27	3,9	3,7	4	1	32	32	6	9
20 Kenya	10	24	8,5	7,8	26	6	41	27	4	6
21 Nigéria	20	36	6,1	5,8	23	8	23	24	4	8
22 Chine	18	60	2,6	..	2	1	49	27	9	9
23 Haïti	20	29	3,5	3,8	56	16	47	56	8	16
24 Bénin	18	38	8,4	5,1	12	4	..	..	..	..
25 Rép. centrafricaine	30	48	4,5	4,8	52	24	..	..	..	..
26 Ghana	29	33	2,7	4,1	22	7	27	22	7	7
27 Pakistan	25	33	4,4	4,6	1	0	44	42	10	13
28 Togo	13	26	6,4	6,6	55	14	..	..	..	..
29 Guinée	14	26	4,8	5,6	89	23	47	88	5	23
30 Nicaragua	47	60	4,4	3,9	46	28	36	44	15	26
31 Sri Lanka	22	22	1,5	1,5	17	4	..	..	..	..
32 Mauritanie	14	48	10,4	7,3	83	39	..	..	..	..
33 Yémen, Rép. du	13	30	7,0	7,3	11	3	..	..	..	..
34 Honduras	29	45	5,7	5,4	35	15	..	..	..	..
35 Lesotho	9	21	7,1	7,0	17	4	..	..	..	..
36 Indonésie	17	31	5,1	5,0	17	5	42	33	7	10
37 Egypte, Rép. arabe d'	42	47	2,5	3,2	37	17	53	52	22	24
38 Zimbabwe	17	28	5,6	5,8	31	9	..	..	..	..
39 Soudan	16	22	4,9	3,9	35	8	30	35	4	8
40 Zambie	30	51	5,9	6,0	25	12	..	..	..	..
Economies à revenu intermédiaire	46 w	62 w	3,7 w	3,2 w	25 w	14 w	40 w	40 w	17 w	24 w
Tranche inférieure	41 w	54 w	3,6 w	3,3 w	28 w	13 w	36 w	36 w	13 w	19 w
41 Bolivie	41	52	3,4	4,0	34	17	28	33	11	17
42 Côte d'Ivoire	27	41	7,5	4,7	45	18	30	45	7	18
43 Sénégal	33	39	3,4	4,0	52	20	40	53	13	20
44 Philippines	33	43	3,8	3,7	32	14	28	32	9	14
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	10	16	5,3	4,3	33	5	..	..	..	..
46 Cameroun	20	42	7,6	5,6	16	7	..	..	..	..
47 Guatemala	36	40	3,3	3,5	23	9	..	..	..	..
48 Rép. dominicaine	40	61	4,9	3,9	52	31	46	51	16	31
49 Equateur	40	57	4,8	4,4	21	12	50	49	19	28
50 Maroc	35	49	4,1	4,3	9	4	39	36	12	17
51 Jordanie	50	69	5,7	5,7	46	31	33	38	15	26
52 Tadjikistan	..	32	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Pérou	57	71	4,0	3,1	41	29	37	41	19	29
54 El Salvador	39	45	2,9	2,1	26	11	..	..	..	..
55 Congo	33	41	4,0	4,7	68	28	..	..	..	..
56 Rép. arabe syrienne	44	51	4,1	4,1	34	17	58	60	23	30
57 Colombie	57	71	3,3	2,9	21	15	38	39	20	27
58 Paraguay	37	48	4,2	4,4	48	23	..	..	..	..
59 Ouzbékistan	..	41	..	..	..	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	42	53	2,6	2,1	52	27	..	..	..	..
61 Roumanie	42	53	2,5	1,2	18	9	21	18	8	9
62 Namibie	19	28	4,9	5,1	36	10	..	..	..	..
63 Tunisie	44	55	4,1	2,8	37	20	35	37	14	20
64 Kirghizistan	..	38	..	..	..	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	13	23	5,4	4,6	56	13	66	57	8	13
66 Géorgie	..	56	..	..	..	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	54	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Population urbaine				Population de la capitale		Population des villes d'au moins 1 million d'habitants en 1990			
		En pourcentage de la population totale		Croissance annuelle moyenne (%)		En % de la population urbaine	En % de la population totale	En % de la population urbaine		En % de la population totale	
		1970	1991	1970-80	1980-91	1990	1990	1965	1990	1965	1990
69	Turquie	38	63	3,7	5,8	8	5	41	35	14	22
70	Pologne	52	62	2,0	1,3	9	6	32	28	16	18
71	Bulgarie	52	68	2,1	1,1	20	13	21	19	10	13
72	Costa Rica	40	48	3,6	3,7	72	34	62	72	24	34
73	Algérie	40	53	4,1	4,8	23	12	24	23	9	12
74	Panama	48	54	2,9	2,9	37	20	..	..	..	..
75	Arménie	..	68	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	75	86	2,4	2,2	42	36	39	42	28	36
77	Iran, Rép. islamique d'	41	57	5,2	5,0	21	12	43	41	16	23
78	Moldova	..	47	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	67	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Maurice	42	41	1,7	0,5	36	15	..	..	..	..
81	Tchécoslovaquie	55	..	2,7	1,7	11	8	15	11	8	8
82	Kazakhstan	..	57	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	27	44	5,0	4,8	22	10	16	22	4	10
Tranche supérieure		53 w	73 w	3,9 w	3,0 w	21 w	15 w	46 w	44 w	23 w	32 w
84	Botswana	8	29	10,0	10,0	37	10	..	..	..	..
85	Afrique du Sud	48	60	3,8	3,8	10	6	40	30	19	18
86	Lituanie	..	68	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	46	62	2,0	1,1	33	20	43	33	19	20
88	Venezuela	72	85	5,0	2,7	25	21	34	29	24	27
89	Argentine	78	87	2,2	1,8	41	36	53	49	40	42
90	Uruguay	82	86	0,6	0,8	45	39	53	45	43	39
91	Brésil	56	76	4,1	3,3	2	2	48	47	24	35
92	Mexique	59	73	4,1	2,9	34	25	41	45	22	32
93	Bélarus	..	66	..	2,3	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	74	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	71	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	39	70	5,0	3,3	12	8	..	..	..	..
97	Gabon	26	47	8,3	6,0	57	26	..	..	..	..
98	Estonie	..	72	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	26	34	2,6	1,4	48	16	44	46	11	16
100	Oman	5	11	8,0	8,3	41	4	..	..	..	..
101	Porto Rico	58	75	3,1	1,9	53	39	46	54	24	40
102	Corée, Rép. de	41	73	5,3	3,5	36	26	74	69	24	50
103	Grèce	53	63	1,9	1,3	54	34	59	55	28	34
104	Arabie saoudite	49	78	8,4	6,1	17	13	23	29	9	23
105	Yougoslavie	35	..	3,6	2,8	12	7	11	12	3	7
Eco. revenu faible/interméd.		25 w	46 w	3,7 w	6,3 w	15 w	6 w	41 w	33 w	10 w	13 w
Afrique subsaharienne		16 w	29 w	5,8 w	5,8 w	33 w	9 w	30 w	30 w	4 w	9 w
Asie de l'Est et Pacifique		19 w	52 w	3,2 w	11,1 w	10 w	4 w	47 w	30 w	9 w	10 w
Asie du Sud		19 w	26 w	4,1 w	3,9 w	8 w	2 w	35 w	35 w	6 w	9 w
Europe et Asie centrale		44 w	64 w	..	..	16 w	9 w	31 w	28 w	12 w	16 w
Moyen-Orient et Afrique du Nord		41 w	55 w	4,5 w	4,5 w	26 w	14 w	43 w	41 w	17 w	22 w
Amérique latine et Caraïbes		57 w	72 w	3,7 w	2,9 w	24 w	16 w	44 w	44 w	24 w	33 w
Gravement endettés		54 w	68 w	3,7 w	3,0 w	21 w	14 w	41 w	42 w	21 w	29 w
Economies à revenu élevé		74 w	77 w	1,1 w	0,8 w	12 w	9 w	38 w	37 w	27 w	29 w
Membres de l'OCDE		74 w	77 w	1,0 w	0,8 w	11 w	7 w	37 w	36 w	27 w	28 w
106	Irlande	52	57	2,2	0,5	46	26	..	..	..	..
107	Israël	84	92	3,2	2,3	12	11	43	45	34	41
108	Nouvelle-Zélande	81	84	1,4	0,8	12	10	..	..	..	..
109	Espagne	66	79	2,0	1,1	17	13	26	28	16	22
110	Hong Kong	90	94	2,6	1,5	101	95	90	99	81	93
111	Singapour	100	100	2,0	1,7	101	101	73	100	73	100
112	Royaume-Uni	89	89	0,1	0,2	14	13	33	26	28	23
113	Australie	85	86	1,6	1,5	2	1	60	59	50	51
114	Italie	64	69	0,9	0,6	8	5	42	37	26	25
115	Pays-Bas	86	89	1,1	0,6	8	7	18	16	16	14
116	Belgique	94	97	0,3	0,3	10	10	..	..	..	..
117	Autriche	52	59	0,7	0,9	47	27	51	47	26	28
118	France	71	74	0,9	0,6	20	15	30	26	20	19
119	Canada	76	77	1,2	1,2	4	3	37	39	27	30
120	Etats-Unis	74	75	1,0	1,1	2	1	49	48	35	36
121	Allemagne	80	..	0,3	..	..	1	19	15	15	13
122	Danemark	80	87	0,9	0,4	31	27	38	31	29	27
123	Finlande	50	60	2,1	0,4	34	20	27	34	12	20
124	Norvège	65	75	1,3	1,0	21	16	..	..	..	..
125	Suède	81	84	0,6	0,4	23	19	17	23	13	20
126	Japon	71	77	1,8	0,6	19	15	37	36	25	27
127	Suisse	55	60	0,4	1,1	7	4	..	..	..	..
Toutes économies		35 w	51 w	2,7 w	4,7 w	14 w	6 w	40 w	34 w	14 w	16 w
Exportateurs de pétrole		35 w	52 w	5,6 w	4,9 w	25 w	13 w	30 w	31 w	10 w	16 w

Tableau 32. Les femmes et le développement

	Santé et protection sociale										Education					
	Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes)		Espérance de vie à la naissance (années)				Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	% de la cohorte arrivant en 4e année				Nombre de filles pour 100 garçons				
								Filles		Garçons						
	Filles 1991	Garçons 1991	Filles 1970	1991	1970	1991	1988	Filles 1970	1986	1970	Garçons 1986	1970	1990	1970	1990	
Economies à faible revenu	96 w	104 w	54 w	58 w	53 w	61 w	308 w	..	..	..	..	..	78 w	..	65 w	
Chine et Inde	75 w	80 w	57 w	60 w	57 w	64 w	115 w	..	..	..	..	..	79 w	..	65 w	
Autres éco. faible revenu	135 w	148 w	47 w	57 w	46 w	54 w	587 w	65 w	66 w	74 w	70 w	61 w	76 w	44 w	66 w	
1 Mozambique	265	294	42	48	39	45	..	..	..	..	..	..	76	..	61	
2 Tanzanie	153	171	47	49	44	46	342	82	90	88	89	65	98	38	74	
3 Ethiopie	185	204	44	50	43	47	..	57	56	56	56	46	64	32	67	
4 Ouganda	175	195	51	47	49	46	550	..	..	..	..	65	..	31	..	
5 Bhoutan	200	188	41	49	39	47	1.305	..	..	..	..	5	59	3	41	
6 Guinée-Bissau	236	262	36	39	35	38	..	..	..	..	..	43	56	62	53	
7 Népal	139	125	42	53	43	54	833	..	..	..	..	18	47	16	..	
8 Burundi	169	189	45	50	42	46	..	47	84	45	84	49	84	17	57	
9 Tchad	197	219	40	49	37	46	..	..	77	..	81	34	44	9	22	
10 Madagascar	156	174	47	52	44	50	333	65	..	63	..	86	97	70	99	
11 Sierra Leone	341	377	36	45	33	40	..	..	..	..	..	67	70	40	56	
12 Bangladesh	136	130	44	52	46	53	600	..	43	..	43	47	81	..	49	
13 RDP lao	153	172	42	52	39	49	561	..	..	..	..	59	77	36	66	
14 Malawi	185	205	41	45	40	44	350	55	67	60	72	59	81	36	54	
15 Rwanda	209	234	46	48	43	45	300	63	76	65	75	79	99	44	56	
16 Mali	180	205	41	50	40	47	2.325	52	68	89	75	55	58	29	48	
17 Burkina Faso	189	209	42	50	39	46	810	71	86	68	84	57	62	33	50	
18 Niger	303	337	40	48	37	44	..	75	93	74	78	53	57	35	42	
19 Inde	125	123	49	60	50	60	..	42	..	45	..	60	71	39	55	
20 Kenya	97	113	52	61	48	57	..	84	78	84	76	71	95	42	78	
21 Nigéria	177	195	43	53	40	50	800	64	..	66	..	59	76	49	74	
22 Chine	37	48	63	71	61	67	115	..	76	..	81	..	86	..	72	
23 Haïti	145	164	49	56	46	53	600	..	..	..	..	..	93	..	96	
24 Bénin	157	175	45	52	43	49	161	71	..	75	..	45	..	44	37	
25 Rép. centrafricaine	122	136	45	50	40	45	..	67	81	67	85	49	63	20	38	
26 Ghana	122	140	51	57	48	53	1.000	77	..	82	..	75	82	35	63	
27 Pakistan	139	137	47	59	49	59	270	56	..	60	..	36	52	25	41	
28 Togo	131	149	46	56	43	52	..	85	78	88	86	45	65	26	34	
29 Guinée	215	239	37	44	35	44	1.247	..	77	..	87	46	46	26	31	
30 Nicaragua	59	72	55	68	52	64	300	48	62	45	59	101	104	89	138	
31 Sri Lanka	19	25	66	74	64	69	80	94	97	73	99	89	93	101	105	
32 Mauritanie	188	209	41	49	38	45	800	..	83	..	83	39	69	13	45	
33 Yémen, Rép. du	148	166	42	52	41	52	330	..	..	..	..	..	..	..	..	
34 Honduras	54	66	55	68	51	63	221	..	..	..	..	99	98	79	..	
35 Lesotho	146	167	50	58	48	55	220	87	87	70	76	150	121	111	149	
36 Indonésie	102	120	49	61	46	58	450	67	82	89	99	84	93	59	82	
37 Egypte, Rép. arabe d'	82	96	52	62	50	60	..	85	..	93	..	61	80	48	76	
38 Zimbabwe	50	63	52	62	49	59	77	74	81	80	81	79	99	63	88	
39 Soudan	156	176	43	53	41	50	..	..	..	..	..	61	75	40	80	
40 Zambie	166	186	48	50	45	47	..	93	..	99	..	80	91	49	59	
Eco. à revenu intermédiaire	44 w	54 w	62 w	71 w	58 w	65 w	107 w	78 w	87 w	76 w	90 w	86 w	91 w	94 w	104 w	
Tranche inférieure	50 w	60 w	61 w	69 w	57 w	64 w	111 w	79 w	87 w	80 w	88 w	80 w	90 w	89 w	104 w	
41 Bolivie	117	127	48	61	44	57	371	..	..	..	..	69	90	64	..	
42 Côte d'Ivoire	144	163	46	53	43	50	..	77	83	83	88	57	71	27	45	
43 Sénégal	140	160	44	49	42	46	..	..	90	..	94	63	72	39	51	
44 Philippines	53	68	59	67	56	63	74	..	85	..	84	..	94	..	..	
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	67	81	47	56	47	55	700	76	..	84	..	57	80	37	62	
46 Cameroun	112	130	46	57	43	54	..	59	85	58	86	74	85	36	68	
47 Guatemala	76	84	54	67	51	62	..	33	..	73	..	79	..	65	..	
48 Rép. dominicaine	66	72	61	69	57	65	300	55	..	13	..	99	98	..	..	
49 Equateur	56	62	60	69	57	64	156	69	..	70	..	93	..	76	..	
50 Maroc	66	79	53	65	50	61	..	78	80	83	81	51	66	40	69	
51 Jordanie	30	33	..	70	..	66	..	90	97	92	99	78	94	53	96	
52 Tadjikistan	60	66	..	72	..	67	39	..	..	..	..	..	..	..	..	
53 Pérou	62	76	56	66	52	62	165	..	..	..	..	85	..	74	..	
54 El Salvador	46	50	60	68	56	63	148	61	..	62	..	92	98	77	95	
55 Congo	159	177	49	54	43	49	..	86	90	89	98	78	87	43	72	
56 Rép. arabe syrienne	37	47	57	69	54	65	143	92	93	95	95	57	87	36	71	
57 Colombie	23	29	63	72	59	66	200	57	74	51	72	101	98	73	100	
58 Paraguay	38	46	67	69	63	65	300	70	77	71	77	89	93	91	102	
59 Ouzbékistan	47	59	..	73	..	66	43	..	..	..	..	..	..	..	..	
60 Jamaïque	16	20	70	76	66	71	115	..	100	..	98	100	99	103	..	
61 Roumanie	28	38	71	73	67	67	..	90	..	89	..	97	106	151	174	
62 Namibie	85	97	49	60	47	56	..	..	..	..	..	..	108	..	127	
63 Tunisie	40	51	55	68	54	67	127	..	91	..	94	64	85	38	77	
64 Kirghizistan	45	58	..	70	..	62	43	..	..	..	..	..	..	..	..	
65 Thaïlande	30	40	61	72	56	66	37	71	..	69	..	88	95	69	97	
66 Géorgie	18	23	..	77	..	69	55	..	..	..	..	..	..	..	..	
67 Azerbaïdjan	34	45	..	75	..	67	29	..	..	..	..	..	..	..	..	
68 Turkménistan	68	83	..	70	..	62	55	..	..	..	..	..	..	..	..	

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Santé et protection sociale							Education							
		Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes)		Espérance de vie à la naissance (années)				Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	% de la cohorte arrivant en 4e année				Nombre de filles pour 100 garçons			
				Filles		Garçons			Filles		Garçons		Primaire		Secondaire ^a	
		1991	1991	1970	1991	1970	1991	1988	1970	1986	1970	1986	1970	1990	1970	1990
69	Turquie	70	77	59	70	55	64	146	76	98	81	98	73	89	37	63
70	Pologne	15	21	74	75	67	67	..	99	..	97	..	93	95	251	266
71	Bulgarie	18	23	74	75	69	68	..	91	91	100	93	94	93	..	198
72	Costa Rica	13	16	69	78	65	74	18	93	91	91	90	96	94	111	103
73	Algérie	77	85	54	67	52	65	..	90	95	95	97	60	81	40	79
74	Panama	24	28	67	75	64	71	60	97	88	97	85	92	93	99	103
75	Arménie	24	30	..	75	..	68	35	..	..	..	..	..	..	..	..
76	Chili	18	22	66	76	59	68	40	86	..	83	..	98	95	130	115
77	Iran, Rép. islamique d'	83	91	54	65	55	65	120	75	92	74	93	55	86	49	74
78	Moldova	24	32	..	72	..	65	34	..	..	..	..	..	..	..	..
79	Ukraine	18	26	74	75	67	66	33	..	..	..	..	96	..	127	..
80	Maurice	22	28	65	73	60	67	99	97	99	97	99	94	98	66	100
81	Tchécoslovaquie	12	17	73	76	67	68	..	96	97	98	97	96	97	183	132
82	Kazakhstan	33	44	..	73	..	64	53	..	..	..	..	..	..	..	..
83	Malaisie	15	21	63	73	60	68	26	..	..	..	..	88	95	69	104
Tranche supérieure		36 w	46 w	64 w	72 w	59 w	65 w	104 w	75 w	..	70 w	94 w	94 w	95 w	101 w	102 w
84	Botswana	36	44	51	70	48	66	..	97	96	90	97	113	107	88	114
85	Afrique du Sud	65	79	56	66	50	59	..	..	..	..	..	98	..	95	..
86	Lituanie	15	21	75	76	67	65	29	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Hongrie	17	23	73	74	67	66	..	90	97	99	97	93	95	202	198
88	Venezuela	35	44	68	73	63	67	55	84	91	61	81	99	99	102	137
89	Argentine	28	32	70	75	64	68	140	92	..	69	..	98	103	156	..
90	Uruguay	21	25	72	77	66	70	36	..	98	..	96	91	95	129	..
91	Brésil	60	73	61	69	57	63	140	56	..	54	..	99	..	99	..
92	Mexique	38	50	64	73	60	67	200	..	73	..	94	92	94	..	92
93	Bélarus	15	21	76	76	68	66	25	..	..	..	..	..	..	..	..
94	Fédération de l'Urss	21	29	..	74	..	64	49	..	..	..	..	..	..	..	..
95	Lettonie	17	23	..	75	..	64	57	..	..	..	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	21	25	68	74	63	69	89	78	..	74	..	97	97	113	102
97	Gabon	144	163	46	55	43	52	..	73	80	78	78	91	..	43	..
98	Estonie	13	19	74	75	66	65	41	..	..	..	..	..	..	..	..
99	Portugal	11	15	71	77	64	70	..	92	..	92	..	95	91	98	116
100	Oman	33	43	49	71	46	67	..	..	97	..	100	16	89	..	82
101	Porto Rico	16	20	75	80	69	72	21	..	..	..	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	16	22	62	73	58	67	26	96	100	96	100	92	94	65	87
103	Grèce	12	14	74	80	70	75	..	97	99	96	99	92	94	98	103
104	Arabie saoudite	33	44	54	71	51	68	..	93	..	91	..	46	84	16	79
105	Yougoslavie	19	25	70	76	65	70	..	91	..	99	..	91	94	86	98
Eco. revenu faible, interméd.		80 w	89 w	56 w	63 w	54 w	62 w	238 w	61 w	76 w	64 w	80 w	70 w	81 w	60 w	73 w
Afrique subsaharienne		167 w	186 w	45 w	52 w	42 w	49 w	686 w	66 w	71 w	69 w	72 w	60 w	76 w	40 w	67 w
Asie de l'Est et l'acifique		46 w	58 w	60 w	66 w	58 w	66 w	195 w	..	78 w	..	82 w	..	88 w	..	75 w
Asie du Sud		129 w	127 w	48 w	59 w	50 w	59 w	444 w	45 w	..	48 w	..	55 w	69 w	38 w	54 w
Europe et Asie centrale		28 w	35 w	69 w	74 w	64 w	66 w	60 w	90 w	97 w	92 w	98 w	89 w	94 w	137 w	143 w
Moyen-Orient et																
Afrique du Nord		73 w	84 w	54 w	65 w	52 w	63 w	151 w	83 w	90 w	87 w	92 w	54 w	79 w	41 w	72 w
Amérique latine et Caraïbes		48 w	58 w	63 w	71 w	58 w	65 w	162 w	66 w	76 w	60 w	85 w	96 w	97 w	101 w	103 w
Gravement endettées		55 w	66 w	62 w	69 w	58 w	64 w	171 w	75 w	80 w	73 w	89 w	87 w	88 w	109 w	115 w
Economies à revenu élevé		8 w	11 w	75 w	80 w	68 w	73 w	..	95 w	98 w	93 w	97 w	96 w	95 w	95 w	100 w
Membres de l'OCDE		8 w	11 w	75 w	80 w	68 w	73 w	..	95 w	98 w	93 w	97 w	96 w	95 w	95 w	100 w
106	Irlande	9	11	73	78	69	72	..	..	98	..	97	96	96	124	101
107	† Israël	10	14	73	78	70	74	..	96	97	96	97	92	98	131	116
108	Nouvelle-Zélande	9	13	75	79	69	73	..	..	98	..	98	94	94	94	98
109	Espagne	9	11	75	80	70	74	..	76	98	76	97	99	93	84	102
110	† Hong Kong	5	7	73	80	67	75	4	94	..	92	..	90	..	74	..
111	† Singapour	7	9	70	77	65	72	10	99	100	99	100	88	90	103	100
112	Royaume-Uni	8	10	75	79	69	72	..	..	..	..	..	95	96	94	96
113	Australie	8	10	75	80	68	73	..	76	97	74	94	94	95	91	99
114	Italie	10	12	75	81	69	74	..	..	..	..	..	94	95	86	97
115	Pays-Bas	8	10	77	80	71	74	..	99	..	96	..	96	99	91	109
116	Belgique	10	12	75	80	68	73	..	..	87	..	85	94	97	87	..
117	Autriche	9	11	74	80	67	73	..	95	99	92	98	95	95	95	94
118	France	8	10	76	81	68	73	..	97	..	90	..	95	94	107	106
119	Canada	8	10	76	81	69	74	..	95	97	92	93	95	93	95	96
120	Etats-Unis	9	13	75	79	67	72	..	..	..	..	..	95	95	..	..
121	Allemagne ^b	8	10	74	79	67	73	..	97	99	96	97	96	96	93	98
122	Danemark	9	11	76	78	71	72	..	98	100	96	100	97	96	102	106
123	Finlande	7	9	74	79	66	73	..	..	98	..	99	90	95	112	111
124	Norvège	9	11	77	80	71	74	..	99	..	98	..	105	95	97	105
125	Suède	7	9	77	81	72	75	..	98	..	96	..	96	95	92	109
126	Japon	5	7	75	82	69	76	..	100	100	100	100	96	95	101	99
127	Suisse	8	10	76	81	70	74	..	94	..	93	..	98	96	93	99
Toutes économies		69 w	77 w	60 w	65 w	57 w	64 w	237 w	67 w	78 w	70 w	82 w	77 w	84 w	68 w	76 w
Exportateurs de pétrole		114 w	127 w	50 w	61 w	48 w	58 w	492 w	75 w	88 w	75 w	88 w	60 w	81 w	51 w	80 w

a. Voir les notes techniques. b. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification.

Tableau 33. Forêts, aires protégées et ressources en eau

	Zones forestières (milliers de km ²)						Ressources en eau douce: prélèvement annuel (1970-89)					
	Superficie totale 1980		Déboisement annuel 1981-85		Aires protégées à l'échelon national (1992)				Par habitant (m ³)			
	Toutes forêts	Forêts denses	Toutes forêts	Forêts denses	Superficie (milliers de km ²)	Nombre	En % de la superficie totale	Total (km ³)	En % des ressources totales	Usages		
										Total	Usages domes- tiques	Usages industriels et agricoles
Economies à faible revenu												
Chine et Inde												
Autres économies faible revenu												
1 Mozambique	154	9	1,2	0,1	0,0	1	0,0	0,8	1	53	13	40
2 Tanzanie	420	14	3,0 ^a	..	130,0	28	13,8	0,5	1	36	8	28
3 Ethiopie	272	44	0,9	0,1	25,3	11	2,1	2,2	2	49	5	44
4 Ouganda	60	8	0,5	0,1	18,7	32	7,9	0,2	0	20	6	14
5 Bhoutan	21	21	0,0	0,0	9,1	5	19,3	0,0	0	14	5	9
6 Guinée-Bissau	21	7	0,6	0,2	0,0	0	0,0	0,0	0	11	3	8
7 Népal	21	19	0,8	0,8	11,1	12	7,9	2,7	2	151	6	145
8 Burundi	0	0	0,0	0,0	0,9	3	3,2	0,1	3	20	7	13
9 Tchad	135	5	0,8	..	29,8	7	2,3	0,2	0	34	5	29
10 Madagascar	132	103	1,6	1,5	11,1	36	1,9	16,3	41	1.642	16	1.626
11 Sierra Leone	21	7	0,1	0,1	0,8	2	1,1	0,4	0	96	7	89
12 Bangladesh	9	9	0,1	0,1	1,0	8	0,7	22,5	1 ^d	211	6	205
13 RDP lao	136	84	1,3	1,0	0,0	0	0,0	1,0	0	260	21	239
14 Malawi	43	2	1,5	..	10,6	9	8,9	0,2	2	20	7	13
15 Rwanda	2	1	0,1	0,0	3,3	2	12,4	0,2	2	23	6	17
16 Mali	73	5	0,4	..	40,1	11	3,2	1,4	2	162	3	159
17 Burkina Faso	47	3	0,8	0,0	26,6	12	9,7	0,2	1	18	5	13
18 Niger	26	1	0,7	0,0	97,0	6	7,7	0,3	1 ^d	41	9	32
19 Inde	640	378	0,5 ^a	..	138,4	332	4,2	380,0	18 ^d	612	18	594
20 Kenya	24	11	0,4	0,2	34,7	36	6,0	1,1	7	50	14	37
21 Nigéria	148	60	4,0	3,0	28,7	21	3,1	3,6	1 ^d	37	11	26
22 Chine	1.150	978	0,0	..	286,5	402	3,0	460,0	16	462	28	434
23 Haïti	0	0	0,0	0,0	0,1	3	0,3	0,0	0	7	2	5
24 Bénin	39	0	0,7	0,0	8,4	2	7,5	0,1	0	26	7	19
25 Rép. centrafricaine	359	36	0,6	0,1	61,1	13	9,8	0,1	0	25	5	20
26 Ghana	87	17	0,7	0,2	10,7	8	4,5	0,3	1	35	12	23
27 Pakistan	25	22	0,1	0,1	36,6	53	4,6	153,4	33 ^d	2.053	21	2.032
28 Togo	17	3	0,1	0,0	6,5	11	11,4	0,1	1	28	17	11
29 Guinée	107	21	0,9	0,4	1,6	3	0,7	0,7	0	140	14	126
30 Nicaragua	45	45	1,2	1,2	9,5	21	7,3	0,9	1	370	93	278
31 Sri Lanka	17	17	0,6	0,6	7,8	43	11,9	6,3	15	503	10	493
32 Mauritanie	6	0	0,1	0,0	17,5	4	1,7	0,7	10 ^d	494	59	435
33 Yémen, Rép. du	0	0	0,0	..	0,0	0	0,0	1,5	147	179	7	172
34 Honduras	40	38	0,9	0,9	5,0	35	4,4	1,3	1	510	20	490
35 Lesotho	0	0	..	..	0,1	1	0,2	0,1	1	31	7	24
36 Indonésie	1.169	1.139	10,0 ^a	..	193,4	186	10,2	16,6	1	95	12	83
37 Egypte, Rép. arabe d'	0	0	..	..	8,0	13	0,8	56,4	97 ^d	1.213	85	1.128
38 Zimbabwe	198	2	0,8	0,0	30,7	25	7,9	1,2	5	138	19	119
39 Soudan	477	7	5,0	0,0	93,6	14	3,7	18,6	14 ^d	1.092	11	1.081
40 Zambie	295	30	0,7	0,4	63,6	20	8,5	0,4	0	86	54	32
Economies à revenu intermédiaire												
Tranche inférieure												
41 Bolivie	668	440	1,2	0,9	98,6	27	9,0	1,2	0	184	18	166
42 Côte d'Ivoire	98	45	2,6 ^a	..	19,9	12	6,2	0,7	1	66	15	51
43 Sénégal	110	2	0,5	..	21,8	9	11,1	1,4	4 ^d	202	10	192
44 Philippines	95 ^b	95	1,4 ^a	1,4 ^a	5,7	27	1,9	29,5	9	693	125	568
45 Papouasie-Nouvelle-Guinée	382	342	0,2	0,2	0,3	6	0,1	0,1	0	28	8	20
46 Cameroun	233	165	1,9 ^a	1,0 ^a	20,5	14	4,3	0,4	0	37	17	20
47 Guatemala	45	44	0,9	0,9	8,3	17	7,6	0,7	1	139	13	126
48 Rép. dominicaine	6	6	0,0	0,0	9,7	18	19,9	3,0	15	443	22	421
49 Equateur	147	143	3,4	3,4	107,5	18	37,9	5,6	2	567	40	527
50 Maroc	32	15	0,1	..	3,6	10	0,8	11,0	37	499	30	469
51 Jordanie	1	0	..	..	1,0	8	1,1	0,5	41 ^d	173	50	123
52 Tadjikistan	..	..	..	..	0,9	3	0,6	..	..	..	..	..
53 Pérou	706	697	2,7	2,7	27,0	22	2,1	6,1	15	301	57	244
54 El Salvador	1	1	0,1	0,1	0,2	5	0,9	1,0	5	245	17	228
55 Congo	213	213	0,2	0,2	11,8	10	3,4	0,0	0	19	12	7
56 Rép. arabe syrienne	2	1	0,0	..	0,0	0	0,0	3,3	9 ^d	434	30	404
57 Colombie	517	464	8,9	8,2	90,5	41	7,9	5,3	0 ^d	172	71	101
58 Paraguay	197	41	4,5 ^a	..	12,0	14	3,0	0,4	0 ^d	110	17	94
59 Ouzbékistan	..	..	..	..	2,4	10	0,5	..	..	..	..	..
60 Jamaïque	1	1	0,0	0,0	0,0	1	0,1	0,3	4	159	11	148
61 Roumanie	67	63	..	..	10,9	40	4,6	25,4	12 ^d	1.144	92	1.052
62 Namibie	184	..	0,3	..	103,7	11	12,6	0,1	2	84	5	79
63 Tunisie	3	2	0,1	..	0,4	6	0,3	2,3	52 ^d	317	41	276
64 Kirghizistan	..	..	..	..	2,0	5	1,0	..	..	..	..	..
65 Thaïlande	157	92	2,4 ^a	1,6 ^a	56,6	92	11,0	31,9	18 ^d	600	24	576
66 Géorgie	..	..	..	..	1,9	15	2,7	..	..	..	..	..
67 Azerbaïdjan	..	..	..	..	1,8	11	2,0	..	..	..	..	..
68 Turkménistan	..	..	..	..	11,1	8	2,5	..	..	..	..	..

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables. Les chiffres en italique se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

		Zones forestières (milliers de km ²)				Ressources en eau douce: prélèvement annuel (1970-89)							
		Superficie totale 1980		Déboisement annuel 1981-85		Aires protégées à l'échelon national (1992)		Par habitant (m ³)					
		Toutes forêts	Forêts denses	Toutes forêts	Forêts denses	Superficie (milliers de km ²)	Nombre	En % de la superficie totale	Total (km ³)	En % des ressources totales	Total	Usages domes- tiques	Usages industriels et agricoles
69	Turquie	202	89	..	..	2,7	18	0,3	23,8	18 ^d	434	104	330
70	Pologne	87	86	..	..	22,4	80	7,2	16,8	30 ^d	472	76	396
71	Bulgarie	37	33	..	..	2,6	50	2,4	14,2	7 ^d	1.600	112	1.488
72	Costa Rica	18	16	0,4 ^a	0,4 ^a	6,3	27	12,4	1,4	1	780	31	749
73	Algérie	18	15	0,4	..	127,0	18	5,3	3,0	16 ^d	160	35	125
74	Panama	42	42	0,4	0,4	13,2	14	17,2	1,3	1	744	89	655
75	Arménie	..	..	..	..	2,2	4	7,4	..	..	..	..	..
76	Chili	76	76	0,5	..	137,2	65	18,1	16,8	4	1.623	97	1.526
77	Iran, Rép. islamique d'	38	28	0,2	..	79,8	62	4,8	45,4	39	1.362	54	1.308
78	Moldova	..	..	..	..	0,0	0	0,0	..	..	..	..	..
79	Ukraine	..	..	..	..	4,6	17	0,8	..	..	..	..	..
80	Maurice	0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,4	16	410	66	344
81	Tchécoslovaquie	46	44	..	..	20,6	65	16,1	5,8	6 ^d	379	87	292
82	Kazakhstan	..	..	..	..	8,4	8	0,3	..	..	..	..	..
83	Malaisie	210 ^b	210	2,7 ^a	..	14,9	48	4,5	9,4	2	768	177	591
Tranche supérieure													
84	Botswana	326	0	0,2	..	102,2	9	17,6	0,1	1 ^d	100	5	95
85	Afrique du Sud	3	3	..	..	73,9	229	6,1	9,2	18	410	66	344
86	Lituanie	..	..	..	..	0,0	0	0,0	..	..	..	..	..
87	Hongrie	16	16	..	..	5,8	54	6,2	5,4	5 ^d	502	45	457
88	Venezuela	339	319	2,5	1,3	275,3	104	30,2	4,1	0	387	166	221
89	Argentine	445	445	1,8 ^a	..	93,9	112	3,4	27,6	3 ^d	1.042	94	948
90	Uruguay	5	5	..	..	0,3	8	0,2	0,7	1 ^d	241	14	227
91	Brésil	5.145	3.575	13,8 ^{a,b}	..	257,6	186	3,0	35,0	1 ^d	248	107	141
92	Mexique	484	463	10,0 ^a	..	98,1	60	5,0	54,2	15	875	53	823
93	Bélarus	..	..	..	..	2,4	4	1,1	..	..	..	..	..
94	Fédération de Russie	..	..	..	..	200,3	75	1,2	..	..	..	..	..
95	Lettonie	..	..	..	..	1,7	21	2,6	..	..	..	..	..
96	Trinité-et-Tobago	2	2	0,0	0,0	0,2	13	3,9	0,2	3	148	40	108
97	Gabon	206	205	0,2	0,2	10,5	6	3,9	0,1	0	57	41	16
98	Estonie	..	..	..	..	3,2	36	7,1	..	..	..	..	..
99	Portugal	30	26	..	..	5,5	22	6,0	10,5	16 ^d	1.075	161	914
100	Oman	0	0	..	..	0,5	2	0,3	0,4	22	561	17	544
101	Porto Rico	..	..	..	..	0,4	29	4,0	..	..	..	..	..
102	Corée, Rép. de	49	49	..	..	7,6	26	7,6	10,7	17	299	33	266
103	Grèce	58	25	..	..	1,0	18	0,8	7,0	12 ^d	720	58	662
104	Arabie saoudite	2	0	..	..	212,0	9	9,9	2,3	106	321	144	177
105	Yougoslavie	105	91	..	..	7,9	61	3,1	8,8	3 ^d	393	63	330
Eco. revenu faible/intermédi.													
Afrique subsaharienne													
Asie de l'Est et Pacifique													
Asie du Sud													
Europe et Asie centrale													
Moyen-Orient et Afrique du Nord													
Amérique latine et Caraïbes													
Gravement endettés													
Economies à revenu élevé													
Membres de l'OCDE													
106	Irlande	4	3	..	..	0,4	6	0,6	0,8	2	235	38	197
107	Israël	1	1	..	..	2,1	21	10,0	1,9	86 ^d	441	71	370
108	Nouvelle-Zélande	95	72	..	..	29,0	124	10,7	1,9	0	585	269	316
109	Espagne	108	69	..	..	35,0	161	6,9	45,9	41 ^d	1.184	142	1.042
110	Hong Kong	..	..	..	..	0,4	12	36,3	..	..	..	..	..
111	Singapour	0	0	..	..	0,0	1	4,4	0,2	32	84	38	46
112	Royaume-Uni	22	20	..	..	46,3	131	18,9	14,5	12	253	51	202
113	Australie	1.067	417	..	..	812,4	733	10,6	17,5	5	1.280	832	448
114	Italie	81	64	..	..	20,1	143	6,7	56,2	30 ^d	984	138	846
115	Pays-Bas	4	3	..	..	3,5	67	9,4	14,5	16 ^d	993	50	943
116	Belgique	8	7	..	..	0,8	3	2,5	9,0	72 ^d	917	101	816
117	Autriche	38	38	..	..	21,2	187	25,3	2,1	2 ^d	279	53	226
118	France	151	139	..	..	53,6	79	9,7	43,7	24 ^d	783	125	658
119	Canada	4.364	2.641	..	..	494,5	411	5,0	43,9	2	1.684	303	1.381
120	Etats-Unis	2.960	2.096	1,6 ^a	..	984,6	937	10,5	467,0	19	1.952	234	1.718
121	Allemagne	72 ^c	70 ^c	..	..	8,8	472	24,6	44,6 ^c	28 ^{c,d}	729 ^c	73 ^c	656 ^c
122	Danemark	5	5	..	..	4,1	65	9,5	1,2	9 ^d	228	68	160
123	Finlande	232	199	..	..	8,1	34	2,4	3,0	3 ^d	605	73	532
124	Norvège	87	76	..	..	14,9	80	4,6	2,0	0 ^d	490	98	392
125	Suède	278	244	..	..	29,2	189	6,5	3,0	2 ^d	356	128	228
126	Japon	253	239	..	..	46,7	685	12,3	89,3	16	733	125	608
127	Suisse	11	9	..	..	7,5	112	18,2	1,1	2 ^d	170	39	131
Toutes économies													
Exportateurs de pétrole													

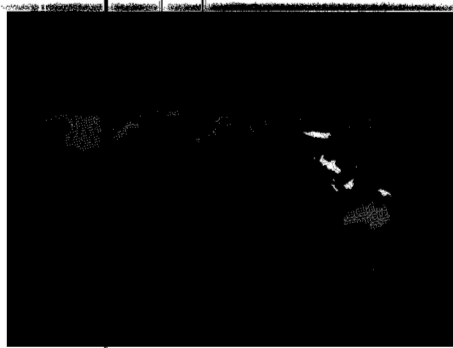
a. Les données concernent les périodes suivantes : Tanzanie 1989, Inde 1983-87, Indonésie 1982-90, Côte d'Ivoire 1981-86, Philippines 1981-88, Cameroun 1976-86, Paraguay 1989-90, Thaïlande 1935-88, Costa Rica 1973-89, Malaisie 1979-89, Argentine 1980-89, Brésil (Amazonie seulement) 1989-90, Mexique 1981-83, Etats-Unis 1977-87.

b. Voir autres estimations dans les notes techniques. c. Les chiffres se réfèrent à la République fédérale d'Allemagne avant l'unification. d. Les ressources totales en eau incluent à la fois les ressources renouvelables intérieures et le débit des cours d'eau provenant d'autres pays.

Tableau 1a. Indicateurs de base pour les autres économies

		Population (milliers d'habitants) milieu de 1991	Superficie (milliers de km ²)	PNB par habitant ^a		Inflation annuelle moyenne ^a (%)		Espérance de vie à la naissance (années) 1991	Analphabétisme des adultes (%)	
				Dollars 1991	Croissance annuelle moyenne (%) 1980-91	1970-80	1980-91		Femmes 1990	Total 1990
1	Cambodge	8.790	181	200	..	..	..	50	78	65
2	Guinée équatoriale	427	28	330	2,8	..	-0,9	47	63	50
3	Gambie	902	11	360	-0,1	10,6	18,2	44	84	73
4	São Tomé-et-Principe	118	1	400	-3,3	4,0	21,5	67	..	..
5	Guyana	802	215	430	-4,5	9,8	35,0	65	5	4
6	Maldives	221	b	460	6,7	..	..	62	..	..
7	Comores	492	2	500	-1,0	..	..	56	..	..
8	Iles Salomon	325	29	690	3,5	8,4	12,4	65	..	..
9	Kiribati	73	1	720	..	10,6	5,4	56	..	..
10	Cap-Vert	380	4	750	2,3	9,4	9,4	67	..	..
11	Samoa-Occidental	161	3	960	..	..	11,6	66	..	..
12	Swaziland	828	17	1.050	3,1	12,3	10,3	57	..	..
13	Vanuatu	151	12	1.150	..	..	5,0	65	..	..
14	Tonga	100	1	1.280	..	..	..	67	..	..
15	Saint-Vincent	108	b	1.730	5,2	13,8	4,4	71	..	..
16	Fidji	741	18	1.930	-0,2	12,8	6,1	71	..	..
17	Belize	194	23	2.010	2,5	8,7	2,9	68	..	..
18	Grenade	91	b	2.180	..	..	..	70	..	..
19	Dominique	72	1	2.440	4,7	16,8	6,0	72	..	..
20	Sainte-Lucie	153	1	2.490	..	..	..	72	..	..
21	Suriname	457	163	3.630	-4,5	11,8	9,0	68	5	5
22	Saint-Kitts-et-Nevis	39	b	3.960	5,8	..	7,2	70	..	..
23	Antigua-et-Barbuda	80	b	4.430	3,8	..	6,9	74	..	..
24	Seychelles	69	b	5.110	3,2	16,9	3,5	71	..	..
25	Barbade	258	b	6.630	1,3	13,5	5,2	75	..	..
26	Bahreïn	516	1	7.130	-3,8	..	-0,3	69	31	23
27	Malte	357	b	7.280	3,8	4,2	2,1	76	..	..
28	Chypre	710	9	8.640	4,9	..	5,5	77	..	..
29	Bahamas	259	14	11.750	1,3	6,4	5,9	69	..	..
30	Qatar	506	11	14.770	-12,2	..	..	70	..	..
31	Emirats arabes unis	1.629	84	20.140	-6,3	..	1,1	72	..	..
32	Islande	258	103	23.170	1,8	35,1	30,0	78	..	..
33	Luxembourg	385	3	31.780	3,5	6,9	4,2	75	..	..
34	Afghanistan	20.979	652	f	..	..	..	43	86	71
35	Albanie	3.301	29	e	..	..	-0,4	73	..	..
36	Samoa américaines	40	b	c	..	..	..	..	..	..
37	Andorre	58	b	c	..	..	..	..	..	..
38	Angola	9.461	1.247	e	..	..	..	46	72	58
39	Aruba	61	b	d	..	..	..	..	..	..
40	Bermudes	61	b	c	..	8,4	..	..	..	..
41	Brunéi	265	6	c	..	..	..	74	..	..
42	Iles Anglo-Normandes	145	b	c	..	..	..	77	..	..
43	Cuba	10.736	111	e	..	..	..	76	7	6
44	Djibouti	452	23	e	..	..	..	49	..	..
45	Iles Féroé	47	1	c	..	..	..	..	..	..
46	Etats fédérés de Micronésie	105	b	e	..	..	..	..	..	..
47	Guyane française	123	90	d	..	..	..	..	..	..
48	Polynésie française	202	4	c	..	..	..	68	..	..
49	Gibraltar	30	b	d	..	..	..	..	..	..
50	Groenland	56	342	c	..	..	..	..	..	..
51	Guadeloupe	395	2	c	..	..	..	74	..	..
52	Guam	145	1	c	..	..	..	72	..	..
53	Iraq	18.578	438	d	..	17,9	10,3	65	51	40
54	Ile de Man	70	1	c	..	..	..	..	..	..
55	Corée, Rép. dém. de	22.191	121	e	..	..	..	71	..	..
56	Koweït	1.460	18	c	..	21,9	-2,7	75	33	27
57	Liban	3.708	10	e	..	..	..	66	27	20
58	Libéria	2.639	111	f	..	9,2	..	55	71	61
59	Libye	4.706	1.760	d	..	18,2	0,2	63	50	36
60	Macao	476	b	e	..	..	..	73	..	..
61	Iles Marshall	48	b	e	..	..	..	..	..	..
62	Martinique	363	1	d	..	..	..	76	..	..
63	Mayotte	76	b	d	..	..	..	..	..	..
64	Mongolie	2.250	1.567	e	..	..	1,0	63	..	..
65	Myanmar	42.758	677	f	..	..	..	59	28	19
66	Antilles néerlandaises	192	1	c	..	..	..	77	..	..
67	Nouvelle-Calédonie	171	19	d	..	..	..	70	..	..
68	Réunion	602	3	d	..	..	..	72	..	..
69	Saint-Marin	23	b	c	..	..	..	..	..	..
70	Somalie	8.051	638	f	..	15,2	49,7	48	86	76
71	Viet Nam	67.679	332	f	..	..	..	67	16	12
72	Iles Vierges (EU)	99	b	c	..	12,5	3,9	74	..	..
73	Zaïre	38.631	2.345	f	..	31,4	60,9	52	39	28

a. Voir la note technique du Tableau 1. b. Moins de 500 km². c. PNB par habitant considéré comme situé dans la fourchette des économies à revenu élevé. d. PNB par habitant considéré comme situé dans la fourchette des économies à revenu intermédiaire, tranche supérieure. e. PNB par habitant considéré comme situé dans la fourchette des économies à revenu intermédiaire, tranche inférieure. f. PNB par habitant considéré comme situé dans la fourchette des économies à faible revenu.



Notes techniques

Le principal critère de classement des pays est le produit national brut (PNB) par habitant. Avec l'inclusion des républiques de l'ex-Union soviétique depuis peu indépendantes, les tableaux principaux contiennent à présent des données par pays sur 127 économies, classées par ordre croissant de PNB par habitant. Le Tableau 1a (Indicateurs de base pour les économies de moins de 1 million d'habitants et pour lesquelles on dispose de données fragmentaires) couvre séparément 73 autres économies. D'autres changements sont signalés dans l'Introduction.

Fiabilité des données

Un gros effort de normalisation des données a été fait; il est toutefois impossible d'assurer une parfaite comparabilité des données, aussi ces indicateurs doivent-ils être interprétés avec soin. De nombreux facteurs influent sur la disponibilité et la fiabilité des données; les systèmes statistiques de beaucoup d'économies en développement sont encore faibles; les méthodes, les pratiques et les définitions statistiques, ainsi que la couverture des données, varient largement d'un pays à l'autre; et les comparaisons entre pays et entre périodes posent toujours des problèmes techniques complexes qu'il est impossible de résoudre parfaitement. Pour toutes ces raisons, les données proviennent des sources considérées comme les plus fiables; elles doivent néanmoins être prises comme des indicateurs de tendance et des principales différences entre les diverses économies, plutôt que comme des instruments permettant de quantifier précisément ces différences. En particulier, la question des données relatives aux 15 économies de l'ex-Union soviétiques n'a pas encore été résolue. La couverture de ces données est fragmentaire, et leur fiabilité plus sujette à caution que la normale.

La plupart des données démographiques et sociales provenant de sources nationales sont extraites des dossiers administratifs normaux, mais certaines résultent d'enquêtes spéciales ou de recensements périodiques, auquel cas les chiffres pour les années intermédiaires doivent être calculés par interpolation ou estimés de quelque autre manière à partir des données de référence. De même, toutes les données n'étant pas à jour, certains chiffres en particulier ceux qui concernent la période en cours peuvent avoir été obtenus par extrapolation. Pour plusieurs estimations (l'espérance de vie, par exemple), on a utilisé des modèles basés sur des hypothèses concernant les tendances récentes et les conditions actuelles. La

question de la fiabilité des indicateurs démographiques est examinée dans une étude des Nations Unies intitulée *World Population Trends and Policies*. Le lecteur est invité à tenir compte de ces réserves lorsqu'il interprétera les indicateurs, surtout lorsqu'il voudra faire des comparaisons entre différentes économies.

Années de base

Afin de pouvoir analyser les tendances à long terme, de faciliter les comparaisons internationales et de tenir compte des effets des modifications des prix relatifs intersectoriels, les données en prix constants pour la plupart des économies ont été scindées en trois périodes, ramenées à l'année de base de la période correspondante, puis raccordées. L'année de base est 1970 pour les données de 1960 à 1975, 1980 pour les années 1976 à 1982, et 1987 pour l'année 1983 et les suivantes. Les trois périodes ont ensuite été raccordées en séries, de manière que les données relatives à chacune des années de ces trois périodes soient exprimées aux prix de 1987.

Cet enchaînement consiste à opérer une translation ayant pour effet de modifier l'année pour laquelle les versions en prix courants et en prix constants d'une même série chronologique ont la même valeur, sans modifier leurs tendances respectives. On procède séparément pour les diverses composantes du produit intérieur brut (PIB) et on additionne les résultats obtenus pour calculer le PIB et ses sous-agrégats. Cette opération fait parfois apparaître un écart entre le PIB en prix constants par branche d'activité et le PIB en prix constants par catégorie de dépense. Ces écarts de translation sont incorporés à la rubrique *consommation privée, etc.*, étant donné que l'estimation du PIB par branche d'activité est considérée comme la plus fiable.

Comme la consommation privée est calculée par différence, les identités des comptes nationaux demeurent valides. La méthode implique toutefois que l'on intègre à la consommation privée tous les écarts statistiques résultant, au niveau des dépenses, du processus de changement de base. La valeur ajoutée du secteur des services comporte également l'écart statistique indiqué dans les données d'origine.

Chiffres récapitulatifs

Les chiffres récapitulatifs sont calculés par simple addition lorsque les données communiquées pour une

variable sont exprimées dans des unités de compte raisonnablement comparables. Pour les indicateurs économiques qui ne se prêtent pas naturellement à ce mode de calcul, on a généralement utilisé un système de pondération par les prix. Pour les indicateurs sociaux, les données récapitulatives sont pondérées par la population.

A la différence des *World Tables*, les Indicateurs du développement dans le monde présentent généralement des données pour deux points de référence, plutôt que des séries chronologiques établies sur une base annuelle. Lorsque les chiffres récapitulatifs portent sur un grand nombre d'années, les calculs sont fondés sur le même ensemble de pays pour toute la période et pour chaque rubrique. C'est pourquoi il n'est établi d'indicateurs de groupe que si les pays pour lesquels on dispose de statistiques pour une année donnée représentent au moins les deux tiers de l'ensemble du groupe, tel qu'il est défini sur la base des données de référence de 1987. Tant que cette condition est remplie, les pays déclarants qui n'ont pas encore communiqué de données (ou dont les séries chronologiques ne sont pas suffisamment complètes) sont supposés avoir évolué, au cours des années pour lesquelles on n'a pas de chiffres, de la même manière que l'échantillon constitué par le groupe ayant fourni des estimations. Le lecteur ne doit pas perdre de vue que le but recherché est de maintenir une certaine homogénéité pour chaque rubrique, malgré la multitude des problèmes posés par les données disponibles sur les pays, et que l'on ne peut s'attendre à pouvoir déduire quoi que ce soit de significatif sur le comportement de tel ou tel pays à partir des indicateurs de groupe. En outre, le processus de pondération peut faire apparaître des différences entre la somme des totaux par sous-groupe et les totaux généraux. Ceci est expliqué plus en détail dans l'introduction aux *World Tables*.

Sources et méthodes

Les données relatives à la dette extérieure sont compilées directement par la Banque mondiale sur la base des rapports que lui fournissent ses pays membres en développement au moyen du Système de notification de la dette. Les autres données proviennent essentiellement des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, du Fonds monétaire international, et des rapports sur les pays de la Banque mondiale. Les estimations des services de la Banque servent également à tenir les données plus à jour et à en améliorer la fiabilité. Pour la plupart des pays, les estimations relatives à la comptabilité nationale sont obtenues auprès des gouvernements membres par le biais des missions économiques de la Banque mondiale. Dans certains cas, les services de la Banque alignent ces estimations sur les normes internationales applicables en matière de définition, de concepts, de fiabilité et d'actualisation des données.

Taux de croissance

On ne montre habituellement que les ratios et les taux de croissance de manière à en faciliter le repérage; les valeurs absolues sont généralement indiquées dans

d'autres publications de la Banque mondiale, notamment l'édition 1993 des *World Tables*. La plupart des taux de croissance sont calculés pour deux périodes, 1970-80 et 1980-91 et, sauf indication contraire, par la méthode des moindres carrés. Etant donné que cette méthode tient compte de toutes les observations sur une période, les taux de croissance qui en résultent reflètent des tendances générales qui ne sont pas indûment influencées par des valeurs exceptionnelles, en particulier au début et à la fin de la période considérée. Pour faire abstraction des effets de l'inflation, les taux de croissance sont calculés au moyen d'indicateurs économiques en prix constants. Cette méthodologie est expliquée en détail au début des notes techniques. Les données en italique se rapportent à d'autres années ou à d'autres périodes — dans une fourchette allant jusqu'à deux ans avant la période ou l'année considérée pour les indicateurs économiques, et jusqu'à trois ans avant ou après ladite année ou période pour les indicateurs sociaux, ces dernières données tendant à être recueillies moins régulièrement et à changer de manière moins brutale sur de courtes périodes.

Tous les taux de croissance indiqués sont établis à partir de séries en prix constants et, sauf indication contraire, ont été calculés par la méthode des moindres carrés. On estime donc le taux de croissance r en établissant une droite de régression à partir des valeurs logarithmiques de la variable pour chacune des années de la période considérée; l'équation de régression revêt la forme suivante: $\log X_t = a + bt + e_t$, qui est la transformée logarithmique de l'équation du taux de croissance composé $X_t = X_0 (1 + r)^t$. Dans ces équations, X est la variable, t le temps, et $a = \log X_0$ et $b = \log (1 + r)$ les paramètres que l'on cherche à estimer; e est le terme d'erreur. Si b^* est l'estimation de b produite par la méthode des moindres carrés, il suffit, pour obtenir le pourcentage moyen de croissance annuelle r , de calculer $[\text{antilog}(b^*)] - 1$, puis de multiplier le résultat par 100.

Tableau 1. Indicateurs de base

On trouvera au Tableau A.1 les indicateurs de base relatifs aux économies regroupant moins de 1 million d'habitants ou pour lesquelles on dispose de données fragmentaires.

Les chiffres relatifs à la *population* au milieu de 1991 sont des estimations de la Banque mondiale. Il s'agit normalement de projections reposant sur les données des derniers recensements et enquêtes démographiques; la plupart datent des années 1980-91 et, pour un petit nombre, des années 60 ou 70. Il est à noter que les réfugiés qui ne se sont pas installés définitivement dans le pays d'accueil sont généralement considérés comme appartenant à la population de leur pays d'origine.

Les données relatives aux *superficies* proviennent de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). La superficie est la surface totale du pays (superficie des terres et superficie des eaux intérieures), mesurée en kilomètres carrés.

Le *PNB par habitant* en dollars est calculé selon la méthode utilisée pour l'*Atlas de la Banque mondiale* et décrite ci-après.

Le PNB par habitant ne constitue pas, en soi, une indication ou une mesure du niveau de vie ou du succès du développement. Il ne distingue pas entre les buts et les utilisations finales d'un produit donné, pas plus qu'il n'indique si ce produit compense simplement quelque obstacle naturel ou autre, ou s'il contribue ou non au bien-être. Par exemple, le PNB est plus élevé dans les pays froids, où les gens dépensent davantage pour se chauffer et pour se vêtir, que dans les pays au climat plus doux, où l'on peut sortir légèrement vêtu.

D'une manière plus générale, le PNB ne rend pas compte de manière satisfaisante des questions d'environnement et en particulier, de l'utilisation des ressources naturelles. La Banque mondiale étudie avec d'autres partenaires comment tirer des comptes nationaux plus de renseignements à ce sujet. La possibilité d'établir des comptes « satellites » est à l'étude; cela pourrait aider à résoudre certaines difficultés d'ordre pratique et théorique, comme celles que soulèvent l'attribution d'une valeur économique significative à des ressources que les marchés ne perçoivent pas encore comme « rares », et l'imputation de coûts essentiellement mondiaux dans un cadre intrinsèquement national.

Le PNB est la somme de la valeur ajoutée intérieure et extérieure attribuable aux résidents. Il comprend le PIB (défini dans la note relative au Tableau 2) majoré du revenu net des facteurs reçu de l'étranger, c'est-à-dire la rémunération que les résidents reçoivent de l'étranger au titre de services facteurs (travail et capital) diminuée des paiements versés au même titre aux non-résidents qui ont apporté une contribution à l'économie intérieure.

La Banque reconnaît qu'il est impossible d'arriver à des estimations du PNB par habitant parfaitement comparables entre pays. Par-delà le problème classique des nombres indices, qui est insurmontable, deux obstacles limitent la comparabilité. Le premier a trait aux estimations elles-mêmes du PNB et de la population, car les systèmes de comptabilité nationale et de dénombrement de la population diffèrent d'un pays à l'autre, de même que la portée et la fiabilité des statistiques sur lesquelles ils reposent. L'autre obstacle tient à l'utilisation des taux de change officiels pour convertir les chiffres du PNB, exprimés en différentes monnaies nationales, en une monnaie commune, conventionnellement le dollar des Etats-Unis afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre pays.

Reconnaissant que ces obstacles nuisent à la comparabilité des estimations du PNB par habitant, la Banque mondiale a apporté plusieurs améliorations à ses méthodes d'estimation. Lorsqu'elle examine les comptes nationaux de ses pays membres, elle évalue de manière systématique les estimations du PNB, en centrant son attention sur les éléments inclus dans cet agrégat et les concepts utilisés, et elle opère les ajustements nécessaires pour améliorer la comparabilité. Dans le cadre de cet examen, ses services peuvent eux-mêmes procéder à des estimations du PNB (et, parfois, de la population) pour la période la plus récente.

En outre, la Banque mondiale s'assure systématiquement de la validité des taux de change officiels comme base de conversion. Elle utilise une autre base (indiquée dans les *World Tables*) lorsqu'elle juge que le taux de

change officiel s'écarte excessivement du taux effectivement appliqué aux opérations avec l'extérieur. Cette démarche n'est nécessaire que pour un petit nombre de pays. Pour tous les autres, la Banque calcule le PNB par habitant selon la méthode utilisée pour son *Atlas*.

Selon cette méthode, le facteur de conversion pour une année quelconque est la moyenne du taux de change pour l'année en cause et des taux de change des deux années précédentes, compte tenu de l'écart d'inflation entre le pays concerné et les Etats-Unis. Cette moyenne sur trois ans permet de lisser les fluctuations des prix et des taux de change pour chaque pays. On divise ensuite le PNB en dollars ainsi obtenu par le nombre d'habitants au milieu de la plus récente des trois années pour obtenir le PNB par habitant.

Une soixantaine d'économies à revenu faible ou intermédiaire ont, au cours des années 80, enregistré un fléchissement de la valeur en termes réels de leur PNB par habitant calculée en prix constants. En outre, les fluctuations sensibles des termes de l'échange et des monnaies ont eu une incidence sur les niveaux de revenu relatifs. C'est pourquoi le niveau et le classement des estimations du PNB par habitant, établies selon la méthode de l'*Atlas*, ont parfois varié d'une façon qui n'était pas nécessairement liée à la croissance intérieure relative des économies considérées.

Les formules ci-après décrivent le mode de calcul du facteur de conversion pour l'année t :

$$(e_{t-2,t}^*) = \frac{1}{3} [e_{t-2} \left(\frac{P_t}{P_{t-2}} \middle| \frac{P_t^*}{P_{t-2}^*} \right) + e_{t-1} \left(\frac{P_t}{P_{t-1}} \middle| \frac{P_t^*}{P_{t-1}^*} \right) + e_t]$$

et celui du PNB par habitant en dollars pour l'année t :

$$(Y_t^*) = (Y_t / N_t \div e_{t-2,t}^*)$$

où :

Y_t = PNB courant (en monnaie nationale)
pour l'année t

P_t = déflateur du PNB pour l'année t

e_t = taux de change annuel moyen (monnaie nationale/dollar) pour l'année t

N_t = population au milieu de l'année t

P_t^* = déflateur du PNB des Etats-Unis pour l'année t .

Du fait des problèmes posés par l'obtention de données comparables et par le calcul des facteurs de conversion, le tableau n'indique pas le PNB par habitant de certaines économies.

L'utilisation des taux de change officiels pour convertir en dollars les chiffres en monnaie nationale ne rend pas compte du pouvoir d'achat intérieur relatif des monnaies. Le Projet de comparaison internationale (PCI) des Nations Unies a mis au point des mesures du PIB réel comparables d'un pays à l'autre en utilisant comme facteur de conversion le pouvoir d'achat des monnaies (PAM) et non plus les taux de change. Le Tableau 30 indique les estimations les plus récentes du PAM. Des informations sur le PCI ont été publiées dans quatre études et dans un certain nombre d'autres rapports. L'étude la plus récente porte sur la Phase VI, pour 1990, et a déjà été

en partie publiée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Les données du PCI reproduites au Tableau 30 sont des chiffres provisoires sujets à révision. Les Nations Unies et leurs commissions économiques régionales, et d'autres institutions internationales comme la Communauté européenne, l'OCDE et la Banque mondiale, s'emploient actuellement à améliorer la méthodologie et à étendre à l'ensemble des pays les comparaisons annuelles du pouvoir d'achat. Cependant, les taux de change restent le seul moyen généralement disponible pour convertir en dollars les PNB exprimés en monnaie nationale.

Le *taux d'inflation annuelle moyenne* correspond au taux de croissance du déflateur implicite du PIB pour chacune des périodes indiquées. Pour obtenir le déflateur du PIB, on commence par diviser, pour chaque année de la période considérée, la valeur du PIB en prix courants par la valeur du PIB en prix constants, les deux valeurs étant exprimées en monnaie nationale. On utilise ensuite la méthode des moindres carrés pour calculer le taux de croissance du déflateur du PIB pendant la période. Cette mesure de l'inflation, comme toutes les autres, a ses limites. Elle est toutefois utilisée à certaines fins comme indicateur de l'inflation parce qu'elle reste la plus diversifiée, reflétant les mouvements annuels des prix de tous les biens et services produits dans une économie.

L'*espérance de vie à la naissance* indique le nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les tendances de la mortalité observées à la date de sa naissance restaient inchangées tout au long de son existence. Ces données sont des estimations établies par la Banque mondiale à partir de données de la Division de la population et du Bureau de statistique des Nations Unies et des bureaux statistiques nationaux.

Par *analphabétisme des adultes*, on entend ici la proportion des personnes âgées de plus de 15 ans ne sachant pas lire en le comprenant, ni écrire intelligiblement, un texte court et simple sur leur vie quotidienne. Ce n'est là qu'une des trois définitions largement acceptées, et elle est appliquée avec certaines nuances dans plusieurs pays. Les données proviennent des estimations et projections établies par l'UNESCO en 1989. On a utilisé des informations plus récentes et un modèle modifié, de sorte que les données pour 1990 ne concordent pas strictement avec celles qui figuraient dans l'édition de l'année dernière.

Les chiffres récapitulatifs relatifs au PNB par habitant, à l'espérance de vie à la naissance et à l'analphabétisme des adultes qui figurent dans ce tableau sont pondérés par la population. Pour les taux moyens annuels d'inflation, ils sont pondérés par la part relative du PIB des différents pays établie pour 1987 à partir de données en dollars courants.

Tableaux 2 et 3. Croissance et structure de la production

La plupart des définitions employées sont celles du *Système de comptabilité nationale* (SCN) des Nations Unies, Série F, No 2, Révision 3. Les estimations émanent de sources nationales; elles parviennent parfois à la Banque mondiale par le biais d'autres organismes internatio-

naux, mais sont le plus souvent recueillies lors de missions des services de la Banque mondiale.

Les services de la Banque mondiale vérifient la qualité des données des comptes nationaux et, dans certains cas, aident à ajuster les séries nationales dans le cadre de missions ou par l'apport d'une assistance technique. Les moyens des services de statistique étant parfois limités, et en raison aussi des problèmes inhérents aux données, il n'est pas toujours possible de parvenir à des chiffres strictement comparables à l'échelon international, surtout lorsqu'il s'agit d'activités économiques difficiles à mesurer, comme celles des marchés parallèles, du secteur non structuré, ou de l'agriculture de subsistance.

Le *PIB* mesure la production finale totale de biens et de services des résidents et des non-résidents, quelle que soit la part respective des premiers et des seconds. Il n'est pas tenu compte de l'amortissement des actifs « produits par l'homme », ni de l'épuisement ou de la dégradation des ressources naturelles. Bien que, selon le SCN, les estimations du PIB par branche d'activité doivent être exprimées aux prix départ usine, beaucoup de pays les communiquent encore au coût des facteurs. La comparabilité internationale des estimations souffre de la diversité des systèmes appliqués par les pays à l'évaluation de la valeur ajoutée par secteur de production. A titre de solution partielle, les estimations du PIB sont indiquées aux prix d'acquisition lorsque leurs composantes ont été calculées sur cette base, et ces cas sont signalés par une note de renvoi. Toutefois, pour quelques pays dans les Tableaux 2 et 3, le PIB aux prix d'acquisition a été remplacé par le PIB au coût des facteurs.

Les chiffres indiqués pour les PIB sont des valeurs en dollars des Etats-Unis, obtenues par conversion des chiffres en monnaie nationale sur la base des taux de change officiels d'une seule année. Pour les quelques pays dont le taux de change officiel ne reflète pas le taux effectivement appliqué aux opérations de change, on a retenu un autre facteur de conversion (comme indiqué dans les *World Tables*). Il est à noter que, pour ce tableau, on n'utilise pas la moyenne sur trois ans employée pour estimer le PNB par habitant au Tableau 1.

L'*agriculture* recouvre, outre l'agriculture proprement dite, la foresterie, la chasse et la pêche. Dans les pays en développement où l'agriculture de subsistance occupe une grande place, une bonne part de la production agricole soit n'est pas échangée du tout, soit est échangée sans transaction monétaire. Cela rend plus difficile l'estimation de la contribution de l'agriculture au PIB et réduit la fiabilité et la comparabilité des chiffres.

L'*industrie* comprend la valeur ajoutée des industries extractives; du secteur manufacturier (qui fait aussi l'objet d'un sous-groupe distinct); des travaux publics et du bâtiment; et des secteurs électricité, eau et gaz. La rubrique *services, etc.* recouvre la valeur ajoutée de toutes les autres branches d'activité économique, y compris les commissions bancaires imputées, les droits d'importation, et tous écarts statistiques notés par les déclarants nationaux.

Les taux de croissance du Tableau 2 sont calculés à partir des séries partielles en monnaie nationale qui ont été raccordées et ramenées à la base 1987, comme on l'a

expliqué au début des présentes notes techniques. La répartition sectorielle du PIB (Tableau 3) est déterminée à partir des séries en prix courants.

Pour obtenir les chiffres récapitulatifs relatifs à chaque indicateur du Tableau 2, on calcule les valeurs en dollars constants de 1987 pour chaque économie et chaque année des périodes considérées à partir des séries partielles raccordées; on en fait la somme pour chaque année pour l'ensemble des pays; et on calcule les taux de croissance par la méthode des moindres carrés. Les parts moyennes en pourcentage des divers secteurs indiquées au Tableau 3 sont calculées à partir des totaux par groupe du PIB sectoriel en dollars courants.

Tableau 4 Agriculture et alimentation

Les données de base relatives à la *valeur ajoutée dans l'agriculture* sont tirées des séries des comptes nationaux de la Banque mondiale exprimées en prix courants dans les monnaies nationales. La valeur ajoutée aux prix courants dans les monnaies nationales est convertie en dollars au moyen des taux annuels, selon la méthode décrite dans la note technique relative aux Tableaux 2 et 3.

Les autres chiffres du tableau proviennent de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Les *importations de céréales* sont mesurées en équivalents céréales et comprennent par définition toutes les céréales incluses dans les Classes 041-046 de la *Classification type pour le commerce international* (CTCI), Révision 2. L'*aide alimentaire en céréales* couvre le froment et la farine, le bulgur, le riz, les céréales secondaires et l'élément céréales des aliments composés. Les chiffres ne sont pas directement comparables en raison de différences dans l'origine des données communiquées et dans les périodes couvertes par les notifications. Ils sont fondés, pour les importations de céréales, sur les données transmises pour l'année civile par les pays destinataires et, pour l'aide alimentaire en céréales, sur les données communiquées pour la campagne agricole par les donateurs et les organisations internationales, notamment le Conseil international du blé et le Programme alimentaire mondial. De plus, les informations sur l'aide alimentaire émanant des donateurs peuvent ne pas correspondre à ce que les bénéficiaires ont effectivement reçu durant une période donnée, en raison de retards dans les transports et l'enregistrement, ou du fait que l'aide n'est pas toujours notifiée à la FAO ou aux autres organisations internationales concernées. Il arrive également que les importations d'aide alimentaire n'apparaissent pas dans les registres des douanes. La période de référence pour l'aide alimentaire est la campagne agricole, qui va de juillet à juin.

La *consommation d'engrais* mesure la quantité d'éléments fertilisants utilisée par rapport à la superficie arable. Les engrais comprennent les engrais azotés, potassiques et phosphatés (y compris les phosphates naturels). Les terres arables sont définies comme les terres portant des cultures temporaires (les surfaces récoltées deux fois n'étant comptées qu'une fois), les prairies temporaires à faucher ou à pâturer, les jardins maraîchers ou potagers, et les terres en jachères temporaires ou incultes, ainsi que

les terres portant des cultures permanentes. La période de référence pour la consommation d'engrais est la campagne agricole, qui va de juillet à juin.

Le *taux moyen de croissance de la production alimentaire par habitant* a été calculé à partir de l'indice de production alimentaire par habitant. Cet indice exprime le taux moyen de croissance annuelle de la production de denrées alimentaires par habitant pendant la période 1979-91 par rapport à la moyenne annuelle de la période 1979-81 (1979-81 = 100). Cet indice s'obtient en divisant la production alimentaire par le nombre d'habitants. Par production alimentaire, on entend ici les fruits à coque, les légumineuses, les fruits, les céréales, les légumes, la canne à sucre, la betterave à sucre, les tubercules amyloacés, les cultures oléagineuses alimentaires, le bétail et les produits de l'élevage. La production alimentaire est mesurée sans qu'il soit tenu compte de la consommation annuelle d'aliments pour le bétail, des semences utilisées dans l'agriculture et des pertes subies au cours de la transformation et de la distribution des produits alimentaires.

Les *produits de la pêche* sont mesurés par le niveau de l'apport protéique journalier imputable à la consommation de poisson par rapport à l'apport protéique journalier total attribuable à la consommation de toutes les denrées alimentaires. Cette estimation met indirectement en lumière l'importance relative ou le poids du poisson dans l'ensemble de l'agriculture, en particulier dans la mesure où le poisson n'est pas inclus dans l'indice de production alimentaire.

Les chiffres récapitulatifs concernant la consommation d'engrais sont pondérés par la superficie arable totale; les chiffres récapitulatifs concernant la production alimentaire sont pondérés par la population.

Tableau 5. Énergie commerciale

Les données relatives à l'énergie proviennent principalement des Nations Unies. Elles portent sur les formes commerciales d'énergie primaire — pétrole et liquides extraits du gaz naturel, gaz naturel, combustibles solides (charbon, lignite, etc.) et électricité primaire (nucléaire, géothermique et hydraulique) —, tous les chiffres étant convertis en équivalent pétrole. Les chiffres sur la consommation de combustibles liquides comprennent les dérivés du pétrole qui ont servi à des usages non énergétiques. Pour convertir l'électricité primaire en équivalent pétrole, on suppose un rendement thermique théorique de 34 %. La consommation de bois de feu, d'excréments séchés d'animaux et autres combustibles traditionnels, bien qu'importante dans certains pays en développement, n'est pas prise en considération faute de données fiables et complètes.

Les *importations d'énergie* indiquent la valeur en dollars des importations d'énergie — Section 3 de la *Classification type du commerce international*, Révision 1 — en pourcentage des recettes tirées de l'exportation de marchandises. Les données relatives aux importations d'énergie ne permettant pas de distinguer entre le pétrole importé pour servir de combustible, d'une part, et de matière première à l'industrie pétrochimique, d'autre part, il se peut

que ces pourcentages surestiment le degré de dépendance à l'égard de l'énergie importée.

Pour calculer les chiffres récapitulatifs relatifs à la production et à la consommation d'énergie, on fait la somme des volumes en cause pour chacune des années des périodes considérées, puis on calcule les taux de croissance par la méthode des moindres carrés. Les chiffres récapitulatifs relatifs à la consommation d'énergie par habitant sont pondérés par la population pour les années considérées.

Les chiffres récapitulatifs relatifs aux importations d'énergie en pourcentage des exportations de marchandises sont calculés à partir des totaux par groupe des importations d'énergie et des exportations de marchandises en dollars courants.

Tableau 6. Structure du secteur manufacturier

Les données de base sur la *valeur ajoutée dans le secteur manufacturier* sont tirées des séries de la Banque mondiale des comptes nationaux aux prix courants en monnaie nationale. Pour convertir en dollars la valeur ajoutée aux prix courants en monnaie nationale, on utilise la méthode de conversion basée sur une année unique, décrite dans la note technique des Tableaux 2 et 3.

Les données sur la *répartition de la valeur ajoutée* entre les industries manufacturières proviennent de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) et les calculs sont effectués dans les monnaies nationales aux prix courants.

Les industries manufacturières sont classées d'après la *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI)* des Nations Unies, Révision 2. La rubrique *alimentation, boissons et tabac* correspond à la Catégorie 31 de la CITI; les *textiles et l'habillement*, à la Catégorie 32; les *machines et matériel de transport*, aux Classes 382 à 384; et les *produits chimiques*, aux Classes 351 et 352. La rubrique *autres* comprend le bois et les ouvrages en bois (Catégorie 33); le papier et les articles en papier (Catégorie 34); le pétrole et les produits connexes (Classes 353-56); les produits minéraux non métalliques et l'industrie métallurgique de base (Catégories 36 et 37); la fabrication d'ouvrages en métaux et de matériels (Classes 381 et 385) et les autres industries manufacturières (Classe 390). La rubrique *autres* englobe également les textiles, les machines ou les produits chimiques lorsque la mention « non connu » est portée en regard de ces industries.

Les chiffres récapitulatifs indiqués pour la valeur ajoutée du secteur manufacturier sont des totaux calculés selon la méthode d'agrégation indiquée au début des présentes notes techniques.

Tableau 7. Rémunérations et production du secteur manufacturier

Ce tableau contient quatre indicateurs : deux pour la rémunération réelle par employé, un pour la part du travail dans la valeur ajoutée totale et un pour la productivité de la main-d'œuvre dans le secteur manufacturier. Ces indicateurs reposent sur des données émanant de l'Organisation des Nations Unies pour le développe-

ment industriel (ONUDI), bien que les déflateurs proviennent d'autres sources, comme expliqué ci-dessous.

La *rémunération par employé* est exprimée en prix constants et s'obtient en corrigeant la rémunération nominale par employé au moyen de l'indice des prix à la consommation (IPC) du pays considéré, tiré des *Statistiques financières internationales* du Fonds monétaire international.

La *rémunération totale en pourcentage de la valeur ajoutée* s'obtient en divisant le total des rémunérations des employés par la valeur ajoutée en prix courants, afin de mesurer la part du travail dans le revenu généré par le secteur manufacturier. La *production brute par employé* est exprimée en prix constants et présentée sous la forme d'un indice de la productivité globale du travail dans le secteur manufacturier, avec 1980 comme année de base. Pour obtenir cet indicateur, on ajuste les données de l'ONUDI sur la production brute par employé en prix courants au moyen des déflateurs implicites de la valeur ajoutée du secteur industriel ou manufacturier, tirés des dossiers de la Banque mondiale sur les comptes nationaux.

Pour assurer une meilleure comparabilité entre pays, l'ONUDI a, autant que possible, standardisé la couverture des données en y incluant seulement les établissements occupant au moins cinq personnes.

Les définitions et concepts employés sont conformes aux *Recommandations internationales concernant les statistiques industrielles*, publiées par les Nations Unies. La rémunération (salaires et traitements) englobe tout ce que l'employeur verse aux employés en cours d'année, à savoir : a) tous les paiements en espèces au titre des heures de travail normales et supplémentaires, les primes et les indemnités de cherté de vie; b) les salaires et traitements correspondant aux congés annuels et aux congés de maladie; c) les taxes et cotisations d'assurance sociale et autres qui sont à la charge des employés et retenues par l'employeur; et d) les versements en nature.

Dans ce tableau, le terme « employé » recouvre deux catégories définies par les Nations Unies, à savoir les salariés et les personnes occupées. Sont compris dans ces deux groupes les salariés, les propriétaires qui travaillent, les associés actifs et les travailleurs familiaux non rémunérés; les travailleurs à domicile en sont exclus. Les chiffres portent sur le nombre moyen d'employés pendant l'année.

La « valeur ajoutée » se définit comme la valeur courante de la production brute moins le coût courant a) des matériaux, combustibles et autres fournitures consommées; b) des travaux effectués par des tiers sous contrat ou à la commission; c) des travaux de réparation et d'entretien effectués par des tiers; et d) des biens réexpédiés en l'état.

La valeur de la production brute est estimée sur la base des biens produits ou expédiés. Dans le premier cas, les estimations recouvrent : a) la valeur de tous les produits de l'établissement; b) la valeur des services industriels rendus à des tiers; c) la valeur des biens réexpédiés en l'état; d) la valeur des ventes d'électricité; et e) la variation nette de la valeur des travaux en cours entre le début et la fin de la période considérée. Dans le second cas, les estimations comprennent en outre la variation nette de la

valeur des stocks de produits finis entre le début et la fin de la période considérée.

Tableaux 3 et 9. Croissance de la consommation et de l'investissement; structure de la demande

Le PIB est défini dans la note relative aux Tableaux 2 et 3, mais il est exprimé ici aux prix d'acquisition.

La *consommation des administrations publiques* comprend toutes les dépenses courantes consacrées à l'achat de biens et de services par les administrations de tous niveaux. Les dépenses en capital au titre de la défense et de la sécurité nationales sont considérées comme des dépenses de consommation.

La *consommation privée, etc.*, représente la valeur, aux prix du marché, de tous les biens et services, y compris les biens de consommation durables (tels qu'automobiles, machines à laver et ordinateurs individuels) achetés ou reçus à titre de rémunération en nature par les ménages et les institutions à but non lucratif. Elle ne comprend pas les achats de logements, mais elle inclut le loyer imputé des logements occupés par leur propriétaire (voir la note technique relative au Tableau 10 pour plus de détails). En pratique, elle comprend tout écart statistique constaté pour l'emploi des ressources. Lorsqu'elle est exprimée en prix constants, elle comprend également l'écart de translation dû au fait que les données ont été scindées en séries partielles et ramenées à de nouvelles années de base, comme on l'a expliqué au début des notes techniques.

L'*investissement intérieur brut* comprend les dépenses consacrées à l'accroissement du capital fixe de l'économie, plus les variations nettes du niveau des stocks.

L'*épargne intérieure brute* est le produit intérieur brut moins la consommation totale.

Les *exportations de biens et de services non facteurs* représentent la valeur de tous les biens et services non facteurs fournis au reste du monde : marchandises, fret, assurances, voyages et autres services non facteurs. La valeur des services facteurs, comme le produit des placements, les intérêts et le revenu du travail, en est exclue. Les transferts courants en sont également exclus.

Le *solde de ressources* est la différence entre les exportations et les importations de biens et de services non facteurs.

Les indicateurs du Tableau 8 sont calculés à partir des séries partielles ramenées à l'année 1987 et exprimées en unités monétaires nationales constantes. La répartition du PIB, au Tableau 9, est fondée sur les séries des comptes nationaux en unités monétaires nationales courantes.

Les chiffres récapitulatifs sont calculés selon la méthode décrite dans la note relative aux Tableaux 2 et 3.

Tableau 10. Structure de la consommation

Les parts en pourcentage de divers postes dans la consommation totale des ménages sont calculées à partir des données détaillées sur le PIB (dépenses aux prix du marché national) définies dans le *Système de comptabilité nationale* (SCN) des Nations Unies, et recueillies pour la plupart dans le cadre des Phases IV (1980) et V (1985) du Projet de comparaison internationale (PCI). Pour les

pays non couverts par le PCI, on a utilisé, lorsqu'elles étaient disponibles, les estimations moins détaillées des comptes nationaux, afin de donner une idée générale de la structure de la consommation. Les données portent sur 84 pays (dont des estimations des services de la Banque pour la Chine) et correspondent aux estimations les plus récentes, généralement pour 1980 et 1985. Lorsqu'elles se rapportent à d'autres années, elles sont indiquées en italique. Dans ce tableau, le terme *consommation* vise la consommation privée (non publique), telle qu'elle est définie dans le SCN et dans les notes relatives aux Tableaux 2, 3, 4 et 9, sauf dans le cas de l'éducation et des soins médicaux pour lesquels il s'agit des dépenses aussi bien publiques que privées. Ce concept de « consommation élargie » est celui qu'utilise le PCI; il permet, en se référant aux utilisateurs des biens de consommation plutôt qu'à l'origine du financement, d'améliorer la comparabilité internationale car il est moins sensible à la diversité des pratiques nationales en matière de financement des services de santé et d'éducation.

Les *céréales et tubercules*, l'une des principales composantes du poste *alimentation*, comprennent les principaux aliments de base : riz, farine, pain, toutes autres céréales et préparations à base de céréales, pommes de terre, ignames et autres tubercules. Pour les pays de l'OCDE à revenu élevé, les tubercules en sont exclus. Les postes *loyers bruts, combustibles et électricité* comprennent les loyers réels et imputés, les frais de réparation et d'entretien, ainsi que la composante *combustibles et électricité* (pour le chauffage, l'éclairage, la cuisson, la climatisation, etc.). Il est à noter que cette dernière catégorie ne comprend pas l'énergie servant aux transports (qui représente rarement plus de 1 % de la consommation totale dans les économies à revenu faible ou intermédiaire). Comme on l'a vu, les postes *soins médicaux et éducation* comprennent les dépenses de consommation tant publiques que privées. Les *transports et communications* englobent également l'achat d'*automobiles*, cette composante étant aussi indiquée séparément. Le poste résiduel *autres biens de consommation* regroupe les boissons et le tabac, les biens ménagers non durables et les services ménagers, les services de loisir et les services (y compris les repas) fournis par les hôtels et restaurants, les repas à emporter figurent également sous cette rubrique. Celle-ci inclut en outre les *autres biens de consommation durables*, qui sont aussi indiqués séparément et qui comprennent les appareils ménagers, le mobilier, les revêtements de sol, le matériel de loisir, les montres et les bijoux.

L'estimation de la structure de la consommation est l'un des éléments les plus faibles de la comptabilité nationale des économies à revenu faible et intermédiaire. On utilise à cette fin les données d'enquêtes sur les dépenses des ménages et d'autres instruments similaires et les estimations reflètent donc les distorsions qui peuvent intervenir dans la base de sondage. Le fait que le concept de dépense n'est pas identique à celui de consommation est à l'origine d'autres écarts apparents, et les données relatives à certains pays doivent être traitées avec prudence. Par exemple, certains pays limitent les enquêtes aux zones urbaines ou, de façon plus étroite encore, à la seule capitale. Dans ces cas, la part de l'alimentation tend à être inférieure à la moyenne, tandis que

celles des transports et communications, des loyers bruts, des combustibles et de l'électricité, et des autres biens de consommation tendent à être élevées. Lorsque les prix alimentaires sont contrôlés et que la comptabilité nationale ne rend pas pleinement compte des activités de subsistance, la part de l'alimentation s'en trouve aussi généralement abaissée.

Tableau 11. Dépenses de l'administration centrale

Les données sur les finances de l'administration centrale figurant dans les Tableaux 11 et 12 proviennent de la publication du FMI *Government Finance Statistics Yearbook* (1992) et des dossiers du FMI. Les comptes de chaque pays y sont présentés selon le système de définitions et classifications communes décrit dans le *Manuel de statistiques de finances publiques* du FMI (1986).

Ces publications du FMI contiennent toutes explications pertinentes sur les concepts, les définitions et les origines de ces données. Les commentaires ci-après visent principalement à placer ces données dans le contexte général de l'ensemble des indicateurs de la présente édition.

La répartition par catégorie des *dépenses totales* et des *recettes courantes* est calculée à partir de séries en monnaie nationale. Comme la couverture des données disponibles peut varier, les diverses composantes des dépenses et des recettes courantes de l'administration centrale indiquées dans ces tableaux peuvent ne pas être rigoureusement comparables d'une économie à l'autre.

En outre, les insuffisances de la couverture statistique des administrations régionales et locales obligent à utiliser des données portant sur l'administration centrale. De ce fait, la présentation statistique de l'allocation des ressources entre divers emplois est sujette à de sérieuses distorsions ou sous-estimations, surtout pour les pays dont les administrations régionales et locales jouissent d'une autonomie considérable et sont responsables d'un grand nombre de services économiques et sociaux. Par ailleurs, la notion d'« administration centrale » peut recouvrir deux types de comptabilité nationale : une comptabilité consolidée ou une comptabilité budgétaire. Dans la plupart des pays, les données financières de l'administration centrale sont consolidées en un seul compte global; dans d'autres, seuls les comptes budgétaires de l'administration centrale sont disponibles. Comme ces comptes budgétaires ne couvrent pas toujours la totalité des unités de l'administration centrale, ils donnent généralement une idée incomplète des activités de celle-ci. Les pays dont les données portent sur les comptes budgétaires sont signalés en bas de page.

En conséquence, les données présentées, surtout celles qui portent sur l'éducation et la santé, ne sont pas comparables d'un pays à l'autre. Dans de nombreuses économies, le secteur privé joue un rôle important dans les domaines de la santé et de l'éducation; dans d'autres, ce sont les services publics qui représentent la majeure partie des dépenses totales, mais ils peuvent être financés par des niveaux inférieurs de l'administration. Il faut donc être prudent lorsqu'on utilise ces données à des fins de comparaison entre pays. Les dépenses de l'administration centrale recouvrent les dépenses effectuées par

tous les ministères, directions, établissements et autres unités qui sont des services ou des organes d'exécution des pouvoirs publics centraux du pays. Elles comprennent à la fois les dépenses courantes et les dépenses en capital (équipement).

La rubrique *défense* englobe toutes les dépenses consacrées, par le ministère de la défense ou d'autres ministères, aux forces armées, y compris l'achat de matériel et de fournitures militaires, les travaux de construction, les opérations de recrutement et les activités de formation. Entrent également dans cette catégorie des éléments étroitement apparentés, comme les programmes d'aide militaire. En sont exclues les dépenses destinées à la sécurité et à l'ordre publics, qui sont classées séparément.

La rubrique *éducation* comprend les dépenses pour la construction, la gestion, l'inspection et le fonctionnement des écoles maternelles, primaires et secondaires; des universités et établissements d'enseignement supérieur; et des établissements techniques et professionnels et autres institutions de formation. Elle comprend également les dépenses consacrées à l'administration générale et à la réglementation du système éducatif; aux travaux de recherche sur ses objectifs, son organisation, son administration et ses méthodes; et à des services connexes comme le ramassage scolaire, les cantines et les services médicaux et dentaires fournis dans les écoles. Notons que le Tableau 10 donne une autre mesure des dépenses d'éducation, aussi bien privées que publiques, par rapport à la consommation des ménages.

La rubrique *santé* englobe les dépenses publiques concernant les hôpitaux, les maternités, les centres de soins dentaires et les dispensaires dont les fonctions sont en grande partie médicales; les programmes nationaux de santé et d'assurance maladie; et les services de planning familial et de médecine préventive. Notons que le Tableau 10 donne aussi une image des dépenses, aussi bien privées que publiques, consacrées aux soins médicaux par rapport à la consommation des ménages.

La rubrique *habitat et équipements collectifs; sécurité sociale et aide sociale* recouvre les dépenses consacrées au logement (hors les bonifications d'intérêts, qui sont habituellement classées dans la rubrique « divers »), comme les programmes d'aide au logement liés au revenu; à l'organisation ou au soutien d'activités de construction de logements et d'assainissement de quartiers insalubres; au développement communautaire; et aux services d'assainissement. Elle recouvre également les indemnités versées aux personnes malades et temporairement invalides pour compenser leurs pertes de revenu; les prestations versées aux personnes âgées, aux invalides permanents et aux chômeurs; les allocations familiales et les indemnités de maternité et pour enfants à charge; et le coût des services d'aide sociale, comme les soins aux personnes âgées, aux invalides et aux enfants. De nombreuses dépenses visant la défense de l'environnement, comme les mesures antipollution, l'alimentation en eau, l'assainissement et l'enlèvement des ordures ménagères, sont incluses dans cette catégorie, sans que l'on puisse les mesurer séparément.

La rubrique *services économiques* comprend les dépenses associées à la réglementation, au soutien et au renforcement de l'efficacité des entreprises; au développement

économique; à la correction des déséquilibres régionaux; et à la création d'emplois. Parmi les activités incluses figurent la recherche, la promotion du commerce, les études géologiques, ainsi que l'inspection et la réglementation de branches d'activité particulières.

La rubrique *divers* comprend les paiements d'intérêts et les éléments qui ne figurent pas ailleurs; pour quelques économies, elle comprend aussi les montants qui n'ont pas pu être imputés à d'autres postes (ou les ajustements découlant de la conversion de comptes sur la base des droits constatés en comptes sur la base des encaissements et d'écasements).

La définition des *dépenses totales* est plus étroite que celle de la consommation des administrations publiques au Tableau 9, car elle exclut les dépenses de consommation des administrations régionales et locales. La définition des dépenses de l'administration centrale est, elle, plus large car elle englobe l'investissement intérieur brut et les paiements de transfert des administrations publiques.

L'*excédent/déficit global* est la différence entre, d'une part, les recettes courantes, les recettes en capital et les dons publics reçus et, d'autre part, les dépenses totales et les prêts moins les recouvrements.

Tableau 12. Recettes courantes de l'administration centrale

La note relative au Tableau 11 indique la source et le degré de comparabilité des statistiques. Les recettes courantes par origine sont exprimées en pourcentage du *total des recettes courantes*, lequel correspond à la somme des recettes fiscales et des recettes non fiscales, et a été calculé à partir de chiffres en monnaies nationales.

Les *recettes fiscales* sont le produit des contributions obligatoires, sans contrepartie et non remboursables perçues à des fins publiques. Elles comprennent les intérêts perçus sur les arriérés fiscaux et les pénalités pour défaut ou retard de paiement et sont indiquées nettes des remboursements et autres ajustements correctifs. Les *impôts sur le revenu, les bénéfices et les plus-values* sont les impôts prélevés sur le revenu net effectif ou présumé des personnes physiques, sur les bénéfices des entreprises et sur les plus-values, qu'elles aient été réalisées sur la vente de terrains, de valeurs mobilières ou d'autres actifs. Les paiements interadministrations en sont exclus au stade de la consolidation. Les *cotisations de sécurité sociale* comprennent les cotisations des employeurs et des employés aux régimes de sécurité sociale, ainsi que celles des travailleurs indépendants et des chômeurs. Les *taxes intérieures sur les biens et services* comprennent les taxes générales sur les ventes, le chiffre d'affaires ou la valeur ajoutée, les taxes prélevées sur des produits et des services déterminés, les taxes sur l'utilisation de biens ou propriétés, et les bénéfices des monopoles fiscaux. Les *taxes sur les transactions et échanges internationaux* comprennent les droits à l'importation et à l'exportation, les bénéfices des monopoles d'importation ou d'exportation, les bénéfices de change et les taxes sur les opérations de change. Les *autres taxes* englobent les impôts payés par les employeurs sur les salaires ou la main-d'œuvre, les impôts sur le patrimoine, et les taxes qui ne peuvent être rattachées à d'autres catégories. Elles peuvent compren-

dre des valeurs négatives correspondant aux ajustements opérés au titre, par exemple, d'impôts perçus pour le compte d'administrations régionales ou locales et qui ne sont pas rattachables à des catégories particulières d'imposition.

Les *recettes non fiscales* regroupent les encaissements qui ne correspondent pas à des contributions obligatoires non remboursables perçues à des fins publiques, comme les amendes, les droits administratifs ou les revenus tirés par les administrations publiques de biens qu'elles possèdent. En sont exclues les sommes provenant de dons et d'emprunts, les recouvrements de prêts antérieurs des administrations, les engagements, et le produit de la vente de biens de capital.

Tableau 13. Monnaie et taux d'intérêt

Les données relatives monétaires aux disponibilités monétaires reposent sur les informations publiées par le FMI dans *Statistiques financières internationales (SFI)*. Les *disponibilités monétaires*, au sens large, englobent les engagements monétaires et quasi monétaires des institutions financières d'un pays à l'égard de résidents à l'exclusion de l'administration centrale. Pour la plupart des pays, elles correspondent à la somme de la monnaie (ligne 34 des SFI) et de la quasi-monnaie (ligne 35 des SFI). La monnaie englobe les moyens de paiement de l'économie : la circulation fiduciaire hors banques et les dépôts à vue. La quasi-monnaie comprend les dépôts à terme et d'épargne, ainsi que les comptes bancaires similaires que l'émetteur est prêt à convertir en monnaie. Lorsque les institutions financières non monétaires sont d'importants émetteurs d'engagements quasi monétaires, ceux-ci sont également inclus dans la masse monétaire.

Les taux de croissance des disponibilités monétaires sont calculés à partir des chiffres de fin d'année, et le ratio par rapport au PIB est la moyenne des chiffres de fin d'année pour l'année spécifiée et pour l'année précédente.

Les *taux d'intérêt nominaux des banques*, également tirés des SFI, représentent les taux servis par les banques commerciales ou assimilées aux détenteurs de leurs engagements quasi monétaires (intérêts créditeurs) et ceux perçus par les banques sur les prêts consentis aux clients de premier ordre (intérêts débiteurs). La comparabilité internationale de ces données est toutefois limitée, en partie parce que les définitions et les champs d'application varient, et aussi parce que, selon le pays, les banques n'ont pas la même latitude d'ajuster leurs taux d'intérêt en fonction des conditions du marché.

Les taux d'intérêt (et les taux de croissance des disponibilités monétaires) étant exprimés en valeur nominale, les différences entre pays tiennent pour beaucoup aux écarts d'inflation. Pour plus de commodité, on a reproduit dans ce tableau les données sur le taux d'inflation récent déjà indiquées au Tableau 1.

Tableau 14. Croissance du commerce de marchandises

La principale source pour les valeurs courantes des échanges est la base de données des Nations Unies sur le commerce des produits de base (COMTRADE), complé-

tée par des estimations de la Banque mondiale. Les données sur le commerce de marchandises sont fondées sur les statistiques douanières des pays.

Les rubriques *exportations* et *importations* de marchandises recouvrent, à quelques exceptions près, les mouvements internationaux de marchandises franchissant des frontières douanières; elles ne comprennent pas les échanges de services. Les exportations s'entendent f.o.b. (franco à bord) et les importations c.a.f. (coût, assurance, fret), sauf exceptions précisées dans les sources indiquées ci-dessus. Ces valeurs sont exprimées en dollars courants.

Les taux de croissance des exportations et des importations de marchandises sont calculés à partir de données en prix constants, obtenues en déflatant la valeur des exportations ou des importations par l'indice des prix correspondant. La Banque mondiale utilise ses propres indices des prix, qui reposent sur les cours internationaux des produits de base et les indices de valeur unitaire des produits manufacturés. Ces indices des prix sont établis par pays et par grand groupe de produits, de manière à assurer la cohérence des données concernant un groupe de pays et des données concernant des pays particuliers. Ce processus d'harmonisation progressera à mesure que la Banque mondiale continuera d'améliorer ses indices des prix des produits échangés pour un nombre croissant de pays. Il se peut que ces taux de croissance diffèrent de ceux qui découlent des évaluations nationales, car les indices nationaux des prix peuvent reposer sur des années de base et des méthodes de pondération différentes de celles qu'utilise la Banque mondiale.

Les *termes de l'échange*, ou termes de l'échange de marchandises nets, mesurent le mouvement relatif des prix à l'exportation et des prix à l'importation. Calculé sous forme de rapport entre l'indice des prix moyens des exportations et l'indice des prix moyens des importations d'un pays, cet indicateur montre l'évolution, par rapport à une année de référence, du niveau des prix à l'exportation en pourcentage des prix à l'importation. Les termes de l'échange sont indiqués pour 1985 et 1991 (année de référence 1987 = 100). Les indices des prix proviennent de la source mentionnée ci-dessus pour les taux de croissance des exportations et des importations.

Pour calculer les chiffres récapitulatifs relatifs aux taux de croissance, on a fait la somme des séries de prix en dollars constants de 1987 pour chaque année, puis appliqué la méthode des moindres carrés pour les périodes indiquées.

Tableaux 15 et 16. Structure des importations et exportations de marchandises

Les parts indiquées dans ces tableaux ont été estimées à partir des valeurs des échanges en dollars courants provenant du système de données des Nations Unies sur le commerce et de l'*Annuaire statistique du commerce international* des Nations Unies, complétées par des estimations de la Banque mondiale.

Les *exportations* et *importations* de marchandises sont définies dans la note technique relative au Tableau 14.

Les catégories d'exportations et d'importations sont celles de la *Classification type pour le commerce international*

(CTCI), Série M, No 34, Révision 1. Pour quelques pays, faute de données pour certaines catégories, il n'est pas possible de préciser complètement la répartition.

Dans le Tableau 15, les *produits alimentaires* correspondent aux Sections 0, 1 et 4 et à la Division 22 de la CTCI (produits alimentaires et animaux vivants, boissons et tabac, huiles et graisses d'origine animale et végétale, et graines, noix et amandes oléagineuses). La rubrique *combustibles* comprend les produits de la Section 3 de la CTCI (combustibles minéraux, lubrifiants et produits connexes). La rubrique *autres produits primaires* comprend la Section 2 de la CTCI (matières brutes non comestibles, combustibles non compris), à l'exclusion de la Division 22 (graines, noix et amandes oléagineuses) et la Division 68 (métaux non ferreux). La rubrique *machines et matériel de transport* correspond à la Section 7 de la CTCI. La rubrique *autres biens manufacturés*, estimée par différence à partir de la valeur totale des importations de produits manufacturés, comprend les Sections 5 à 9 de la CTCI, à l'exclusion de la Section 7 et de la Division 68.

Dans le Tableau 16, les *combustibles, minéraux et métaux* sont les produits de la Section 3 de la CTCI (combustibles minéraux, lubrifiants et produits connexes), des Divisions 27 et 28 (engrais bruts, minéraux bruts hormis le charbon, le pétrole et les pierres précieuses, minerais métalliques et déchets métalliques) et 68 (métaux non ferreux). Les *autres produits primaires* correspondent aux Sections 0, 1, 2 et 4 de la CTCI (produits alimentaires et animaux vivants, boissons et tabac, matières brutes non comestibles hormis les combustibles, et huiles et graisses animales et végétales), à l'exclusion des Divisions 27 et 28. Les *machines et matériel de transport* regroupent les biens figurant à la Section 7 de la CTCI. La rubrique *autres biens manufacturés* représente les Sections 5 à 9 de la CTCI, à l'exclusion de la Section 7 et de la Division 68; elle comprend le sous-groupe *textiles et habillement*, correspondant aux Divisions 65 et 84 de la CTCI (textiles, fils, tissus, articles de confection, produits connexes et habillement).

Les chiffres récapitulatifs figurant aux Tableaux 15 et 16 sont pondérés, respectivement, par les importations et par les exportations totales de marchandises de chaque pays en dollars courants. (Voir la note technique relative au Tableau 14.)

Tableau 17. Biens manufacturés : origine et composition des importations des pays de l'OCDE

Les données proviennent des Nations Unies à qui elles ont été communiquées par les pays à revenu élevé de l'OCDE, c'est-à-dire les pays membres de l'OCDE à l'exclusion de la Grèce, du Portugal et de la Turquie.

Le tableau indique la valeur des *importations de biens manufacturés* des pays à revenu élevé de l'OCDE selon leur économie d'origine, et leur répartition entre les principales catégories de biens manufacturés. Ces informations sont tirées de la base de données COMTRADE de l'ONU, Révision 1, CTCI pour 1970, et Révision 2, CTCI pour 1991.

Le présent tableau remplace le tableau des éditions précédentes sur l'origine et la destination des exportations de biens manufacturés, qui était fondé sur les exportations notifiées par les diverses économies.

Comme de nombreuses économies en développement notifiaient leurs chiffres avec plusieurs années de retard, on utilisait des estimations fondées sur des sources diverses pour combler les lacunes. Jusqu'à ce que ces estimations puissent être améliorées, on s'en tiendra au présent tableau, qui repose sur des données à jour et homogènes, mais d'une moindre portée. Les importations des marchés prédominants par économies d'origine sont la meilleure indication dont on dispose quant à l'ordre de grandeur et à la composition des exportations de biens manufacturés de ces économies vers toutes les destinations.

Les *biens manufacturés* sont les marchandises incluses par la *Classification type pour le commerce international* (CTCI), Révision 1, dans les Sections 5 à 9 (produits chimiques et produits connexes, articles manufacturés classés principalement d'après la matière première, machines et matériel de transport; articles manufacturés divers; et articles et transactions non classés ailleurs), à l'exclusion de la Division 68 (métaux non ferreux). Cette définition est un peu plus large que celle qui est utilisée pour définir les exportateurs de biens manufacturés.

Les grandes catégories de biens manufacturés sont définies de la façon suivante : *textiles et habillement* (CTCI, Divisions 85 et 84); *produits chimiques* (CTCI, Section 5); *appareillage électrique et électronique* (CTCI, Division 72); *matériel de transport* (CTCI, Division 73) et *autres*, définis comme les biens résiduels. On utilise les données de la CTCI, Révision 1, pour l'année 1970, et les données équivalentes de la Révision 2 pour 1991.

Tableau 18. Balance des paiements et réserves

Les statistiques de ce tableau émanent principalement du FMI, mais elles incluent également des estimations établies récemment par les services de la Banque mondiale et des ajustements que ceux-ci ont apportés, dans un petit nombre de cas, à la couverture ou à la classification des données pour améliorer leur comparabilité au plan international. Les valeurs de ce tableau sont exprimées en dollars convertis aux taux de change courants.

Le *solde des transactions courantes après transferts officiels* est la différence entre a) les exportations de biens et de services (facteurs et non facteurs) et les entrées de transferts sans contrepartie (privés et officiels) et b) les importations de biens et de services et les transferts sans contrepartie au reste du monde.

Le *solde des transactions courantes avant transferts officiels* est le solde des transactions courantes dans lequel les transferts officiels nets sans contrepartie sont assimilés à des mouvements de capitaux officiels. La différence entre ces deux mesures de la balance des paiements correspond pour l'essentiel à l'aide extérieure sous forme de dons, d'assistance technique et d'aide alimentaire, laquelle, pour la plupart des pays en développement, tend à rendre le déficit des transactions courantes inférieur au besoin de financement.

Les *envois nets de fonds des travailleurs* comprend les transferts de revenu des migrants employés ou qui pensent être employés pendant plus d'un an dans leur nouveau pays, où ils sont considérés comme des résidents. Ces envois de fonds sont classés dans la catégorie des

transferts privés sans contrepartie et sont inclus dans le solde des transactions courantes de la balance des paiements, tandis que ceux effectués par des travailleurs séjournant moins longtemps à l'étranger sont classés parmi les services en tant que revenus du travail. Cette distinction suit les règles admises au plan international, mais beaucoup de pays en développement classent les envois de fonds des travailleurs dans le revenu des facteurs (en faisant donc une composante du PNB). La Banque mondiale se conforme aux directives internationales pour sa définition du PNB et il peut donc y avoir des différences par rapport aux pratiques suivies au plan national.

Les *réserves internationales brutes* comprennent les avoirs en or monétaire, les droits de tirage spéciaux (DTS), la position de réserve au FMI des membres de cette institution et les avoirs en devises contrôlés par les autorités monétaires. Les données relatives aux avoirs de réserves internationales proviennent des dossiers du FMI. L'élément or de ces réserves est évalué, dans tous les cas, aux cours du marché de Londres en fin d'année (31 décembre), soit 37,37 dollars l'once en 1970 et 353,60 dollars l'once en 1991. Le niveau des réserves indiqué pour 1970 et 1991 s'entend en fin d'année et est exprimé en dollars courants aux taux de change en vigueur. En raison de différences quant à la définition des réserves internationales, à la détermination de la valeur de l'or et aux méthodes de gestion des réserves, les chiffres sur les réserves publiés dans les sources nationales ne sont pas strictement comparables. Les avoirs de réserves à la fin de 1991 sont également exprimés en nombre de mois d'importation de biens et de services qu'ils permettraient de financer.

Les chiffres récapitulatifs sont calculés à partir des totaux par groupe des réserves internationales brutes et des importations totales de biens et services en dollars courants.

Tableau 19. Aide publique au développement provenant des pays membres de l'OCDE et de l'OPEP

L'*aide publique au développement* (APD) représente les décaissements nets au titre de dons ou de prêts accordés à des conditions financières concessionnelles par les organismes publics des pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ainsi que des pays membres de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP), afin de promouvoir le développement économique et le bien-être social. Cette définition vise à exclure l'aide purement militaire, mais la distinction est parfois difficile à faire, et c'est généralement la définition du pays d'origine qui prévaut. L'APD comprend aussi la valeur de la coopération et de l'assistance techniques. Tous les chiffres indiqués ont été fournis par l'OCDE et toutes les valeurs en dollars ont été converties aux taux de change officiels.

Les *flux nets totaux* sont les décaissements nets en faveur de pays en développement et d'institutions multilatérales. Les décaissements en faveur d'institutions multilatérales sont maintenant notifiés pour tous les pays membres du CAD sur la base de la date d'émission des bons; certains membres du CAD effectuaient autrefois cette notification sur la base de la date d'encaissement.

Les valeurs nominales indiquées dans la récapitulation de l'APD des pays de l'OCDE à revenu élevé ont été converties en prix de 1987 au moyen du déflateur du PIB en dollars. Ce déflateur repose sur les augmentations des prix dans les pays de l'OCDE (à l'exception de la Grèce, du Portugal et de la Turquie) mesurées en dollars. Il tient compte des variations de parité entre le dollar et les diverses monnaies nationales. Ainsi, lorsque le dollar se déprécie, les variations des prix mesurées en monnaie nationale doivent être corrigées à la hausse du montant de cette dépréciation pour obtenir les variations des prix en dollars.

Le tableau indique les montants de l'APD totale pour l'OPEP, et aussi pour l'Organisation des pays arabes exportateurs de pétrole (OPAEP). Les pays donateurs de l'OPAEP sont l'Algérie, l'Arabie saoudite, les Emirats arabes unis, l'Iraq, le Koweït, la Libye et le Qatar. Les chiffres concernant l'APD fournis par l'OPEP et l'OPAEP proviennent également de l'OCDE.

Tableau 20. Apports d'aide publique au développement

Les *décaissements nets d'APD de toutes origines* comprennent les dons et les prêts accordés à des conditions financières privilégiées par tous les organismes publics bilatéraux et sources multilatérales afin de promouvoir le développement économique et le bien-être social. La valeur de la coopération et de l'assistance techniques y est incluse. Les décaissements indiqués dans ce tableau ne sont pas strictement comparables à ceux du Tableau 19 puisqu'ils correspondent aux montants reçus de toutes origines; au Tableau 19, il s'agissait uniquement des décaissements des pays membres de l'OCDE à revenu élevé et des pays membres de l'OPEP. Les décaissements nets correspondent aux décaissements bruts diminués des paiements versés aux sources d'aide au titre de l'amortissement des apports d'aide antérieurs. Les décaissements nets d'APD sont indiqués en montant par habitant et en pourcentage du PNB.

Les chiffres récapitulatifs sur l'APD par habitant sont calculés à partir des totaux par groupe pour la population et l'APD. Les chiffres récapitulatifs sur l'APD en pourcentage du PNB sont calculés à partir des totaux par groupe pour l'APD et pour le PNB en dollars courants.

Tableau 21. Dette extérieure totale

Les données sur la dette figurant dans le présent tableau et dans les suivants proviennent du Système de notification de la dette à la Banque mondiale et d'estimations de la Banque mondiale. Ce système porte uniquement sur les économies en développement et ne rassemble pas de chiffres sur la dette extérieure d'autres groupes d'emprunteurs ou des économies qui ne sont pas membres de la Banque mondiale. Les chiffres sur la dette présentés dans les Tableaux 21 à 25 ont été convertis en dollars aux taux de change officiels.

Les données sur la dette comprennent la dette privée non garantie notifiée par vingt-sept pays en développe-

ment et des estimations partielles ou complètes pour vingt autres économies qui ne communiquent pas de chiffres à ce sujet, mais pour lesquelles ce type d'endettement est connu pour être élevé.

La *dette publique* recouvre des obligations extérieures contractées par des débiteurs publics, y compris les administrations publiques et leurs services, et les organismes publics autonomes. La *dette à garantie publique* correspond à des obligations extérieures contractées par des débiteurs privés, dont le remboursement est garanti par une entité publique. Ces deux catégories sont amalgamées dans les tableaux. La *dette privée non garantie* représente des obligations extérieures contractées par des débiteurs privés, dont le remboursement n'est pas garanti par une entité publique.

La rubrique *recours au crédit FMI* recouvre les obligations à l'égard du FMI au titre de toutes les utilisations de ressources du FMI, à l'exclusion des obligations résultant de tirages sur la tranche de réserve. Les chiffres sont ceux de la fin de l'année spécifiée. Ils comprennent l'encours des achats au titre des tranches de crédit, notamment en vertu de la politique d'accès élargi aux ressources du FMI, et au titre de tous les mécanismes spéciaux (stocks régulateurs, financement compensatoire, mécanisme élargi de crédit et mécanismes pétroliers), les prêts du Fonds fiduciaire et les opérations au titre de la Facilité d'ajustement structurel renforcée. L'encours des obligations à l'égard du FMI en fin d'année (stock) est converti en dollars au taux de change entre le dollar et le DTS à la même date.

La *dette à court terme* est la dette à échéance initiale d'un an ou moins; les données disponibles ne permettent pas de faire la distinction entre dette publique et dette privée non garantie.

On entend ici par *dette extérieure totale* la somme de la dette à long terme publique, à garantie publique, et privée non garantie, du recours au crédit du FMI, et de la dette à court terme.

Le *total des arriérés sur l'encours de la dette à long terme (ELT)* recouvre le principal et les intérêts dus mais non remboursés.

La *valeur actuelle* est la valeur actualisée des paiements futurs au titre du service de la dette.

Tableau 22. Flux de capitaux extérieurs publics et privés

Les chiffres relatifs aux décaissements, aux remboursements du principal (amortissement) et aux paiements d'intérêts portent sur la dette à long terme publique, à garantie publique, et privée non garantie.

Les *décaissements* sont les tirages effectués sur les engagements de prêt à long terme au cours de l'année spécifiée.

Les *remboursements du principal* sont les montants effectivement versés en devises, en marchandises ou sous la forme de services au cours de l'année spécifiée, au titre du remboursement du principal (amortissement).

Les *paiements d'intérêts* sont les montants effectivement versés en devises, en marchandises ou sous la forme de services au cours de l'année spécifiée, au titre des intérêts.

Tableau 23. Flux nets de ressources et transferts nets globaux

Les *flux nets au titre de la dette à long terme* sont le montant des décaissements diminués des remboursements du principal sur la dette à long terme publique, à garantie publique, et privée non garantie. Les *dons publics* représentent les transferts effectués en espèces ou en nature par un organisme public et n'impliquant juridiquement aucune obligation de remboursement pour les bénéficiaires. Les chiffres sur les dons publics ne comprennent pas les dons d'assistance technique.

Les *investissements directs étrangers nets* sont les investissements effectués en vue d'acquies un intérêt durable (normalement 10 % des actions donnant droit de vote) dans une entreprise exploitée dans un pays autre que celui de l'investisseur (selon le critère de la résidence), l'objectif de ce dernier étant de pouvoir prendre effectivement part à la gestion de l'entreprise. Les *flux nets globaux de ressources* correspondent à la somme des flux nets au titre de la dette à long terme (hors FMI), des dons publics (hors assistance technique) et des investissements directs étrangers nets. Les *transferts nets globaux* correspondent aux flux nets globaux de ressources diminués des paiements d'intérêts sur la dette à long terme et des transferts de bénéfices de toutes catégories.

Tableau 24. Ratios de la dette extérieure totale

La *dette extérieure totale en pourcentage des exportations de biens et services* correspond à la somme en fin d'année des montants dus sur la dette à long terme publique, à garantie publique, et privée non garantie, sur les ressources du FMI et sur la dette à court terme, nette des remboursements du principal et des annulations. Dans l'ensemble de ce tableau, les biens et services comprennent les envois de fonds des travailleurs. Pour estimer la *dette extérieure totale en pourcentage du PNB*, les chiffres de la dette exprimés dans les monnaies de remboursement sont convertis en dollars sur la base des taux de change officiels en fin d'année. Pour convertir les PNB en dollars, on utilise la méthode de conversion décrite dans la note technique relative aux Tableaux 2 et 3.

Le *service total de la dette en pourcentage des exportations de biens et services* est la somme des remboursements du principal et des paiements d'intérêts sur la dette extérieure totale (selon les définitions du Tableau 21). Ce ratio est l'une des mesures conventionnelles de l'aptitude d'un pays à assurer le service de sa dette.

Les *paiements d'intérêts en pourcentage des exportations de biens et services* sont les paiements effectifs au titre de la dette extérieure totale.

Les chiffres récapitulatifs sont pondérés par les exportations de biens et services en dollars courants et par les PNB en dollars courants, respectivement.

La *dette concessionnelle en pourcentage de la dette extérieure totale* donne des informations sur l'aide publique reçue par l'emprunteur aux conditions financières concessionnelles définies par le CAD, à savoir des prêts assortis d'un élément don initial d'au moins 25 %.

La *dette multilatérale en pourcentage de la dette extérieure totale* donne des informations sur l'aide reçue par l'emprunteur de la part de la Banque mondiale, de banques régionales de développement et d'autres organismes multilatéraux et intergouvernementaux. En sont exclus les prêts provenant de fonds administrés par une organisation internationale au nom d'un gouvernement donateur particulier.

Tableau 25. Conditions des emprunts publics extérieurs

Les *engagements* se réfèrent aux emprunts publics et à garantie publique pour lesquels des accords ont été signés au cours de l'année spécifiée. Ils sont notifiés dans les monnaies de remboursement et convertis en dollars aux taux de change annuels moyens officiels.

Les chiffres cités pour les *taux d'intérêt*, les *échéances* et les *différés d'amortissement* sont des moyennes pondérées par le montant des emprunts. L'intérêt, principale charge due sur un emprunt, est généralement calculé sur le montant du principal décaissé et non remboursé. L'échéance est l'intervalle séparant la date de la signature de l'accord de prêt ou de l'émission d'obligations et la date finale de remboursement du principal. Le différé d'amortissement est l'intervalle entre la date de l'accord et celle du premier remboursement du principal.

Les *emprunts publics à taux d'intérêt variables en pourcentage de la dette publique* sont ceux dont les taux d'intérêt flottent en fonction du taux pratiqué sur un marché clé, comme le taux interbancaire offert sur la place de Londres (LIBOR) ou le taux de base des États-Unis. Cette rubrique indique la vulnérabilité de l'emprunteur aux variations des taux d'intérêt internationaux.

Les chiffres récapitulatifs de ce tableau sont pondérés par le montant des emprunts.

Tableau 26. Accroissement passé et projeté de la population

Les taux d'accroissement de la population sont des moyennes pour les périodes considérées, calculées à partir des chiffres de la population en milieu d'année.

Les estimations de la *population* pour le milieu de 1991 et les estimations de la fécondité et de la mortalité sont établies par la Banque mondiale à partir de données fournies par la Division de la population et le Bureau de statistique des Nations Unies, ainsi que par les services statistiques des pays. Elles tiennent compte des résultats des recensements les plus récents qui, dans certains cas, datent néanmoins d'assez longtemps et ne sont pas précis. Les réfugiés qui ne sont pas installés définitivement dans le pays d'accueil sont généralement comptés parmi la population de leur pays d'origine.

Les projections de la population pour 2000 et 2025 et pour l'année où la population deviendra finalement stationnaire (voir définition ci-dessous) ont été établies séparément pour chaque économie. Les données sur la population totale par âge et par sexe, la fécondité, la mortalité et la migration internationale sont le résultat de projections effectuées sur la base d'hypothèses générales

pour la période qui doit s'écouler jusqu'au moment où la population deviendra stationnaire.

Une population stationnaire est une population pour laquelle les taux de mortalité par âge et par sexe n'ont pas changé depuis longtemps, tandis que les taux de fécondité se maintenaient au taux de remplacement, c'est-à-dire pour laquelle le taux net de reproduction (TNR) est égal à 1 (le TNR est défini dans la note du Tableau 27). Lorsqu'une population est stationnaire, le taux de natalité est constant et égal au taux de mortalité, la structure par âge est constante, et le taux d'accroissement est nul.

Les projections démographiques sont établies pour chaque cohorte d'âge. On effectue des projections distinctes pour la mortalité, la fécondité et les migrations, que l'on applique itérativement à la structure par âge de l'année de base (1990). Pour la période de projection 1990 à 2005, les variations du taux de mortalité sont établies par pays : les augmentations de l'espérance de vie et les diminutions de la mortalité infantile sont fondées sur les tendances observées antérieurement dans chaque pays. On suppose que la mortalité diminue plus rapidement lorsque le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire est élevé. Les projections relatives à la mortalité infantile sont établies indépendamment de celles de la mortalité des adultes. Il est à noter que les données reflètent l'impact potentiellement important de l'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les projections des taux de fécondité sont également fondées sur les tendances antérieures. Pour les pays où la fécondité a commencé à baisser (phase dite « transition démographique »), on suppose que cette tendance se poursuivra. On a observé qu'aucun des pays où l'espérance de vie est inférieure à 50 ans n'a enregistré de baisse de la fécondité; pour ces pays, la transition démographique est retardée et on applique la baisse moyenne calculée pour le groupe des pays en transition démographique. On suppose que les pays dont la fécondité est inférieure au taux de remplacement auront un indice synthétique de fécondité constant jusqu'aux années 1995-2000, puis que leur taux de fécondité remontera au niveau de remplacement en l'an 2030.

Les taux de migration internationale reposent sur les tendances passées et présentes des flux migratoires et des politiques de migration. Parmi les sources consultées figurent les estimations et les projections établies par les services nationaux de statistique, des institutions internationales et des établissements de recherche. Etant donné l'incertitude qui pèse sur les tendances futures des flux migratoires, les projections supposent que les taux nets de migration deviendront nuls en 2025.

Les estimations de la population stationnaire sont des projections à très long terme. Leur inclusion dans le présent tableau vise seulement à montrer, à partir d'hypothèses généralisées, les implications des tendances récentes de la fécondité et de la mortalité. Les méthodes et les hypothèses utilisées pour les établir sont décrites plus en détail dans le document *World Population Projections, 1992-93 Edition*.

Tableau 27. Démographie et fécondité

Les *taux bruts de natalité* et de *mortalité* indiquent, respectivement, le nombre annuel de naissances vivantes et de décès pour mille habitants. Ils proviennent des sources mentionnées dans la note relative au Tableau 26.

Les *femmes en âge de procréer* sont les femmes âgées de 15 à 49 ans.

L'*indice synthétique de fécondité* mesure le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge. Les taux indiqués proviennent des sources mentionnées dans la note relative au Tableau 26.

Le *taux net de reproduction* (TNR), qui mesure le nombre de filles qu'une fille nouveau-née mettra au monde au cours de sa vie dans l'hypothèse de taux fixes de mortalité et de fécondité par âge, indique dans quelle mesure une cohorte de filles nouveau-nées se reproduira. Un TNR de 1 veut dire que la fécondité se trouve au niveau de remplacement, c'est-à-dire que les femmes donneront naissance, en moyenne, à un nombre de filles juste suffisant pour les remplacer dans la population. De même que pour l'estimation du chiffre de la population stationnaire, chercher à déterminer l'année où la fécondité se trouvera au niveau de remplacement relève de la spéculation, et l'année indiquée ne doit pas être considérée comme une prédiction.

Les *femmes mariées en âge de procréer et utilisant des moyens de contraception* sont les femmes qui pratiquent, ou dont le mari pratique, une forme quelconque de contraception. L'emploi de contraceptifs se mesure généralement pour les femmes âgées de 15 à 49 ans. Quelques pays utilisent d'autres groupes d'âge, notamment 15-44 ans.

Les chiffres proviennent essentiellement d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes sur la prévalence de la contraception, des dossiers de la Banque mondiale sur les pays, et de l'article de Mauldin et Segal intitulé « Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues », publié dans le volume 19 de *Studies in Family Planning* (1988). Pour quelques pays pour lesquels on ne dispose pas de données d'enquête, et pour plusieurs pays d'Afrique, on a utilisé les statistiques des programmes de planning familial. Celles-ci sous-estiment parfois la prévalence de la contraception, parce qu'elles ne tiennent pas compte de méthodes comme le coït interrompu ou la continence périodique ou totale, ni de l'emploi de contraceptifs obtenus en dehors des programmes officiels de planning familial. Les chiffres se rapportent à différentes années, mais ne sont généralement pas antérieurs de plus de deux ans à l'année spécifiée dans le tableau.

Tous les chiffres récapitulatifs sont des données par pays pondérées par la part de chaque pays dans la population totale.

Tableau 28. Santé et nutrition

Les estimations du *nombre d'habitants par médecin et infirmier* sont tirées de données de l'Organisation mondiale

de la santé (OMS) complétées par des données obtenues directement par la Banque mondiale auprès de sources nationales. Ces données se rapportent à diverses années, mais ne sont généralement pas antérieures de plus de deux ans à l'année indiquée. Par infirmier, on entend les infirmiers auxiliaires, ainsi que le personnel paraprofessionnel comme les accoucheuses traditionnelles. La prise en compte du personnel auxiliaire et paraprofessionnel donne une estimation plus réaliste des soins infirmiers disponibles. Mais comme les définitions des médecins et du personnel infirmier varient et que les données se rapportent à des années diverses, les chiffres présentés pour ces deux indicateurs ne sont pas strictement comparables entre pays.

Les données sur les *accouchements assistés par du personnel de santé* indiquent le pourcentage des naissances enregistrées qui ont été suivies par un agent reconnu des services de santé. Les données émanent de l'OMS et sont complétées par des données de l'UNICEF. Elles sont fondées sur des informations de sources nationales, provenant pour la plupart de rapports officiels des collectivités et des registres hospitaliers; certaines ne reflètent que les accouchements dans les hôpitaux et autres établissements médicaux. Parfois, les petits hôpitaux privés ou ruraux sont exclus de ces statistiques et, parfois, celles-ci englobent jusqu'à des établissements locaux relativement primitifs. Par conséquent, la couverture n'est pas toujours complète, et les chiffres sont à traiter avec une extrême prudence.

La rubrique *insuffisance pondérale à la naissance* indique le pourcentage de nouveau-nés d'un poids inférieur à 2.500 grammes. Cette insuffisance est souvent liée à la malnutrition des mères et tend à accroître le risque de mortalité infantile et à entraîner des problèmes de croissance durant la première enfance et l'enfance proprement dite, d'où un nombre accru d'autres formes de retard dans le développement. Les chiffres proviennent de l'OMS et de l'UNICEF et reposent sur des données nationales. Celles-ci ne sont pas strictement comparables d'un pays à l'autre, étant donné qu'elles résultent d'enquêtes et de registres administratifs qui ne donnent pas nécessairement une idée exacte de la situation à l'échelle du pays entier.

Le *taux de mortalité infantile* exprime le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour mille naissances vivantes au cours d'une année donnée. Ces statistiques proviennent de la publication des Nations Unies *Mortality of Children Under Age 5: Projections, 1950-2025*, ainsi que de la Banque mondiale.

La rubrique *années de vie perdues (pour mille habitants)* indique la charge de mortalité en termes absolus. Elle correspond à la somme des années perdues pour cause de décès prématuré par millier d'habitants. On détermine le nombre d'années de vie perdues à un âge x par soustraction du nombre d'années restant à vivre, dans l'hypothèse d'une espérance de vie à la naissance de 80 ans pour les hommes et de 82,5 ans pour les femmes. Cet indicateur dépend de l'effet de trois variables : la répartition par âge de la population, le taux global de mortalité et la répartition par âge de la mortalité.

La *malnutrition infantile* mesure le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans recevant une quantité insuffisante ou excessive de nutriments qui affecte leur santé et leur potentiel génétique de croissance. Les méthodes d'évaluation varient, mais les plus communément utilisées sont les suivantes : moins de 80 % du poids normal pour l'âge considéré; au moins deux écarts types en dessous de la valeur du 50^e centile du rapport poids/âge de la population de référence; et l'échelle Gomez de malnutrition. Il est à noter que pour un petit nombre de pays, les chiffres se rapportent à des enfants âgés de 3 ou 4 ans, ou encore plus jeunes.

Les chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont les données par pays pondérées par la part de chaque pays dans la population totale.

Tableau 29. Education

Les données de ce tableau se rapportent à différentes années, mais la différence par rapport aux années indiquées ne dépasse généralement pas deux ans; cependant, les chiffres pour les filles correspondent parfois à une année antérieure à celle des totaux globaux. Les données proviennent pour l'essentiel de l'UNESCO.

Les données relatives au nombre d'inscrits dans l'*enseignement primaire* représentent une estimation du nombre d'enfants de tous âges inscrits à l'école primaire. Elles indiquent le pourcentage d'inscrits par rapport à la population des enfants d'âge scolaire. Dans un grand nombre de pays, l'âge du primaire est de 6 à 11 ans, mais ce n'est pas le cas partout. Pour certains pays où l'enseignement primaire est universel, les taux bruts d'inscription peuvent être supérieurs à 100 %, certains élèves ayant un âge supérieur ou inférieur à l'âge officiel du primaire.

Les données relatives au nombre d'inscrits dans l'*enseignement secondaire* sont calculées de la même manière; mais, là encore, la définition de l'âge du secondaire varie d'un pays à l'autre; dans la plupart des cas, cet âge est de 12 à 17 ans. Les taux peuvent être influencés par l'entrée tardive d'élèves plus âgés, ainsi que par les redoublements et les cas d'engorgement des effectifs en fin de cycle.

Le taux d'inscription dans l'*enseignement supérieur* se calcule en divisant le nombre d'élèves inscrits dans toutes les écoles postsecondaires et universités par la population âgée de 20 à 24 ans. Les élèves des écoles professionnelles, des programmes d'éducation des adultes, des cycles de deux ans d'enseignement supérieur et des centres d'enseignement à distance (cours par correspondance principalement) sont inclus. La distribution des élèves entre ces divers types d'établissement varie selon les pays. La population âgée de 20 à 24 ans a été retenue comme dénominateur par l'UNESCO car elle représente une cohorte moyenne au niveau de l'enseignement supérieur, bien que des élèves plus jeunes et plus âgés puissent être inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur.

Le *taux net de scolarisation primaire* est le pourcentage des enfants d'âge scolaire inscrits à l'école. À la différence du taux brut d'inscription, le taux net correspond au

groupe des enfants ayant l'âge du primaire. Cet indicateur donne une idée beaucoup plus précise du nombre des enfants de ce groupe d'âge qui sont effectivement scolarisés, indépendamment du nombre d'élèves d'un âge supérieur (ou inférieur) à l'âge officiel du primaire.

Le nombre d'élèves par maître du primaire est le nombre d'élèves inscrits à l'école primaire dans le pays, divisé par le nombre de maîtres.

Les chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont les taux d'inscription par pays, pondérés par la part de chaque pays dans la population totale.

Tableau 30. Répartition du revenu et estimations du PIB d'après le PAM

Les six premières colonnes de ce tableau indiquent la répartition du revenu ou des dépenses entre différents groupes de ménages classés en quantiles en fonction du revenu total du ménage, du revenu par membre du ménage, ou des dépenses. Les quatre dernières colonnes présentent des estimations du PIB par habitant calculées sur la base du pouvoir d'achat des monnaies (PAM) plutôt que des taux de change (on trouvera une définition du PAM plus bas).

Les six premières colonnes du tableau indiquent, pour chaque quintile et pour le décile le plus riche de la population, le pourcentage du total des revenus ou des dépenses de consommation pour 36 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et pour 20 pays à revenu élevé. Le reste de la présente note se rapporte au premier groupe de pays. Les séries de données pour ces pays renvoient à diverses années de la période 1981-91 et sont tirées d'enquêtes menées à l'échelon national auprès d'un échantillon représentatif de ménages. Elles proviennent de deux sources principales : des organismes statistiques gouvernementaux (souvent, des rapports qu'ils publient) et de la Banque mondiale (essentiellement de l'Etude sur la mesure des niveaux de vie). Lorsqu'elles étaient disponibles, on a utilisé les données effectivement recueillies lors de l'enquête auprès des ménages pour calculer directement le pourcentage des revenus (ou des dépenses) correspondant aux différents quantiles; sinon, ce pourcentage a été estimé sur la base des meilleures séries de données disponibles. Pour plus de détails sur les méthodes employées pour recueillir et estimer les données, voir Chen, Datt et Ravallion, 1993.

Les enquêtes auprès des ménages sur lesquelles se fondent ces données posent plusieurs problèmes de comparabilité entre pays, bien que ces problèmes aillent s'atténuant à mesure que les méthodes d'enquête s'améliorent et sont normalisées, en particulier grâce aux initiatives des Nations Unies (dans le cadre du programme portant sur les capacités d'enquête auprès des ménages) et de la Banque mondiale (dans le cadre de l'Etude sur la mesure des niveaux de vie et du projet « Dimensions sociales de l'ajustement » pour l'Afrique subsaharienne). Les données présentées ici doivent néanmoins être interprétées avec prudence. Il convient, en particulier, de noter trois éléments qui rendent les comparaisons difficiles. Premièrement, l'indicateur de niveau de vie retenu pour certaines enquêtes est le revenu, alors que pour d'autres, c'est la consommation. Pour 17 des 36

pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, les données se rapportent aux dépenses de consommation. En général, la répartition du revenu est plus inégale que celle de la consommation. Deuxièmement, dans certaines enquêtes, c'est le ménage qui est l'unité d'observation considérée, alors que dans d'autres, c'est l'individu; dans le premier cas, les quantiles se réfèrent aux ménages et non aux individus. Troisièmement, les enquêtes varient également selon que les unités d'observation sont classées en fonction du revenu (ou de la consommation) des ménages ou par habitant. Les notes relatives au tableau indiquent ces différences pour chaque pays.

La septième colonne présente les indices du PIB par habitant de 1987 établi sur la base du PAM (Etats-Unis = 100). Ces chiffres comprennent : i) les résultats de la Phase VI du Projet de comparaison internationale (PCI) pour 1990, et des extrapolations pour 1987 pour les pays de l'OCDE; ii) les résultats de la Phase V du PCI pour 1985, et des extrapolations pour 1987 pour les pays non membres de l'OCDE; iii) les derniers résultats disponibles au titre de la Phase IV pour 1980 ou de la Phase III pour 1975, et des extrapolations pour 1987 pour les pays n'ayant participé qu'aux premières phases; iv) des estimations de la Banque mondiale pour les économies de l'ex-Union soviétique calculées sur la base de données partielles et préliminaires du PCI pour 1990, et des extrapolations pour 1987, pour l'ex-Union soviétique; v) une estimation de la Banque mondiale pour la Chine; et vi) des estimations du PCI obtenues par régression pour les pays n'ayant participé à aucune des phases. Des notes en bas de page indiquent les économies pour lesquelles les chiffres de 1987 ont été obtenus par extrapolation de données portant sur d'autres années ou calculés par une analyse de régression.

Pour obtenir les chiffres de 1991, il a été procédé à l'extrapolation des chiffres obtenus par extrapolation ou régression pour 1987, qui font l'objet de la septième colonne, au moyen d'estimations de la Banque mondiale du taux de croissance réelle du PIB par habitant. Les chiffres ainsi obtenus sont exprimés sous forme d'indice (Etats-Unis = 100) dans la huitième colonne. Pour les pays ayant jamais participé au PCI ainsi que pour la Chine et les économies de l'ex-Union soviétique, les dernières valeurs disponibles calculées sur la base du PAM sont extrapolées pour 1991 au moyen d'estimations de la Banque mondiale des taux de croissance, et sont converties dans la neuvième colonne en « dollars internationaux » au moyen des taux d'inflation des Etats-Unis. Des notes en bas de page indiquent les années pour lesquelles les données calculées à partir du PAM ont été extrapolées. La dixième colonne présente les estimations de régression pour tous les pays à l'exception des économies de l'ex-Union soviétique, qu'ils aient participé ou non au PCI, extrapolées pour la période 1987-91 et exprimées en dollars internationaux de 1991. Ces ajustements ne tiennent pas compte des variations des termes de l'échange. Lorsqu'elles sont disponibles, il faut utiliser les données effectivement observées. Si l'on dispose à la fois de données effectivement observées et de chiffres calculés par régression, on peut, en comparant ces chiffres, obtenir la marge d'erreur associée aux estimations de régression. Pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de données

observées sur la base du PAM, la seule solution consiste à établir des estimations de régression; dans ce cas, on ne peut déduire ni l'ampleur ni le sens de l'erreur.

Le PCI procède à une refonte des comptes nationaux traditionnels en effectuant des relevés spéciaux des prix et en décomposant le PIB par catégorie de dépenses. Les chiffres du PCI sont traités par les services nationaux de statistique, et les résultats sont coordonnés par la Division de statistique de l'ONU avec l'appui d'autres institutions internationales, en particulier l'Office de statistique des Communautés européennes (Eurostat) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La Banque mondiale, la Commission économique pour l'Europe et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) contribuent également à ce travail. Au total, 64 pays ont participé à la Phase V du PCI. Pour un pays (le Népal), tous les chiffres du PIB n'étant pas disponibles, les comparaisons n'ont porté que sur la consommation. Le Luxembourg et le Swaziland sont les deux seules économies regroupant moins de 1 million d'habitants à avoir participé au PCI; leurs résultats pour 1987 correspondent, respectivement, à 83,1 et 15,0 % des résultats pour les Etats-Unis. Les chiffres indiqués ici sont susceptibles de changements et on ne doit leur attribuer qu'une valeur indicative.

La prochaine série d'enquêtes au titre du PCI pour 1993 devrait couvrir plus de 80 pays, y compris la Chine et plusieurs économies de l'ex-Union soviétique.

Le « dollar international » a le même pouvoir d'achat par rapport au PIB total que le dollar des Etats-Unis pour une année donnée, mais le pouvoir d'achat par rapport aux sous-agrégats du PIB est déterminé sur la base des prix internationaux moyens à ce niveau et non par rapport aux prix relatifs des Etats-Unis. Ces valeurs en dollars, qui sont différentes des valeurs en dollars du PNB ou du PIB présentées aux Tableaux 1 et 3 (voir les notes techniques relatives à ces tableaux), sont obtenues au moyen de facteurs de conversion spéciaux visant à égaliser les pouvoirs d'achat des monnaies des différents pays. Ce facteur de conversion, appelé couramment parité de pouvoir d'achat (PPA), se définit comme le nombre d'unités de la monnaie d'un pays nécessaire pour acheter sur le marché de ce pays la même quantité de biens et de services qu'avec un dollar aux Etats-Unis. Le calcul des PPA nécessite l'établissement de grandeurs implicites à partir des données sur la dépense figurant dans les comptes nationaux et de données sur les prix spécialement recueillies à cet effet, et leur réévaluation pour chaque pays sur la base d'une série unique de prix moyens. L'indice des prix moyens égalise ainsi les prix en dollars pour chaque pays, de sorte que les comparaisons des PIB entre pays faites sur cette base reflètent les différences dans les quantités de biens et de services indépendamment de toute différence des niveaux des prix. Cette méthode vise à aligner les méthodes utilisées pour procéder aux comparaisons entre pays sur celles qui servent à réaliser les comparaisons des valeurs réelles entre diverses périodes sur la base de séries en prix constants.

Les chiffres du PCI présentés ici sont le résultat d'un calcul en deux étapes. D'abord, on compare les pays

d'une même région ou d'un même groupe comme l'OCDE en utilisant les prix moyens de la région ou du groupe en question. Ensuite, comme les prix moyens peuvent différer d'un groupe à un autre, rendant impossible toute comparaison entre pays appartenant à des groupes différents, on ajuste les prix des groupes de manière à les rendre comparables à l'échelle mondiale. Ces ajustements, effectués par la Division de statistique des Nations Unies et Eurostat, sont fondés sur les différences de prix observées dans un réseau de pays « relais » représentant chaque groupe. Toutefois, ce raccordement se fait de manière à conserver dans la comparaison mondiale les niveaux relatifs des PIB observés dans les comparaisons par groupe, principe dit de la « fixité ».

On a adopté ce processus en deux étapes parce que les niveaux relatifs des PIB et la place relative de deux pays peuvent varier lorsqu'on ajoute d'autres pays à la comparaison. On a estimé que l'on ne devrait pas laisser ce phénomène se produire au sein d'une même région géographique, c'est-à-dire que la relation entre le Ghana et le Sénégal, par exemple, ne devrait pas être affectée par les prix pratiqués aux Etats-Unis. On calcule donc les niveaux globaux du PIB par habitant aux prix « régionaux », puis on les raccorde les uns aux autres, en réévaluant le PIB de tous les pays aux prix « mondiaux » moyens et en réaffectant les nouveaux totaux régionaux en fonction de la part de chaque pays dans la comparaison initiale.

Cette méthode ne permet pas de comparer des variables définies de manière plus précise (par exemple, la consommation alimentaire). C'est pourquoi on calcule ces sous-agrégats et les catégories de dépenses plus détaillées à partir des prix mondiaux. Ces dernières grandeurs sont effectivement comparables sur le plan international, mais leur somme ne correspond pas aux PIB indiqués parce qu'elles sont calculées sur la base d'un ensemble différent de prix.

Certains pays appartiennent à plusieurs groupes régionaux. Certains regroupements ont un statut prioritaire; d'autres sont traités sur un pied d'égalité. Ainsi la fixité est toujours maintenue entre les membres de la Communauté européenne, même dans les comparaisons à l'échelle de l'OCDE ou du monde. Dans le cas de l'Autriche et de la Finlande, cependant, la relation bilatérale qui ressort de la comparaison au niveau de l'OCDE est aussi celle qui est utilisée dans la comparaison mondiale. Cependant, la relation (fondée sur les prix d'Europe centrale) est sensiblement différente dans la comparaison effectuée au sein de ce groupe, et c'est cette relation qui est présentée dans la publication séparée sur la comparaison au sein de l'Europe.

Pour obtenir des chiffres pour 1987 correspondants à ceux du PCI pour les pays qui n'ont encore participé à aucune enquête du PCI, on commence par calculer les coefficients de l'équation de régression ci-après à partir des chiffres de 1987 :

$$\ln(r) = 0,5603 \ln(ATLAS) + 0,3136 \ln(TSES) + 0,5706;$$

$$(0,0304) \quad (0,0574) \quad (0,1734)$$

$$EQM = 0,2324; R^2 \text{ ajusté} = 0,95; N = 78$$

équation dans laquelle toutes les variables et valeurs estimées sont exprimées par rapport à l'indice 100 des Etats-Unis;

r = estimations du PCI du PIB par habitant converti en dollars des Etats-Unis sur la base du PAM, le vecteur des r comprenant les extrapolations effectuées à partir des derniers chiffres PCI disponibles pour les pays ayant jamais participé au PCI;

ATLAS = PNB par habitant estimé selon la méthode de l'Atlas;

TSES = taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire; et

EQM = erreur quadratique moyenne.

ATLAS et TSES sont les variables de remplacement retenues pour évaluer de manière approchée les écarts internationaux de salaires pour la main-d'œuvre non qualifiée et qualifiée, respectivement. Comme dans Isenman (voir Paul Isenman, « Inter-Country Comparisons of 'Real' (PPP) Incomes: Revised Estimates and Unsolved Questions », dans *World Development*, 1980, vol. 8, p. 61-72), l'argument justifiant ce mode de calcul est que, si les estimations conventionnelles du PIB et celles du PCI diffèrent, c'est principalement en raison de la persistance d'écarts salariaux entre les pays sous l'effet des contraintes pesant sur la mobilité internationale de la main-d'œuvre. Un document technique donnant des explications plus complètes sera envoyé aux lecteurs qui en feront la demande (Sultan Ahmad, « Regression Estimates of Per Capita GDP Based on Purchasing Power Parities », Série Documents de travail No 956, Département de l'économie internationale, Banque mondiale, 1992). Pour plus de détails sur les procédures du PCI, on peut consulter le rapport sur la Phase IV du PCI, *Comparaisons mondiales du pouvoir d'achat et du produit réel en 1980* (New York : Nations Unies, 1986).

Tableau 31. Urbanisation

Les chiffres relatifs à la population urbaine et aux grandes villes sont ceux du document des Nations Unies intitulé *World Urbanization Prospects*, complétés par des données de la Banque mondiale. Les taux d'accroissement de la population urbaine sont calculés à partir des estimations de la population préparées par la Banque mondiale. La part de la population urbaine dans la population totale est estimée à partir des sources susmentionnées.

Dans la mesure où les estimations de ce tableau sont basées sur des définitions nationales différentes du terme « urbain », la prudence s'impose lorsqu'on procède à des comparaisons entre pays.

Les chiffres récapitulatifs de la population urbaine en pourcentage de la population totale sont calculés à partir des pourcentages par pays, pondérés par la part de chaque pays dans la population totale; les autres chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont pondérés de la même manière, à partir de la population urbaine.

Tableau 32. Les femmes et le développement

Ce tableau présente plusieurs indicateurs de base décomposés de manière à montrer les différences selon le sexe et à illustrer ainsi la condition des femmes dans la société. Les données qu'il regroupe reflètent la situation

démographique des femmes et leur degré d'accès aux services de santé et d'éducation. Les anomalies statistiques deviennent plus apparentes encore si l'on analyse les indicateurs sociaux par sexe, du fait que les systèmes d'information laissent souvent à désirer dans les domaines concernant spécifiquement les femmes. Les indicateurs tirés de recensements et d'enquêtes, comme ceux de la population, tendent à être à peu près aussi fiables pour les femmes que pour les hommes; mais les indicateurs tirés essentiellement de dossiers administratifs, comme les taux de mortalité maternelle et infantile, le sont moins. Plus de ressources sont aujourd'hui consacrées à la collecte de meilleures statistiques sur ces sujets, mais la fiabilité des données, même pour les séries figurant dans ce tableau, est encore très variable.

Le *taux de mortalité avant l'âge de 5 ans* indique la probabilité qu'un nouveau-né meure avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Ces taux sont extraits des tables de mortalité fondées sur les estimations de l'espérance de vie à la naissance et sur les taux de mortalité infantile. De façon générale, dans le monde, il naît plus de garçons que de filles. Dans un bon milieu nutritionnel et sanitaire, et en temps de paix, les garçons de moins de 5 ans ont un taux de mortalité supérieur à celui des filles. Les chiffres de ces colonnes montrent que les différences entre garçons et filles du risque de décès avant l'âge de 5 ans varient considérablement. Dans les économies industrielles de marché, ce risque est de 23 % plus faible pour les filles que pour les garçons; dans certaines économies à faible revenu, il est en fait plus élevé pour les filles. Cela conduit à penser que les garçons et les filles ne sont pas traités de la même manière en ce qui concerne l'alimentation et les soins de santé.

Cette discrimination frappe en particulier les filles en bas âge, qui peuvent ne pas recevoir leur juste part des vivres disponibles, lorsque ceux-ci sont rares, ou pour lesquelles on ne recourra peut-être pas aussi promptement à des soins médicaux coûteux. Cette forme de discrimination n'est pas uniformément associée au degré de développement. Il est des pays à revenu faible ou intermédiaire (ou des régions de ces pays) où le risque relatif de décès avant l'âge de 5 ans des filles par rapport aux garçons est approximativement le même que dans les pays industriels. Dans beaucoup d'autres pays, cependant, les chiffres montrent clairement la nécessité d'associer plus étroitement les femmes au développement. Les indicateurs du Tableau 28 et de la colonne du présent tableau sur la mortalité maternelle appellent tout particulièrement l'attention sur les implications de la maternité. Celle-ci reste, dans les pays en développement, la première cause de décès pour les femmes en âge de procréer. Les indicateurs reflètent, mais sans les mesurer, les services de santé auxquels les femmes ont accès et la situation générale des mères en matière de protection sociale et de santé.

L'*espérance de vie à la naissance* est définie dans la note relative au Tableau 1.

La colonne *mortalité maternelle* indique le nombre de décès de femmes liés à la maternité pour 100.000 naissances vivantes. Etant donné que certains pays définissent cette cause de décès plus largement que d'autres — en y englobant les décès liés aux complications de la

grossesse, à l'état puerpéral ou à l'avortement — et que beaucoup de femmes enceintes meurent faute de soins appropriés, la mortalité maternelle se prête mal à des mesures fiables et cohérentes d'un pays à l'autre. Les données de ces deux séries sont tirées de diverses sources nationales rassemblées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais beaucoup de systèmes administratifs nationaux laissent à désirer et n'enregistrent pas systématiquement les événements démographiques. Les chiffres proviennent essentiellement des rapports des autorités locales et des registres hospitaliers; dans certains cas, ils correspondent uniquement aux décès survenus à l'hôpital ou dans un autre établissement médical. Parfois, les petits hôpitaux privés ou ruraux sont exclus de ces statistiques ou, à l'inverse, celles-ci peuvent englober des établissements locaux relativement primitifs. La couverture de ces statistiques n'est donc pas toujours complète et les chiffres doivent être traités avec une extrême prudence.

À l'évidence, beaucoup de décès liés à la maternité ne sont pas comptabilisés, surtout dans les pays où les populations rurales sont isolées; cela explique certains des chiffres très bas figurant dans ce tableau, en particulier pour plusieurs pays africains. En outre, il est difficile de dire si une augmentation du nombre d'accouchements à l'hôpital reflète un meilleur accès des femmes aux soins médicaux ou une augmentation des complications en cours de grossesse ou à l'accouchement imputables, par exemple, à une mauvaise nutrition. (Voir au Tableau 28 les données sur les insuffisances pondérales à la naissance.)

Ces séries chronologiques tentent de regrouper des informations déjà disponibles, mais qui ne sont pas toujours publiées dans les documents internationaux. Consciente des inévitables lacunes de ces séries, l'OMS a invité les pays à fournir des données plus complètes. Ces séries sont reproduites ici, à partir du document *Maternal Mortality: A Global Factbook* publié par l'OMS en 1991. Les données se réfèrent à une année comprise entre 1983 et 1991.

Les indicateurs relatifs à l'éducation, fondés sur des données de l'UNESCO, comparent le degré d'accès des filles à l'éducation à celui des garçons.

Le pourcentage de la cohorte arrivant en 4^e année est le pourcentage des enfants ayant commencé leur scolarité primaire en 1970 et en 1986, respectivement, et entrés en quatrième année du primaire en 1973 et 1989. Les chiffres en italique se rapportent à des cohortes antérieures ou postérieures. Ces données sont fondées sur les registres d'inscription. Les taux légèrement plus élevés observés pour les filles dans certains pays d'Afrique tiennent peut-être à la participation des garçons à des activités comme la garde des troupeaux.

Toutes choses égales d'ailleurs, et à égalité de chances, le nombre de filles pour 100 garçons devrait être proche de 100. Cependant, des inégalités peuvent le faire varier dans un sens ou dans l'autre. C'est ainsi que le nombre de filles pour 100 garçons augmentera dans l'enseignement secondaire si le taux de fréquentation scolaire des garçons baisse plus vite en fin de cycle parce que de meilleurs débouchés professionnels s'offrent à eux, qu'ils doivent remplir leurs obligations militaires, ou qu'ils migrent pour chercher un emploi. En outre, com-

me les chiffres de ces colonnes portent surtout sur l'enseignement secondaire général, ils ne rendent pas compte des élèves (garçons pour la plupart) inscrits dans les écoles d'enseignement technique ou professionnel ou qui suivent un apprentissage à temps plein, comme en Europe de l'Est.

Tous les chiffres récapitulatifs sont fondés sur les données par pays, pondérées par la part de chaque pays dans la population globale.

Tableau 33. Forêts, aires protégées et ressources en eau

Ce tableau sur les ressources naturelles marque une première étape vers la prise en compte de données environnementales dans l'évaluation du développement et la planification des stratégies économiques. Il donne une image partielle de l'état des forêts, de la superficie des aires protégées à des fins de conservation ou pour d'autres raisons écologiques, ainsi que du volume des ressources en eau douce et des prélèvements opérés sur ces ressources. Les statistiques qui y sont présentées sont tirées des sources les plus fiables. Cependant, peut-être plus encore que pour d'autres données du présent Rapport, le lecteur est invité à la prudence. Bien qu'elles donnent une idée exacte des grandes différences existant dans le patrimoine des divers pays et dans l'usage qu'ils en font, ces statistiques ne sont pas véritablement comparables du fait de l'hétérogénéité des méthodes de collecte et de traitement des données, des définitions et des ressources des administrations.

Il n'existe pas encore de cadre conceptuel universellement accepté pour intégrer des données sur les ressources naturelles aux statistiques économiques traditionnelles. Les mesures portées dans le présent tableau ne prétendent pas être des indicateurs définitifs du patrimoine naturel, de l'état de l'environnement, ou de l'épuisement des ressources. Nous les avons choisies parce qu'elles sont disponibles pour la plupart des pays, qu'elles sont vérifiables, et qu'elles reflètent certaines caractéristiques générales de l'environnement.

La superficie totale des zones forestières se rapporte à l'ensemble des formations naturelles de végétaux ligneux où les arbres prédominent. Ces estimations sont tirées de statistiques nationales rassemblées en 1980 par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Certaines sont fondées sur des inventaires plus récents ou sur des évaluations faites par satellite dans les années 80. La FAO achèvera et publiera en 1993 une évaluation du patrimoine forestier mondial qui devrait modifier substantiellement certaines de ces estimations. Les forêts *denses* sont celles où la cime des arbres couvre une forte proportion de la superficie et où il n'y a pas de couvert végétal continu au niveau du sol. Cependant, pour les pays membres de la Commission économique pour l'Europe, les forêts sont considérées comme denses dès lors que la cime des arbres couvre plus de 20 % de la surface. Ces formations naturelles ne comprennent pas les plantations d'arbres. On dispose pour certains pays d'estimations plus récentes du couvert forestier total. Pour les Philippines, celui-ci a été estimé à 68.000-71.000 km² en 1987. Pour la Malaisie, l'estimation la plus récente est de 185.000 km².

La colonne *déboisement annuel toutes forêts* se réfère à la fois aux forêts denses et aux forêts claires. Les forêts claires sont celles où la cime des arbres couvre au moins 10 % de la surface, avec un couvert végétal continu au niveau du sol. Pour les pays membres de la Commission économique pour l'Europe, les forêts claires sont les terres portant des arbres dont les cimes couvrent de 5 à 20 % de la superficie ou un mélange de broussailles et d'arbres rabougris. Par déboisement, on entend la conversion permanente de zones forestières à d'autres usages : pacage, culture itinérante, culture mécanisée, aménagement d'infrastructures, etc. Les superficies déboisées ne comprennent pas les zones provisoirement déboisées mais qui seront replantées, ni les zones dégradées par la collecte de bois de feu, les pluies acides, ou des incendies de forêt. Dans les pays industriels à climat tempéré, il est relativement rare que les forêts restantes soient définitivement converties à d'autres usages. Qu'il s'agisse des forêts denses ou claires, il est difficile d'évaluer les superficies déboisées chaque année et on recourt généralement à des études spéciales. Les estimations présentées dans le tableau pour 1981-85 sont des projections établies en 1980. Les chiffres se rapportant à d'autres périodes sont fondés sur des évaluations plus récentes ou plus fiables que celles utilisées pour les projections faites en 1980.

Il convient de porter une attention particulière aux estimations pour le Brésil, pays qui possède les plus vastes forêts denses tropicales du monde et qui procède désormais chaque année à une évaluation des superficies déboisées; l'estimation figurant dans le tableau est la plus récente. Le Brésil est un cas exceptionnel en ce que l'on dispose pour ce pays de plusieurs évaluations des zones forestières et des superficies déboisées établies selon la même méthode à partir d'images du système Landsat. Pour la partie brésilienne de l'Amazonie, on estime que 13.800 km² de forêts denses ont été déboisées en 1990, contre 17.900 km² en 1989. Entre 1978 et 1988, les superficies déboisées ont représenté en moyenne 21.000 km² par an, le maximum ayant été atteint en 1987 et le rythme s'étant ensuite considérablement ralenti. En 1990, le total cumulatif des déboisements (récents et anciens) atteignait 415.000 km² pour l'Amazonie brésilienne. Cette région n'est pas la seule à être touchée, mais on connaît beaucoup moins bien l'ampleur du déboisement dans les autres. Selon l'estimation la plus récente, qui remonte à 1980, 10.500 km² de forêts claires auraient été déboisées.

Les *aires protégées à l'échelon national* sont les zones d'au moins 1.000 hectares protégées par les autorités nationales et relevant de cinq catégories : réserves scientifiques et réserves naturelles intégrales; parcs nationaux d'intérêt national ou international (dont les écosystèmes ne sont pratiquement pas altérés par l'homme); monuments naturels et paysages naturels présentant certaines caractéristiques exceptionnelles; réserves naturelles dirigées et sanctuaires de protection d'espèces sauvages; et paysages terrestres ou marins protégés (cette catégorie pou-

vant comprendre des sites culturels). Les données du présent tableau ne comprennent pas les zones protégées par les seules autorités locales ou provinciales ni les zones où la cueillette, la pêche ou la chasse sont autorisées. Elles peuvent être fondées sur des définitions différentes et être communiquées de diverses façons aux organisations, comme le Centre mondial de surveillance continue de la conservation de la nature, qui les compile et les diffusent. Le pourcentage de la surface totale d'aires protégées est calculé au moyen de la superficie totale.

Les données relatives au *prélèvement d'eau douce* peuvent elles aussi avoir été collectées et estimées selon des méthodes différentes, mais elles indiquent néanmoins avec exactitude l'ordre de grandeur de la consommation d'eau totale et par habitant. Cependant, elles ne rendent pas compte des importantes variations que peut accuser le total des ressources renouvelables d'une année à l'autre. Elles ne rendent pas compte non plus des différences qui peuvent exister, au sein d'un même pays, d'une saison ou d'une région à l'autre. Les estimations des ressources en eau douce, parce qu'elles sont fondées sur des moyennes à long terme, excluent explicitement les cycles décennaux d'années sèches et humides. Le Département Hydrogéologie d'Orléans (France) compile des données sur les ressources en eau et le prélèvement d'eau à partir de publications, notamment nationales, des Nations Unies et professionnelles. L'Institut de géographie de l'Académie nationale des sciences de Moscou compile également des données sur les ressources mondiales en eau à partir de publications et, au besoin, d'estimations sur ces ressources et la consommation d'eau établies à partir de modèles faisant appel à d'autres données comme les périmètres irrigués, le cheptel et les précipitations. Les chiffres de ce tableau sont le produit (non publié) de la combinaison par l'Institut mondial des ressources naturelles de ces données et de celles provenant d'autres sources. Les données relatives au prélèvement portent sur toutes les années de la période 1970-89 et varient d'un pays à l'autre. Les données portant sur des régions arides et semi-arides et les petits pays sont considérées comme moins fiables que celles qui concernent les zones humides et les grands pays.

Les *ressources totales en eau* incluent à la fois les ressources renouvelables intérieures et, lorsque cela est indiqué, le débit des cours d'eau provenant d'autres pays. Les estimations datent de 1992. Les ressources renouvelables intérieures annuelles en eau se réfèrent au débit annuel moyen des cours d'eau et des eaux souterraines provenant des eaux de pluie reçues dans le pays. Le tableau indique à la fois le prélèvement *total* et le prélèvement *en pourcentage* des ressources renouvelables totales. Les prélèvements incluent ceux des usines de dessalement et des eaux souterraines non renouvelables, mais pas les pertes par évaporation. Le prélèvement total peut excéder les ressources renouvelables totales lorsque de gros volumes sont prélevés sur des usines de dessalement et des eaux souterraines non renouvelables ou que

l'eau est recyclée à grande échelle. Pour calculer les *prélèvements totaux par habitant*, on divise le prélèvement total pour le pays par le nombre de ses habitants au cours de l'année à laquelle se rapporte l'estimation du prélèvement total. Les usages *domestiques* comprennent l'eau potable, la consommation ou les ventes d'eau des communes, la consommation des services publics, des

établissements commerciaux et des ménages. Les prélèvements directs destinés à des usages *industriels*, y compris ceux qui servent au refroidissement des centrales thermiques, sont combinés dans la dernière colonne du tableau avec les prélèvements à usages *agricoles* (irrigation et élevage). Les chiffres étant arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total par habitant.



Bibliographie

Production et absorption intérieure	Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. <i>Annuaire statistique</i>. New York. ———. Editions diverses. <i>Annuaire des statistiques de l'énergie</i>. Etudes statistiques, série J. New York. Nations Unies. Projet de comparaison internationale, rapports Phase IV (1980), Phase V (1985) et Phase VI (1990), et données de la CEE, de la CESAP, de l'Eurostat, de l'OCDE et de l'ONU. Données de la FAO, du FMI, de l'ONUDI et de la Banque mondiale; et sources nationales.
Comptes budgétaires et monétaires	Fonds monétaire international. <i>Government Finance Statistics Yearbook</i>. Vol. 11. Washington. ———. Editions diverses. <i>Statistiques financières internationales</i>. Washington. Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. <i>Annuaire des statistiques de l'énergie</i>. Etudes statistiques, série J. New York. Données du FMI.
Transactions internationales essentielles	Fonds monétaire international. Editions diverses. <i>Statistiques financières internationales</i>. Washington. Nations Unies. Conférence sur le commerce et le développement. Editions diverses. <i>Manuel de statistiques du commerce international et du développement</i>. Genève. Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. <i>Bulletin mensuel de statistiques</i>. New York. ———. Editions diverses. <i>Annuaire statistique du commerce international</i>. New York. Données de la FAO, du FMI, de l'ONU et de la Banque mondiale.
Finances extérieures	Organisation de coopération et de développement économiques. Editions diverses. <i>Coopération pour le développement</i>. Paris. ———. 1988. <i>Répartition géographique des ressources financières mises à la disposition des pays en développement</i>. Paris.
Ressources humaines et naturelles	Données du FMI, de l'OCDE et de la Banque mondiale; et Système de notification de la dette à la Banque mondiale. Bos, Eduard, Patience W. Stephens et My T. Vu. <i>World Population Projections, 1992-93 Edition</i> (à paraître). Baltimore, Md. : Johns Hopkins University Press. Chen S., G. Datt et M. Ravallion. 1993. « Is Poverty Increasing in the Developing World? » Série Documents de travail No 1146. Banque mondiale, Département de la recherche, politiques de développement, Washington. Institute for Resource Development/Westinghouse. 1987. <i>Child Survival: Risks and the Road to Health</i>. Columbia, Md. Mauldin, W. Parker et Holden J. Segal. 1988. « Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues. » <i>Studies in Family Planning</i> 19, 6: 335-53. Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. <i>Annuaire démographique</i>. New York. ———. Editions diverses. <i>Population and Vital Statistics Report</i>. New York. ———. Editions diverses. <i>Annuaire statistique</i>. New York. ———. 1988. <i>Mortality of Children under Age 5: Projections 1950-2025</i>. New York. ———. 1989. <i>Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988</i>. New York. ———. 1991. <i>World Urbanization Prospects 1991</i>. New York. ———. 1991. <i>World Population Prospects: 1990</i>. New York. ———. 1992. <i>World Population Prospects: 1992 Revision</i>. New York. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Editions diverses. <i>Annuaire statistique</i>. Paris. ———. 1990. <i>Compendium des statistiques relatives à l'analphabétisme</i>. Paris. Organisation mondiale de la santé. Editions diverses. <i>Annuaire de statistiques sanitaires mondiales</i>. Genève. ———. 1986. <i>Maternal Mortality Rates: A Tabulation of Available Information</i>, 2e édition. Genève. ———. 1991. <i>Maternal Mortality: A Global Factbook</i>. Genève. ———. Editions diverses. <i>Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales</i>. Genève. Sivard, Ruth. 1985. <i>Women — A World Survey</i>. Washington : World Priorities. UNICEF. 1989. <i>La situation des enfants dans le monde 1989</i>. New York : UNICEF. Données de l'Institut mondial des ressources naturelles (non publiées). Données de la FAO et de la Banque mondiale. Données du Centre mondial de surveillance continue de la conservation de la nature (non publiées).

Classification des économies

Partie 1 Classification des économies par revenu et par région

		Afrique subsaharienne ^a		Asie		Europe et Asie centrale		Moyen-Orient et Afrique du Nord						
Groupe de revenu	Sous-groupe	Afrique de l'Est et Afrique australe	Afrique de l'Ouest	Asie de l'Est et Pacifique	Asie du Sud	Europe de l'Est et Asie centrale	Reste de l'Europe	Moyen-Orient	Afrique du Nord	Amérique				
Faible revenu		Burundi Comores Ethiopie Kenya Lesotho Madagascar Malawi Mozambique Ouganda Rwanda Somalie Soudan Tanzanie Zaire Zambie Zimbabwe	Bénin Burkina Faso Gambie Ghana Guinée Guinée-Bissau Guinée équatoriale Libéria Mali Mauritanie Niger Nigéria Rép. centrafricaine São Tomé-et-Principe Sierra Leone Tchad Togo	Cambodge Chine Indonésie Myanmar RDP lao Iles Salomon Viet Nam	Afghanistan Bangladesh Bhoutan Inde Maldives Népal Pakistan Sri Lanka			Yémen, Rép. du	Egypte, Rép. arabe d'	Guyana Haïti Honduras Nicaragua				
	Tranche inférieure	Angola Djibouti Maurice Namibie Swaziland	Cameroun Cap-Vert Congo Côte d'Ivoire Sénégal	Corée, Rép. dém. de Fidji Kiribati Malaisie Iles Marshall Micronésie, Etats féd. de Mongolie Papouasie-Nouvelle-Guinée Philippines Samoa-Occidental Thaïlande Tonga Vanuatu		Albanie Arménie Azerbaïdjan Bulgarie Géorgie Kazakhstan Kirghizistan Moldova Ouzbékistan Pologne Roumanie Tadjikistan Tchécoslovaquie ^b Turkménistan Ukraine	Turquie	Iran, Rép. islamique d' Iraq Jordanie Liban Rép. arabe syrienne	Algérie Maroc Tunisie	Belize Bolivie Chili Colombie Costa Rica Cuba Dominique El Salvador Equateur Grenade Guatemala Jamaïque Panama Paraguay Pérou Rép. dominicaine Sainte-Lucie Saint-Vincent				
		Tranche supérieure	Afrique du Sud ^a Botswana Mayotte Réunion Seychelles	Gabon	Corée, Rép. de Guam Macao Nouvelle-Calédonie Samoa américaines		Bélarus Estonie Hongrie Lettonie Lituanie Fédération de Russie Yougoslavie ^c	Gibraltar Grèce Malte Ile de Man Portugal	Arabie saoudite Bahreïn Oman	Libye	Antigua-et-Barbuda Antilles néerlandaises Argentine Aruba Barbade Brésil Guadeloupe Guyane française Martinique Mexique Porto Rico Saint-Kitts-et-Nevis Suriname Trinité-et-Tobago Uruguay Venezuela			
			Nombre d'économies à faible revenu et à revenu intermédiaire :		162	26	23	25	8	22	6	9	5	38

Partie 1 (suite)

		Afrique subsaharienne ^a		Asie		Europe et Asie centrale		Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Groupe de revenu	Sous-groupe	Afrique de l'Est et Afrique australe	Afrique de l'Ouest	Asie de l'Est et Pacifique	Asie du Sud	Europe de l'Est et Asie centrale	Reste de l'Europe	Moyen-Orient	Afrique du Nord	Amérique	
Revenu élevé	Membres de l'OCDE :			Australie Japon Nouvelle-Zélande			Allemagne Andorre Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande France Irlande Islande Italie Luxembourg Norvège Pays-Bas Royaume-Uni Saint-Marin Suède Suisse			Canada Etats-Unis	
	Non membres de l'OCDE :			Brunéi Hong Kong Polynésie française Singapour AEA ^d			Iles Anglo-Normandes Chypre Iles Féroé Groenland	Emirats arabes unis Israël Koweït Qatar		Bahamas Bermudes Iles Vierges (EU)	
Nombre total d'économies :		201	26	23	33	8	22	28	13	5	43

a. Pour certaines analyses, l'Afrique du Sud n'est pas incluse dans l'Afrique subsaharienne.

b. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

d. Autres économies d'Asie — Taïwan, Chine.

Définitions des groupes

Ces tableaux indiquent le classement de toutes les économies membres de la Banque mondiale et de toutes les autres économies comptant plus de 30.000 habitants.

Groupe de revenu : Les économies sont divisées en fonction du PNB 1991 par habitant calculé selon la méthode de l'*Atlas de la Banque mondiale*. Les groupes sont les suivants : faible revenu (égal ou inférieur à 635 dollars); revenu intermédiaire, tranche

inférieure (compris entre 636 et 2.555 dollars); revenu intermédiaire, tranche supérieure (compris entre 2.556 et 7.910 dollars); revenu élevé (égal ou supérieur à 7.911 dollars).

Les estimations relatives aux républiques de l'ex-Union soviétique doivent être considérées comme très provisoires; leur classement est sujet à révision.

Partie 2 Classification des économies par principale catégorie d'exportation et degré d'endettement

Groupe	A faible revenu et à revenu intermédiaire								
	A faible revenu			A revenu intermédiaire			Non classées en fonction de leur endettement	A revenu élevé	
	Gravement endettées	Modérément endettées	Moins endettées	Gravement endettées	Modérément endettées	Moins endettées		Membres de l'OCDE	Non membres de l'OCDE
Exportateurs de produits manufacturés			Chine	Bulgarie Pologne	Hongrie	Corée, Rép. de Corée, Rép. dém. de Liban Macao Roumanie Tchéco-slovaquie ^a	Arménie Biélorus Estonie Géorgie Kirghizistan Lettonie Lituanie Moldova Ouzbékistan Fédération de Russie Ukraine	Allemagne Belgique Canada Finlande Irlande Italie Japon Luxembourg Suède Suisse	Hong Kong Israël Singapour AEA ^b
Exportateurs de produits primaires autres que les combustibles	Afghanistan Burundi Ethiopie Ghana Guinée-Bissau Guinée équatoriale Guyana Honduras Libéria Madagascar Mauritanie Myanmar Nicaragua Niger Ouganda São Tomé-et-Principe Somalie Tanzanie Viet Nam Zaïre Zambie	Guinée Malawi Rwanda Togo	Iles Salomon Tchad Zimbabwe	Albanie Argentine Bolivie Côte d'Ivoire Cuba Mongolie Pérou	Chili Costa Rica Guatemala Papouasie-Nouvelle-Guinée	Botswana Guadeloupe Guyane française Namibie Paraguay Réunion Saint-Vincent Suriname Swaziland	Samoa américaines	Islande Nouvelle-Zélande	Iles Féroé Groenland
Exportateurs de combustibles (principalement pétrole)	Nigéria			Algérie Angola Congo Iraq	Gabon Venezuela	Arabie saoudite Iran, Rép. islamique d' Libye Oman Trinité-et-Tobago	Turkménistan		Brunéi Emirats arabes unis Qatar
Exportateurs de services	Cambodge Egypte, Rép. arabe d' Soudan	Bénin Gambie Haïti Maldives Népal Yémen, Rép. du	Bhoutan Burkina Faso Lesotho	Jamaïque Jordanie Panama	Grèce Rép. dominicaine	Antigua-et-Barbuda Antilles néerlandaises Barbade Cap-Vert Djibouti El Salvador Fidji Grenade Kiribati Malte Martinique Saint-Kitts-et-Nevis Sainte-Lucie Samoa-Occidental Seychelles Tonga Vanuatu	Aruba	Royaume-Uni	Bahamas Bermudes Chypre Polynésie française

Partie 2 (suite)

Groupe	A faible revenu et à revenu intermédiaire							A revenu élevé	
	A faible revenu			A revenu intermédiaire			Non classées en fonction de leur endettement	Membres de l'OCDE	Non membres de l'OCDE
	Gravement endettées	Modérément endettées	Moins endettées	Gravement endettées	Modérément endettées	Moins endettées			
Exportateurs de biens diversifiés	Kenya Mali Mozambique RDI ^a laï Sierra Leone	Bangladesh Comores Inde Indonésie Pakistan Rép. centra- fricaine Sri Lanka		Brésil Equateur Maroc Mexique Rép. arabe syrienne	Cameroun Colombie Philippines Sénégal Tunisie Turquie Uruguay	Afrique du Sud Bahreïn Belize Dominique Malaisie Maurice Portugal Thaïlande Yougoslavie ^c	Azerbaïdjan Kazakhstan Tadjikistan	Australie Autriche Danemark Espagne Etats-Unis France Norvège Pays-Bas	Koweït
Non classés par catégorie d'exportation							Gibraltar Guam Ile de Man Iles Marshall Mayotte Micronésie, Etats féd. de Nouvelle- Calédonie Porto Rico		Andorre Iles Anglo- Normandes Saint-Marin Iles Vierges (EU)
Nombre d'éco- nomies : 201	30	17	7	21	16	47	24	21	18

a. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-Tchécoslovaquie.

b. Autres économies d'Asie — Taiwan, Chine.

c. En l'absence de données désagrégées, les chiffres indiqués ici se rapportent à l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

Définitions des groupes

Ces tableaux indiquent le classement de toutes les économies membres de la Bar que mondiale et de toutes les autres économies comptant plus de 20.000 habitants.

Principale catégorie d'exportation : Les principales exportations sont celles qui représentent au moins 50 % des exportations totales de biens et de services d'une catégorie pour la période 1987-89. Les catégories sont les suivantes : produits primaires autres que les combustibles (CTCI 0, 1, 2, 4, plus 68), combustibles (CTCI 3), produits manufacturés (CTCI 5 à 9, moins 68) et services (y compris les revenus des facteurs et les envois de fonds des travailleurs). Si aucune catégorie ne représente 50 % au moins des exportations totales, l'économie est classée dans la catégorie *Exportateurs diversifiés*.

Degré d'endettement : Les économies de ce tableau ont été classées en fonction de leur endettement moyen sur une période de trois ans (1989-91) établi à partir des définitions standards de la Banque mondiale concernant l'endettement grave ou modéré. Les économies gravement endettées sont celles pour lesquelles l'un ou l'autre de deux ratios clés dépasse le seuil critique : 80 % pour le ratio valeur actuelle du service de la dette/PNB ou 220 % pour le ratio valeur actuelle du service de la dette/exportations. Les

économies modérément endettées sont celles pour lesquelles l'un ou l'autre des deux ratios clés dépasse 60 % du seuil critique, mais reste inférieur à ce seuil. Pour les économies qui ne communiquent pas de statistiques détaillées sur la dette dans le cadre du Système de notification de la dette à la Banque mondiale, on ne peut pas calculer la valeur actuelle. Ces économies sont alors classées au moyen de la méthode suivante. Les économies gravement endettées sont celles pour lesquelles (sur la base d'une moyenne établie pour la période 1988-90) trois des quatre ratios clés dépassent le seuil critique : 50 % pour le ratio dette/PNB; 275 % pour le ratio dette/exportations; 30 % pour le ratio service de la dette/exportations; et 20 % pour le ratio intérêts/exportations. Les économies modérément endettées sont celles dans lesquelles trois des quatre ratios clés dépassent 60 % du seuil critique, mais restent inférieurs à ce seuil. Toutes les autres économies à faible revenu et à revenu intermédiaire sont classées dans la catégorie des économies moins endettées.

Les républiques de l'ex-Union soviétique et certaines petites économies pour lesquelles on ne dispose pas de données sur la dette ne sont pas classées en fonction de leur endettement.





Banque mondiale

Parce qu'un individu bien portant est économiquement plus productif et que le taux de croissance économique du pays y gagne, l'investissement de santé est un moyen, parmi d'autres, d'accélérer le développement. Plus encore, une bonne santé est un objectif en soi.

Au cours des 40 dernières années, l'espérance de vie a augmenté dans le monde en développement et la mortalité juvénile a diminué, parfois de manière spectaculaire. Mais les progrès accomplis ne sont qu'un aspect du tableau. Le tribut de maladies de l'enfance et de maladies tropicales payé à la nature demeure élevé, alors même que de nouveaux problèmes —dont le SIDA et les maladies de populations vieillissantes— font leur apparition. Et pour tous les pays se pose le problème d'arriver à maîtriser les dépenses de santé et à rendre les soins de santé accessibles à l'ensemble de la population.

Le seizième *Rapport sur le développement dans le monde*, qui paraît chaque année, examine les questions controversées qui se posent à propos des soins de santé et de la politique correspondante. Ses conclusions s'inspirent largement de travaux de recherche d'un type nouveau, dont le calcul de la charge de morbidité globale ainsi que du rapport coût-efficacité des interventions. Ces évaluations peuvent aider à fixer les priorités de dépenses de santé.

Le Rapport préconise, à l'intention des gouvernements des pays en développement et des pays anciennement socialistes, une stratégie en trois points :

- Favoriser la création d'un environnement économique qui donnera aux ménages la possibilité d'améliorer eux-mêmes leur état de santé. La poursuite de politiques de croissance économique qui assurent aux pauvres des gains de revenu est essentielle. Et il est essentiel aussi de faire davantage pour l'éducation, en particulier celle des filles.

- Rééquilibrer les dépenses publiques, trop tournées vers les soins spécialisés pour les orienter davantage vers des activités peu coûteuses, mais très efficaces, comme les vaccinations, la lutte contre les carences en micronutriments ainsi que le dépistage et le traitement des maladies infectieuses. En adoptant les programmes de mesures de santé publique et de soins cliniques essentiels décrits dans le Rapport, les pays en développement pourraient réduire de plus de 25 % leur charge de morbidité.

- Encourager la diversité et la concurrence dans l'offre de services de santé en décentralisant les services de l'Etat, en incitant à la concurrence dans la passation des marchés, en encourageant les organisations non gouvernementales et autres organisations privées à être plus présentes dans le secteur de la santé et en réglementant les marchés de l'assurance.

Ces réformes pourraient se traduire pour les populations du monde, et surtout pour le milliard et quelques de pauvres qu'il compte, par une vie plus longue, un meilleur état de santé et une productivité plus grande.

Comme dans les précédentes éditions, le Rapport comprend les Indicateurs du développement dans le monde, où l'on trouvera des données complètes et à jour sur le développement économique et social de plus de 200 pays et territoires. Les Indicateurs peuvent être aussi obtenus sur disquette utilisable sur ordinateurs individuels. Des annexes spéciales au Rapport fournissent des statistiques de santé et des estimations de la charge de morbidité globale.