

## SANTÉ, ÉDUCATION ET RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

*par*

**Christian Morrisson**

- Les pauvres sont les premiers bénéficiaires de la généralisation des services sociaux.
- Il faut satisfaire la demande de services des pauvres et non raisonner en termes d'offre.
- Les politiques doivent être jugées sur les résultats obtenus plutôt que sur les moyens mis en œuvre.
- Pour interrompre la reproduction de la pauvreté, les interventions doivent être cohérentes, à long terme et participatives.

# CAHIER DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE N° 19

## Santé, éducation et réduction de la pauvreté

*par*

**Christian Morrisson**



LES IDÉES EXPRIMÉES ET LES ARGUMENTS AVANCÉS  
DANS CETTE PUBLICATION SONT CEUX DE L'AUTEUR ET  
NE REFLÈTENT PAS NÉCESSAIREMENT CEUX DE L'OCDE  
OU DES GOUVERNEMENTS DE SES PAYS MEMBRES

# ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1<sup>er</sup> de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays Membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays Membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays Membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus Membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996), la Corée (12 décembre 1996) et la République slovaque (14 décembre 2000). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

*Le Centre de Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques a été créé par décision du Conseil de l'OCDE, en date du 23 octobre 1962, et regroupe vingt-trois des pays Membres de l'OCDE : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, la Finlande, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, la Suède, la Suisse, ainsi que l'Argentine et le Brésil depuis mars 1994, le Chili depuis novembre 1998 et l'Inde depuis février 2001. La Commission des Communautés européennes participe également à la Commission Consultative du Centre.*

*Il a pour objet de rassembler les connaissances et données d'expériences disponibles dans les pays Membres, tant en matière de développement économique qu'en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre de politiques économiques générales; d'adapter ces connaissances et ces données d'expériences aux besoins concrets des pays et régions en développement et de les mettre à la disposition des pays intéressés, par des moyens appropriés.*

*Le Centre occupe, au sein de l'OCDE, une situation particulière et autonome qui lui assure son indépendance scientifique dans l'exécution de ses tâches. Il bénéficie pleinement, néanmoins, de l'expérience et des connaissances déjà acquises par l'OCDE dans le domaine du développement.*

*Also available in English under the title:*

**Health, Education and Poverty Reduction**

© OCDE 2002

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, tél. (33-1) 44 07 47 70, fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, or CCC Online : [www.copyright.com](http://www.copyright.com). Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

## Table des matières

Remerciements .....	4
Introduction .....	5
Faits et interrogations .....	6
Recommandations .....	19
Bibliographie .....	36
Autres titres dans la série .....	37

## Liste des tableaux et des encadrés

Tableau 1 : La qualité des services d'éducation et de santé .....	7
Tableau 2 : Les effets de l'éducation des parents .....	9
Encadré : Les mesures de la pauvreté .....	35

## **Remerciements**

Le Centre de Développement exprime ses remerciements au gouvernement de la Suisse pour le soutien financier qu'il a apporté au projet « Développement des ressources humaines et lutte contre la pauvreté ».

## Introduction

Les pays membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE ont réaffirmé en avril 2001 leur engagement pour réduire la pauvreté sous toutes ses formes. Cet engagement fixe sept objectifs de développement international (*International Development Goals*) et accorde une place privilégiée à l'éducation et à la santé puisque les objectifs comprennent notamment : un enseignement primaire pour tous les enfants, une baisse de la mortalité infantile et maternelle, la transmission de la santé (*reproductive health*). L'un de ces objectifs, réduire la pauvreté extrême, reprend d'ailleurs un engagement pris dans une instance plus large, au sommet du Millénaire des Nations unies, qui vise à réduire de moitié, d'ici 2015, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté extrême. Le projet de recherche du Centre de Développement de l'OCDE sur le thème « Dépenses de santé, d'éducation et pauvreté » se situe donc au cœur des préoccupations exprimées par ces instances, tant par son sujet que par ses conclusions dont l'un, à savoir l'importance de la promotion féminine pour réduire la pauvreté, figure aussi parmi les sept objectifs du CAD.

Le Centre de Développement de l'OCDE a récemment achevé quatre études approfondies sur l'Indonésie, Madagascar, le Pérou et la Tanzanie et trois Documents techniques consacrés à l'enseignement primaire dans cinq pays africains francophones et à la malnutrition dans une vingtaine de pays d'Afrique subsaharienne. Ces travaux ont donné de nombreux résultats. On en fera ici une synthèse privilégiant trois points : les effets des dépenses, l'incidence des dépenses d'éducation et de santé pour les pauvres et le comportement des ménages pauvres. La seconde partie concerne les recommandations pour l'orientation des politiques que l'on peut dégager de ces résultats.

Les quatre points suivants résument les principaux résultats :

- les pauvres sont les bénéficiaires de la généralisation de l'accès à un service public, de l'émergence d'un secteur privé payant et de la mise en place de services à caractère auto-sélectif ;
- il ne faut pas offrir des services aux pauvres mais satisfaire leur demande de services ;
- il ne faut plus raisonner en termes de moyens mais juger sur les résultats ;
- pour interrompre le processus de reproduction de la pauvreté, il faut conjuguer un ensemble d'interventions à la fois cohérent, à long terme et en concertation avec tous les acteurs.

## Faits et interrogations

### **Les effets des dépenses d'éducation et de santé**

Les études sur les bénéfices des dépenses d'éducation et de santé pour les pauvres supposent habituellement que l'on a toujours pour une dépense donnée le même effet en termes de capital humain : une dépense correspondant à cinq années de scolarisation primaire assure l'acquisition des mêmes connaissances de base en lecture, écriture et calcul. Dans un second temps, on fait l'hypothèse que ce stock de connaissances permet d'occuper tel emploi salarié qui est par exemple deux fois mieux rémunéré que l'emploi réservé à un analphabète. On en déduit une relation simple et stable entre une dépense en faveur d'un enfant de ménage pauvre et ce revenu futur qui dépasse le seuil de pauvreté.

L'étude de l'enseignement primaire dans cinq pays (Burkina Faso, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Madagascar et Sénégal) remet en question ce schéma traditionnel. Une série d'enquêtes sur les connaissances acquises par les enfants à la fin du primaire (cours moyen 1<sup>ère</sup> année) en mathématiques et en français montre que les pourcentages d'élèves ayant au minimum 40 pour cent de réponses justes varient beaucoup d'un pays à l'autre, et sont sans rapport avec la dépense par élève. Or, dans un pays qui manque de main-d'œuvre qualifiée, le revenu d'un emploi progresse avec les connaissances acquises, mais non avec le nombre d'années d'école ou le coût total de ces années. Ces résultats remettent donc en question la relation admise entre dépense d'éducation et capacité de gain, et par suite entre dépense d'éducation et réduction de la pauvreté.

Le pourcentage d'élèves ayant au moins 40 pour cent de réponses correctes varie de 36 à 77 pour cent selon les pays et ces écarts ne sont pas liés aux dépenses d'éducation primaire. Les dépenses par élève et en pourcentage du PIB par habitant sont trois fois plus élevées au Sénégal qu'à Madagascar tandis que le pourcentage de réponses justes est de 36 pour cent au Sénégal contre 76 pour cent à Madagascar. On peut objecter qu'il faut deux fois plus d'années pour qu'un élève atteigne le CMI à Madagascar à cause de la fréquence des redoublements. Mais si l'on choisit un autre critère plus pertinent : le niveau national de connaissances de base (égal au taux national de scolarisation au CMI multiplié par le pourcentage de réponses justes), on observe un niveau trois fois plus élevé au Cameroun qu'au Sénégal alors que ces deux pays dépensent la même chose pour l'enseignement primaire en pourcentage du PIB.

Ces écarts entre pays prouvent qu'il n'existe pas de relation étroite entre dépenses par élève et connaissances acquises, et par suite capacités de gain. A l'intérieur de chaque pays, on observe également des écarts significatifs : l'analyse des performances des élèves en fonction des caractéristiques de l'école fait apparaître des divergences. Les performances s'améliorent si l'enseignant a bénéficié de stages, a plus d'expérience, est plus souvent inspecté ou si l'école dispose de davantage de manuels ; elles baissent si l'on pratique le double flux (un groupe d'élèves le matin, un autre l'après-midi). Compte tenu de la valeur des coefficients, si tous les facteurs jouent dans le même sens (positif ou négatif), les performances sont très différentes. Par ailleurs, les performances d'enfants scolarisés dans la même école varient selon le niveau de vie de la famille : elles s'améliorent avec le nombre de repas réguliers, la possession d'une radio ou d'une télévision, la disposition de livres. Cela signifie que plus les familles sont pauvres, plus leurs enfants sont désavantagés par rapport aux autres élèves.

Ainsi les performances et ensuite les capacités de gain varient amplement selon l'école et le revenu des parents, alors qu'on suppose habituellement que tous les enfants ont accumulé le même capital humain à la fin de leur scolarité. Les enfants de familles pauvres en ont accumulé moins à la fois parce que leurs parents sont pauvres, et parce qu'ils fréquentent probablement plus souvent des écoles moins pourvues en manuels ou surchargées (de telle sorte qu'on doit recourir au double flux qui réduit le nombre d'heures de cours). Cette supposition est confirmée par les résultats des études sur le Pérou et Madagascar (tableau I).

Tableau I. La qualité des services d'éducation et de santé

Pays	Indicateur de qualité	Origine des élèves
Pérou	Fréquence des équipements dans les écoles	
	-- primaires	-- rapport de 2 à 4/1 pour 5 <sup>o</sup> quintile/1 <sup>o</sup> quintile
	-- secondaires	-- rapport de 1, 2 à 2/1 pour 5 <sup>o</sup> quintile/1 <sup>o</sup> quintile
Madagascar	Pourcentage d'écoles primaires dont infrastructures satisfaisantes	-- 51% 5 <sup>o</sup> quintile -- 14% 1 <sup>o</sup> quintile
	Pourcentage de centres de santé dont qualité satisfaisante	-- 68% 5 <sup>o</sup> quintile -- 16% 1 <sup>o</sup> quintile
	Pourcentage de centres où médicaments disponibles toute l'année	-- rapport de 2/1 pour 4 <sup>o</sup> et 5 <sup>o</sup> quintiles/1 <sup>o</sup> et 2 <sup>o</sup> quintiles



Ces faits remettent en question les analyses en termes de moyens. Ils conduisent à préférer les données sur les résultats et à raisonner en termes micro-économiques plutôt que globaux. Au lieu de se référer à la dépense moyenne par élève dans un pays ou au nombre d'élèves inscrits dans la dernière classe du primaire, il faut connaître, à partir d'enquêtes sur des échantillons représentatifs, les pourcentages d'élèves ayant acquis les connaissances de base et l'origine sociale de ces élèves (répartition par exemple selon la consommation familiale par personne). C'est seulement à partir de telles statistiques que l'on peut mesurer l'impact futur de l'éducation primaire sur la pauvreté.

Nous ne disposons pas d'enquêtes comparables pour connaître les résultats des soins dispensés aux malades selon les centres de santé ou les hôpitaux. Mais nous savons que la dépense moyenne pour une consultation ou pour une journée d'hôpital est un indicateur biaisé parce que cette dépense est calculée par exemple en divisant le budget national des centres par le nombre de consultations. Or la qualité des soins varie d'un centre à l'autre et au détriment des pauvres (tableau 1).

Ainsi, pour la santé comme pour l'éducation, nous surestimons le bénéfice réel (connaissances acquises ou amélioration de l'état de santé) imputable à un élève ou à un malade d'une famille pauvre. Or les capacités futures de gain dépendent de ce bénéfice et non de la dépense moyenne nationale par élève ou par consultation.

Dès 1990, le *Rapport sur le développement dans le monde* de la Banque mondiale, consacré à la pauvreté, montrait, à partir de nombreux travaux des années 70 et 80, que l'acquisition de connaissances accroît aussi bien le salaire que la productivité du travail dans l'agriculture et dans le secteur informel. Les quatre études de ce projet confirment, avec des nuances, ce bilan. L'incidence de l'investissement éducatif sur les salaires dans le secteur formel est toujours significative : en Indonésie, les taux de rendement de l'enseignement primaire et secondaire dépassent 10 pour cent ; ils atteignent 8 à 9 pour cent en Tanzanie ; à Madagascar, l'enseignement primaire a un rendement de 10 pour cent pour les salariés des secteurs formel et informel. Mais pour l'agriculture, les gains associés au capital humain sont moins assurés. En Indonésie, des années supplémentaires d'éducation (9 ans au lieu de 5) permettent d'augmenter la production de 10 pour cent. Mais on ne discerne pas d'effet sur la productivité du travail agricole à Madagascar. Toutefois, l'éducation permet dans ce cas une réallocation du travail en dehors de l'exploitation, ce qui accroît le revenu total de la famille par l'ajout d'un revenu non-agricole au revenu constant de l'exploitation.

Le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1990 indique les effets d'une meilleure nutrition sur la productivité du travail agricole. Mais il n'apporte pas d'information sur les effets des soins. En revanche, plusieurs enquêtes réalisées à Madagascar et en Indonésie montrent que l'accès aux soins a un effet positif sur le

revenu. La première enquête concerne la capitale où l'on a estimé un indicateur composite d'invalidité à partir du diagnostic d'un médecin. Les personnes handicapées participent moins au marché du travail et elles gagnent moins quand elles ont une activité parce qu'elles travaillent plus souvent dans le secteur informel. Par ailleurs, d'après une enquête nationale à Madagascar, plus de la moitié des personnes malades au cours des deux dernières semaines ont dû cesser de travailler. En Indonésie, une enquête sur deux provinces montre que si le taux de consultation dans les centres de santé diminue, le salaire moyen des hommes baisse, ainsi que le taux d'activité des femmes. Les résultats de ces enquêtes concordent : tout individu qui ne peut se faire soigner alors que les médecins pourraient le guérir, subit une perte de revenu significative, voire très importante en cas d'inactivité. A long terme, les soins ont également une incidence sur les revenus : d'après les *Demographic and Health Surveys* (DHS) menées dans vingt pays africains, les enfants qui ont été vaccinés ou dont la mère a bénéficié d'une assistance médicale pendant la grossesse, sont en meilleure santé (taille plus grande). Or les performances scolaires (et ensuite les capacités de gain) sont liées à l'état de santé.

Ces estimations des gains procurés par l'acquisition de connaissances ou la guérison d'une maladie sont biaisées parce qu'elles ne prennent pas en compte des externalités positives croisées : l'éducation a un impact sur la santé et réciproquement, de telle sorte que l'effet final sur les gains est plus élevé que le seul effet direct. Les *Demographic and Health Surveys* montrent que, dans la plupart des vingt pays africains, l'éducation (ou l'information) de la mère a un effet favorable sur la santé de l'enfant. Les études sur Madagascar, la Tanzanie et le Pérou confirment ces effets de l'éducation des parents (tableau 2).

Tableau 2. Les effets de l'éducation des parents

Pays	Facteur	Effet pour l'enfant
20 pays africains	Mère sait lire	Taille supérieure (notamment si fille)
	Mère a accès aux médias	Taille supérieure
Tanzanie	Mère scolarisée	Scolarisation plus tôt
	Parents savent lire	Probabilité supérieure de scolarisation
Pérou	Mère : nombre années d'étude	Taille supérieure en fonction de ce nombre
Madagascar	Père : nombre années d'études	Probabilité consultation médicale dépend de ce nombre
	Suivi médical pendant grossesse (dépend nombre d'années d'étude de la mère)	Taille dépend du suivi médical

Inversement, l'état de santé entraîne des effets externes pour l'éducation : les performances scolaires dépendent en partie de la santé des enfants (Martorell et Habicht, 1986). Cet impact est confirmé par les enquêtes sur les performances scolaires dans cinq pays francophones. Dans une première phase, les performances des élèves s'améliorent s'ils sont mieux nourris (la variable 'nombre de repas' a un effet significatif sur ces performances). Ainsi se combinent des interactions positives (ou négatives) entre éducation et santé. Les enfants des personnes éduquées sont en meilleure santé ; cet avantage s'ajoute à des revenus familiaux plus élevés pour qu'ils obtiennent de meilleurs résultats à l'école et puissent ensuite avoir un salaire supérieur. Malheureusement les mêmes interactions jouent dans le sens opposé : lorsque les parents sont illettrés, les enfants sont en moins bonne santé, ils sont inscrits plus tard à l'école et la quittent plus tôt, ils obtiennent de moins bons résultats et ont donc des capacités de gain plus faibles. La pauvreté se transmet d'une génération à l'autre par ces interactions. Mais l'aspect positif des interactions, c'est que les bénéfices de l'éducation (ou de la santé) dépassent leur seul effet direct. Du coup, il n'est pas possible de considérer de manière isolée les effets de l'éducation ou de la santé : il faut prendre les deux en compte pour estimer l'incidence globale sur la pauvreté.

### ***L'incidence des dépenses sociales pour les pauvres***

Les estimations pour l'Indonésie, Madagascar et le Pérou confirment la hiérarchie habituelle révélée par les études antérieures : plus on s'élève dans l'ordre d'enseignement, moins les dépenses sont redistributives. Il en va de même pour la santé lorsque l'on passe des centres de santé dans les villages aux hôpitaux dans les villes. Ainsi, l'enseignement primaire est toujours « progressif » (ce terme signifie que la part des pauvres est égale ou supérieure à leur part dans la population) : la part des deux premiers quintiles (ou des trois premiers) est égale ou supérieure à 40 pour cent (à 60 pour cent). Ce résultat est possible même si le taux de scolarisation dans l'enseignement public est inférieur pour les ménages à bas revenus pour deux raisons : ces ménages ont plus d'enfants que les autres et les écoles privées accueillent davantage les enfants de familles riches. A l'opposé, la part des ménages à bas revenus dans le second cycle de l'enseignement secondaire ou dans le supérieur peut être comparable à leur part dans la consommation, voire plus faible, ce qui correspond dans le second cas à une incidence « régressive » (ce terme signifie que la part des pauvres est inférieure à leur part dans la consommation ou le revenu). On retrouve la même hiérarchie pour les services de santé. Ainsi en Indonésie, le bénéfice moyen pour les services de santé de base est le même quel que soit le revenu tandis que celui correspondant

aux soins à l'hôpital public est quatre fois plus élevé pour le cinquième quintile que pour le premier. Mais l'écart réel entre riches et pauvres est plus grand parce que les premiers recourent plus à l'hôpital privé que les pauvres.

Si l'on fait la somme de toutes les dépenses publiques d'éducation et de santé en Indonésie et à Madagascar, on constate que la part des deux (ou trois) premiers quintiles est inférieure à leur part dans la population, mais dépasse nettement leur part dans la consommation, ce qui signifie que l'incidence est « relativement progressive ». Les optimistes en concluront que ces dépenses publiques réduisent les inégalités. Mais les pessimistes feront cette juste critique : les ménages plus pauvres reçoivent moins, par personne, que les autres ménages. De plus, il faut rappeler que la qualité des services d'éducation et de santé auxquels les pauvres ont accès est inférieure à la moyenne, un biais qui n'est pas pris en compte par les estimations de coût moyen national pour chaque service. L'écart réel de bénéfice entre les pauvres et les autres personnes est donc plus grand que celui calculé d'après la somme des dépenses publiques d'éducation et de santé.

En outre, les études sur l'Indonésie et le Pérou estiment l'incidence marginale de ces dépenses (alors que l'on ne se souciait que de l'incidence moyenne jusqu'aux années 90), une information très utile pour les responsables politiques. En effet, il existe dans tous les pays de nombreux services d'éducation et de santé, même si une partie de la population en est exclue. Les choix des décideurs se font donc à la marge : de combien sera augmenté le budget de chaque service, qui bénéficiera de cette hausse ? Or les informations sur la répartition des services en une année (soit l'incidence moyenne) ne constituent pas à une référence valable pour prendre ces décisions car l'analyse de l'incidence marginale montre que les bénéficiaires de cette hausse ne sont pas les mêmes que les bénéficiaires des services dans le passé. Ainsi au Pérou, quatre enquêtes, de 1985 à 1997, permettent de comparer l'incidence de chaque dépense d'éducation et de santé. Pour tous les services, la part des 40 (ou 60 pour cent) les plus pauvres a augmenté entre 1985 et 1997. En Indonésie, il en va de même pour l'enseignement primaire et le 1er cycle de l'enseignement secondaire. Il y a eu de fortes hausses des taux de scolarisation entre 1978 et 1997 et les ménages classés dans les 40 pour cent les plus pauvres en ont été les principaux bénéficiaires. La distribution des services procurés par les hôpitaux n'a pas changé, mais les services des centres de santé de base ont bénéficié davantage à ces ménages.

Ces résultats confirment le bien-fondé de l'hypothèse de Lanjouw et Ravallion (1999). Ces auteurs pensent qu'il existe une relation positive entre taux de couverture et progressivité d'un service public. Lorsque ce service est offert en quantité limitée (seul un quart ou la moitié de la population en bénéficiant), ce sont

les ménages riches et à revenu intermédiaire qui y accèdent les premiers, mais rarement les pauvres. Par suite lorsque le taux de couverture s'élève de 50 pour cent à 80 ou 100 pour cent, ce sont les pauvres qui bénéficient le plus de cet effort budgétaire. Ainsi, la décision même d'accroître le budget d'un service modifie la distribution de ce budget entre les ménages, et toujours au bénéfice des ménages pauvres lorsque le taux de couverture est inférieur à 90/100 pour cent. Par exemple, faire passer le taux de scolarisation primaire de 60 à 90 pour cent bénéficie aux pauvres tandis que les ménages à revenu intermédiaire seront les premiers bénéficiaires des progrès de l'enseignement secondaire si le taux de scolarisation s'élève de 20 à 40 pour cent. Toutes ces analyses se réfèrent à la pauvreté relative (cf. encadré p. 35). Si un gouvernement veut cibler ses dépenses sociales en se référant à un seuil de pauvreté absolue, il peut utiliser soit une définition nationale, soit une définition internationale. A partir d'une étude de la malnutrition des enfants dans 19 pays d'Afrique subsaharienne (Morrisson et al., 2000), nous avons engagé une réflexion sur la portée de ces indicateurs de pauvreté absolue.

Cette étude est fondée sur des échantillons représentatifs d'enfants de moins de 5 ans dans ces pays. A partir des données anthropométriques collectées, on connaît les pourcentages d'enfants qui souffrent de malnutrition grave, c'est-à-dire dont la taille ou le poids sont inférieurs de plus de 2 écarts-type par rapport à la taille médiane dans les pays développés. Au lieu de 2.5 pour cent dans ces derniers pays, les pourcentages en Afrique atteignent 20 à 60 pour cent. Nous avons fait l'hypothèse suivante : ces pourcentages sont probablement liés aux pourcentages d'individus pauvres en termes absolus.

Nous avons fait cette hypothèse pour les raisons suivantes. Pour qu'un enfant grandisse normalement, il doit recevoir une nourriture équilibrée et être soigné en cas de maladie. A partir de l'âge de 8-12 mois, il a besoin de lipides et surtout de protides, car celles-ci sont indispensables pour la réaction immunitaire de l'organisme contre toute infection. Faute de protides, l'enfant est plus facilement infecté et l'infection dure plus longtemps. Or tant qu'il est malade, l'enfant ne grandit pas et ne prend pas de poids. Ensuite, il ne peut pas rattraper ce retard de croissance, même s'il n'est plus malade. D'autre part, dans tous les pays, même développés, les pathologies infantiles sont fréquentes, et en cas de maladie non soignée l'infection dure, ce qui entraîne de même un retard de croissance. Plus les familles sont pauvres, plus les facteurs responsables de ces pathologies sont nombreux (sol en terre battue, absence d'eau potable, de réfrigérateur, etc.). Tout laisse penser que

les familles classées en dessous du seuil de pauvreté absolue n'ont pas les moyens d'assurer une alimentation équilibrée (qui est plus coûteuse), des conditions correctes d'habitat, d'hygiène, ni de payer les soins et les médicaments. En revanche, les autres familles, même assez pauvres, peuvent faire ces dépenses prioritaires puisque c'est l'avenir des enfants et parfois leur vie qui sont en jeu.

Si l'on accepte cette hypothèse d'une relation entre malnutrition des enfants et pauvreté absolue parce que l'état de santé de l'enfant paraît aussi significatif du niveau de vie familial que la quantité de calories consommées par les individus (en se référant à un seuil défini par les besoins), on peut comparer les pourcentages d'enfants touchés par la malnutrition avec les pourcentages d'individus considérés comme pauvres en fonction d'un seuil national de pauvreté absolue, des seuils de 1 ou 2 dollars ou de la norme en calories fixée par la FAO (cf. encadré p. 35). Les résultats des tests sont clairs : les pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition sont corrélés avec les pourcentages de pauvres si l'on se réfère à un seuil national (les  $R^2$  atteignent 0.70). En revanche, la liaison avec la pauvreté estimée à partir des seuils de 1 ou 2 dollars est moins satisfaisante. Enfin la relation avec le taux de malnutrition d'après la FAO est très médiocre. Ce dernier résultat n'est pas surprenant en raison d'incohérences évidentes. D'après la FAO (1996), les taux de malnutrition pour l'ensemble de la population sont plus élevés au Cameroun et au Zimbabwe qu'à Madagascar et au Niger alors que les données anthropométriques procurées par les enquêtes indiquent des pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition deux fois plus élevés à Madagascar et au Niger, un écart en accord avec les autres estimations de la pauvreté dans ces pays. D'ailleurs la méthode d'estimation de la FAO a fait l'objet de sévères critiques comme celles de Svedberg (1998).

La comparaison entre les résultats obtenus avec les seuils de 1 ou 2 dollars de 1985 (après ajustement en termes de parité de pouvoir d'achat) ou un seuil national de pauvreté absolue montre que la méthode de la Banque mondiale conduit à sous-estimer le pourcentage de pauvres dans les pays à revenu intermédiaire. Par exemple, d'après nos données sur les enfants, le taux de malnutrition est deux fois plus élevé à Madagascar qu'en Côte d'Ivoire, tandis que la Banque mondiale (1998) indique ces pourcentages respectifs pour la population disposant de moins de 1 dollar : 72 et 17. Si la malnutrition grave des enfants est un indicateur assez significatif de pauvreté absolue, le chiffre de 17 pour cent sous-estime la pauvreté absolue en Côte d'Ivoire par rapport à celle à Madagascar, même s'il subsiste un écart considérable (de 1 à 2 au moins) entre les deux pays.

## **Offre et demande de services d'éducation et de santé**

Pour des raisons historiques, on a longtemps raisonné en termes d'offre pour l'accès des pauvres à ces services. Dans les pays d'Europe occidentale, comme aux États-Unis, l'enseignement primaire s'est développé au bénéfice des pauvres dès le 18<sup>ème</sup> siècle (le 17<sup>ème</sup> en Écosse et en Suède) avant les interventions de l'État (exception faite de la France où l'État a voulu évincer l'Église catholique qui avait engagé ce processus au 18<sup>ème</sup> siècle) pour des raisons religieuses et morales. Ensuite les États sont intervenus pour rendre l'enseignement primaire obligatoire et le financer, en totalité ou en partie. Auparavant, les Églises et les communautés villageoises prenaient en charge l'enseignement. Parfois il existait d'autres écoles, comme en Prusse, qui étaient payantes, mais elles étaient réservées aux enfants des classes moyennes ou supérieures. A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, dans tous ces pays comme au Japon, l'État (seul ou en association) assure gratuitement un enseignement primaire qui est obligatoire. Les États des pays en développement ont suivi ce modèle à partir des années 1950-60, mais souvent sans avoir les moyens d'étendre l'enseignement à tous les enfants. Dans ce cas, c'était surtout les enfants des familles pauvres en zone rurale qui n'avaient pas accès à l'école. Face à cette carence de l'État, on a continué à raisonner en termes d'offre, en fixant aux gouvernements comme objectif un taux de scolarisation de 100 pour cent. On raisonnait par suite comme dans une économie planifiée en calculant les moyens humains et financiers requis pour accroître l'offre sans se soucier de dépenser mieux, plus efficacement ni d'ajuster l'offre d'éducation aux souhaits des familles. Plus précisément, étant donné le consensus sur la nécessité impérieuse de scolariser tous les enfants jusqu'à 14 ans, la notion de demande d'éducation n'avait, apparemment, aucun sens.

Notons toutefois qu'au 19<sup>ème</sup> siècle la demande des familles, ou les besoins de qualifications professionnelles, étaient parfois pris en compte par les Églises ou les États qui contrôlaient l'enseignement primaire. Par exemple, en Prusse, une formation professionnelle était donnée aux élèves dans les écoles élémentaires fréquentées par les classes populaires, pour que ces enfants puissent à la fois gagner leur vie et rester dans leur classe d'origine (alors que les écoles payantes ne donnaient pas ce genre de formation).

On ne s'est soucié de prendre en compte la demande des familles que depuis les années 1980 à cause des politiques d'ajustement. D'une part, après la baisse des effectifs dans les écoles primaires en zone rurale dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et au Maroc, on a compris qu'il ne suffisait pas d'offrir un service pour qu'il soit demandé. En raison de la chute de l'emploi dans le secteur moderne, notamment dans l'administration, des parents refusaient d'envoyer leurs enfants à une école qui ne donnait plus aucune chance d'obtenir un emploi dans ce secteur.

D'autre part, à cause de graves déficits budgétaires, plusieurs programmes d'ajustement recommandaient une redevance (ou son augmentation) pour avoir accès à l'enseignement ou aux soins. Or il est impossible d'appliquer une telle mesure sans tenir compte de la réaction des ménages. Si l'élasticité-prix de la demande est négative et d'autant plus élevée que les ménages sont plus pauvres, cette mesure entraîne une baisse de la demande totale et une distribution plus inégalitaire des services sociaux puisque les plus pauvres y renoncent.

Il est donc heureux que les études sur l'Indonésie, Madagascar et la Tanzanie analysent les réactions des ménages. A Madagascar, la demande pour l'enseignement primaire est très sensible à son coût (droits d'écolage, livres, transport) pour les ménages pauvres tandis qu'elle est inélastique pour les 20 pour cent les plus riches. L'élasticité de la demande par rapport à la qualité de l'enseignement est également élevée, notamment pour les ménages pauvres. Pour l'enseignement secondaire, on dispose d'un seul élément de coût, le transport, qui révèle aussi une élasticité élevée. Pour les services de santé, on a pris en compte les coûts directs (prix de la consultation, transport) et indirects (perte de revenu due au temps de transport).

Qu'il s'agisse des centres de santé de base ou de l'hôpital, l'élasticité-prix de la demande de consultation est toujours élevée et elle l'est plus pour les ménages pauvres que pour les autres. Par exemple si le prix de la consultation dans un centre de santé de base passe de 0.5 dollar à 1 dollar, la probabilité de consulter diminue de moitié pour les plus pauvres au lieu d'une légère baisse pour les plus riches. Les réactions sont identiques s'il s'agit du secteur privé. Les comportements en matière de soins sont les mêmes en Tanzanie : l'élasticité-prix de la demande est élevée pour les hôpitaux comme pour les centres de santé, qu'ils soient publics ou privés. Les ménages passent d'un secteur à l'autre si le secteur public relève ses prix. Enfin, toute amélioration de la qualité des soins suscite une augmentation de la demande. En Indonésie, une étude sur les services de santé dans deux provinces met en évidence l'élasticité de la demande par rapport au prix de la consultation (une élasticité plus élevée pour l'hôpital que pour les centres de santé) et cette élasticité est plus grande pour les ménages pauvres (à même hausse de prix, leur taux de fréquentation baisserait deux fois plus que celui des autres ménages).

Ainsi, ces analyses concordent : la demande des ménages est sensible au prix (d'une manière négative) comme à la qualité (d'une manière positive) pour l'éducation comme pour les services de santé, qu'il s'agisse de public ou du privé, et c'est toujours la demande des ménages pauvres qui réagit le plus. La hausse du prix (ou la baisse de la qualité) comprime beaucoup plus la demande des pauvres que celle des autres ménages. Il ne suffit pas d'offrir un service aux pauvres pour qu'ils le demandent et l'imposition d'une redevance n'est pas compatible avec une réduction des inégalités, si les pauvres n'en sont pas dispensés. Même en l'absence



de redevance, il existe des coûts pour ces services (achat de livres, de médicaments, transport) et le moyen le plus efficace pour accroître la demande des ménages pauvres est de réduire ces coûts (gratuité pour les livres scolaires, les médicaments, implantation rapprochée des services de santé, etc.).

Ces analyses montrent qu'une approche en termes d'offre dans les pays en développement, comme celle qui a prévalu depuis les années 50, est inadaptée aux pauvres. Il ne faut pas fonder une offre de services donnés sur une notion abstraite et générale d'un droit identique pour tous à l'éducation et à la santé. Mais il faut déterminer cette offre en fonction des besoins spécifiques et des comportements des ménages pauvres. Par exemple les besoins de formation peuvent être différents en zone rurale de ceux en zone urbaine. D'autre part, même lorsque l'enseignement ou les consultations sont gratuites, les ménages prennent en charge une partie des coûts (y compris le manque à gagner du revenu procuré par le travail des enfants) ; ces coûts sont négligeables pour les ménages à hauts revenus, mais importants pour les ménages pauvres. Il faut donc raisonner en termes d'offre et de demande (avec des fonctions de demande différentes selon les groupes) pour adapter aux pauvres les services d'éducation et de santé, même si l'offre se situe en dehors des mécanismes de marché à cause de la gratuité.

### **Interrogations**

Au lieu de conclure sur des affirmations, nous préférons ouvrir un débat par ces interrogations.

— *Pouvons-nous nous satisfaire d'indicateurs de moyens ?*

Dans les plans nationaux de développement social comme dans les annuaires ou rapports publiés par les organisations internationales, on a accordé de plus en plus d'importance à des indicateurs de *moyens*, comme les dépenses d'éducation, de santé en pourcentage du PIB, par élève ou par habitant, les effectifs scolarisés, les taux de scolarisation pour le primaire, le secondaire, les effectifs d'enseignants, d'infirmières, de médecins, le nombre de lits d'hôpital, etc. Ces statistiques nationales s'inscrivent dans une logique d'offre et font partie des objectifs de tout plan de développement social. Il est évident qu'elles sont indispensables et parfois très significatives. Nous avons vu que le passage de 60 à 90 pour cent pour le taux de scolarisation dans le primaire signifie que la majorité des enfants de familles pauvres ont accès à un enseignement dont ils étaient exclus auparavant.

Mais ces statistiques ne suffisent pas. La nécessité de les compléter par des indicateurs de *résultats* fait désormais l'objet d'un consensus. Comment peut-on se satisfaire d'un indicateur comme les dépenses d'éducation primaire en pourcentage du PIB alors que, à même effort, le pourcentage d'enfants ayant acquis un minimum de connaissances de base est trois fois plus élevé au Cameroun qu'au Sénégal ? De plus, il faut disposer d'indicateurs désagrégés car nous avons constaté que la qualité des services d'éducation et de santé varie beaucoup et que les pauvres ont souvent accès aux services de qualité inférieure. Les indicateurs les plus pertinents pour lutter contre la pauvreté sont les indicateurs de *résultats* par groupe, par exemple le pourcentage d'enfants ayant le minimum de connaissances de base à 11 ans selon que leurs parents sont classés dans les quintiles inférieurs (1, 2 et 3), intermédiaire (4) ou supérieur (5). De plus, à même qualité de service, les résultats peuvent varier. Des enfants scolarisés dans les mêmes classes peuvent avoir acquis des connaissances en langue différentes si la langue enseignée, d'origine étrangère, est parlée seulement par les ménages classés dans le quintile supérieur. Dans ce cas, un indicateur de moyens peut induire en erreur puisque le taux de scolarisation pour les enfants pauvres est le même que pour les autres. Certes, nous disposons d'indicateurs de résultats comme les données anthropométriques pour les enfants de moins de 5 ans, les taux de mortalité infantile, avant 5 ans, ou le pourcentage d'adultes sachant lire. Mais d'autres indicateurs de résultats sont rarement disponibles (comme les connaissances des enfants à la fin du primaire, du 1<sup>er</sup> cycle du secondaire...) et les indicateurs ne sont pas désagrégés selon le groupe de revenu ou l'activité professionnelle du père. Or, pour que les services d'éducation et de santé soient mieux ciblés afin de lutter plus efficacement contre la pauvreté, il faut mesurer les connaissances générales, les qualifications, l'état de santé des enfants et des adultes classés dans les 40 ou 60 pour cent les plus pauvres.

— *Pouvons-nous combiner des indicateurs de moyens et de résultats ?*

Des organisations comme le PNUD proposent des indicateurs de développement humain et de pauvreté qui sont des combinaisons d'indicateurs, les uns de moyens, les autres de résultats. L'indicateur de développement humain du PNUD comprend (outre le revenu par habitant et l'espérance de vie) le taux d'alphabétisation (*résultat*) et les taux de scolarisation dans les enseignements primaire et secondaire (*moyens*). L'indicateur de pauvreté combine accès aux services de santé (*moyen*) et pourcentage de personnes qui décèdent avant 40 ans (*résultat*).

Étant donné les discordances qu'on observe entre indicateurs de moyens et résultats (pour l'enseignement primaire dans cinq pays africains francophones, pour la consommation de calories (FAO) et la malnutrition des enfants dans dix-neuf pays africains), il serait peut-être préférable d'associer seulement des indicateurs de moyens ou de résultats. On pourrait par exemple combiner le pourcentage de personnes qui décèdent avant 40 ans avec d'autres indicateurs de résultats comme le taux de mortalité avant 5 ans ou la taille des enfants de 5 ans. On obtiendrait ainsi un indicateur cohérent pour l'état de santé de la population.

— *Peut-on combiner indicateurs d'éducation et indicateurs de santé ?*

L'indicateur de pauvreté du PNUD procède ainsi en tenant compte d'indicateurs de santé et du pourcentage d'adultes illettrés. Cette combinaison peut se justifier à plusieurs titres. Il existe un consensus sur ce double handicap (absence de formation et mauvaise santé) dont souffrent la majorité des pauvres, qui est à la fois signe et cause de pauvreté. Nous avons montré l'importance des effets externes : chaque handicap aggrave l'autre, de telle sorte que la résultante des deux dépasse la somme des effets directs de chacun. Ces externalités contribuent à maintenir les pauvres dans une trappe de pauvreté.

Mais un indicateur composite de ce genre risque d'induire en erreur si on l'utilise pour classer les pays. On peut par exemple obtenir la même valeur pour deux pays, l'un d'Asie du Sud où le handicap de santé est très grave et l'autre d'Afrique caractérisé par un pourcentage élevé d'adultes illettrés. Il est clair que les politiques de réduction de la pauvreté à engager sont très différentes d'un pays à l'autre puisque la forme principale de pauvreté n'est pas la même. Ce genre d'indicateur doit être utilisé avec prudence lorsque l'on met au point des mesures de lutte contre la pauvreté.

— *Peut-on utiliser des critères de pauvreté relative ?*

Nous disposons de nombreuses études sur l'incidence des dépenses d'éducation et de santé, en se référant aux ménages classés en fonction du revenu et donc à la pauvreté relative (cf. encadré p. 35). A mesure que le PIB/habitant augmente, on pourrait considérer comme pauvres les individus classés dans les quintiles 1, 2 et 3, puis 1 et 2, enfin 1. Madagascar avec un PIB/habitant de 250 dollars en 1996 et un pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition grave proche de 60 pour cent illustre le premier cas et la Tunisie (avec un PIB/habitant de 2000 dollars et un pourcentage de 9 pour cent) le troisième. Mais aucune règle ne s'impose pour déterminer le seuil de PIB/habitant à partir duquel la pauvreté

relative ne concerne que tel pourcentage de la population. On peut seulement justifier cette relation en soulignant qu'un pourcentage fixe n'a aucun sens : on ne peut pas considérer comme pauvres dans tous les pays les individus classés dans le premier quintile, qu'il s'agisse de Madagascar ou d'un pays d'Europe occidentale dont le PIB/habitant est 100 fois plus élevé (ou 30 fois en termes de parité de pouvoir d'achat). Si l'on se réfère à des indicateurs de santé comme le taux de décès avant 40 ans ou le pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition grave, on constate que, sauf exception, les valeurs sont proches de celles des pays développés dès lors que le PIB/habitant dépasse 5000 dollars. Considérer comme pauvres les trois premiers quintiles dans les pays à faible PIB/habitant paraît raisonnable puisque le pourcentage d'adultes illettrés atteint 50 pour cent (moyenne d'après le *Rapport sur le développement humain* de 1998 du PNUD pour les pays les moins développés) et celui d'enfants souffrant de malnutrition grave 30 à 60 pour cent.

— *Peut-on substituer un critère de pauvreté absolue à cette approche en termes de pauvreté relative ?*

D'après notre analyse sur la malnutrition dans une vingtaine de pays africains, il faut utiliser à la fois un seuil fixe de 1 ou 2 dollars par jour et un seuil national de pauvreté absolue (en prenant soit l'estimation nationale, soit la valeur calculée d'après la relation entre le seuil national de pauvreté et le PIB/habitant pour un ensemble régional de pays). Cette référence à un seuil national conduit à des pourcentages plus élevés de pauvres dans les pays à revenu intermédiaire, mais ces pourcentages sont plus proches d'autres indicateurs comme le taux de malnutrition des enfants. En comparant les pourcentages de pauvres selon ces deux seuils (national ou fixe) avec des indicateurs de santé (malnutrition des enfants, taux de mortalité des enfants, pourcentage de décès avant 40 ans, etc.), on pourrait apprécier la pertinence de chaque seuil et améliorer notre information sur les pauvres en conjuguant ainsi un ensemble cohérent d'indicateurs.

## **Recommandations**

Nous proposons trois objectifs aux responsables des politiques de réduction de la pauvreté : équité, efficacité et cohérence.

### ***Les mesures en faveur de l'équité***

En principe, toute mesure en faveur des pauvres paraît conforme à l'équité, mais une mesure équitable peut ne pas bénéficier aux pauvres. Dans un pays à revenu intermédiaire, les ménages classés dans le quatrième décile sont au-dessus

du seuil de pauvreté mais leurs enfants risquent de ne pas pouvoir accéder à l'enseignement secondaire. La gratuité des manuels et des bourses pour ces enfants est une mesure équitable. Inversement, on peut imaginer dans un pays à faible revenu une mesure équitable de lutte contre la pauvreté, comme la gratuité des soins dans les centres de santé pour les pauvres. Mais si ces centres sont beaucoup plus nombreux en ville qu'à la campagne, elle bénéficiera peu aux plus pauvres qui vivent dans les villages. Cet exemple pose une question : la lutte contre la pauvreté doit-elle bénéficier en priorité aux plus pauvres ou aux pauvres qui sont proches du seuil de pauvreté ? Si l'on choisit comme critère le pourcentage de pauvres, la gratuité va diminuer ce pourcentage dans une large proportion, mais si l'on retient comme critère l'intensité de la pauvreté (qui dépend de la somme des écarts entre le revenu de chaque pauvre et le seuil de pauvreté), l'effet sur la pauvreté sera faible.

Si l'on veut réduire la pauvreté absolue, il est souhaitable de ne pas utiliser seulement un seuil de 1 ou 2 dollars par jour mais de recourir aussi à un seuil national de pauvreté absolue. Il est nécessaire de le confronter aux seuils calculés dans les pays voisins (en tenant compte des écarts de revenu moyen) pour cadrer l'estimation nationale et vérifier sa pertinence. Ensuite, il faudrait disposer périodiquement (par exemple tous les cinq ans) d'enquêtes, à partir d'un échantillon représentatif d'enfants et d'adultes, sur la santé, sur les taux de mortalité infantile et des jeunes enfants, pour vérifier les correspondances entre pauvreté (avec un seuil de pauvreté qui se réfère à la consommation alimentaire) et état de santé. Ces informations guideraient efficacement une politique de santé au sens large (y compris des aides alimentaires à certaines personnes, comme les femmes enceintes ou les jeunes enfants). Elles ne suffisent pas pour orienter la politique d'éducation : des enfants en bonne santé peuvent ne pas être scolarisés et d'autres sous-alimentés peuvent être scolarisés. Toutefois, on peut ajouter des questions dans ces enquêtes pour connaître la scolarisation des enfants et l'alphabétisation des adultes et engager ensuite les actions nécessaires. L'intérêt de ces informations est de pouvoir concentrer toutes les interventions sur un groupe précis. L'expérience de centres de santé maternelle et infantile où ces informations sont collectées a montré qu'on peut obtenir rapidement des baisses importantes du taux de malnutrition (adultes et enfants), de la mortalité infantile ou des enfants. Certes l'état de santé ne dépend pas seulement de la consommation de calories. On a montré que les infrastructures (accès à l'eau potable par exemple) ont aussi une incidence sur la santé et il est souhaitable de compléter les données sur la pauvreté d'après les consommations alimentaires par des statistiques sur l'accès à ces infrastructures.

L'autre stratégie consiste à viser tous les ménages pauvres en termes relatifs, par exemple les 60 pour cent les plus pauvres dans les pays à faible revenu (moins de 500 dollars) ou les 20 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire (de 2000 à 4000 dollars). Ces chiffres sont seulement des ordres de grandeur et peuvent être critiqués. Mais cette stratégie suit un principe simple : il faut augmenter les dépenses d'éducation et de santé en faveur de ces 60 (ou 40 ou 20) pour cent les plus pauvres, ce qui correspond à des politiques plus redistributives, c'est-à-dire qui augmentent la progressivité de ces dépenses. Si celles-ci sont réparties comme la consommation (soit « neutres »), il faut accroître la part des premiers déciles pour qu'elles deviennent « relativement progressives » (la part des pauvres s'accroît, mais reste inférieure à leur part dans la population) ou, ce qui est préférable, « progressives » (la part des 20 ou 40 pour cent pauvres dépasse 20 ou 40 pour cent des dépenses totales) : toute mesure qui accroît la progressivité réduit les inégalités de niveaux de vie entre les ménages (si l'on inclut la valeur estimée d'après le coût de ces services dans le revenu des ménages). On peut appliquer cette politique redistributive dès lors qu'il existe une enquête sur les budgets des ménages permettant de les classer. Cette politique peut bénéficier à des personnes situées au-dessus du seuil de pauvreté absolue ou en négliger d'autres qui sont en-dessous de ce seuil. Toutefois ce risque d'erreur devient marginal si les mesures contre la pauvreté sont classées selon le rang des bénéficiaires dans la distribution des revenus (on accorde la priorité à une mesure en faveur du premier décile par rapport à celle qui bénéficie au deuxième décile et de même pour le deuxième décile aux dépens du troisième, etc.).

Comme la progressivité des dépenses d'éducation et de santé décroît à mesure qu'on s'élève de l'école primaire à l'université, du centre de santé d'un village à l'hôpital bien équipé de la capitale, il est clair que la première mesure à prendre pour accroître la progressivité est de restructurer les budgets au bénéfice de l'enseignement primaire et des centres de santé de base. C'est d'ailleurs cette priorité absolue de l'éducation de base qui a fait l'objet d'un consensus à la conférence de Jomtien en 1990. Cette liaison entre progressivité et type de dépense est connue depuis une vingtaine d'années et on peut s'étonner que beaucoup de pays n'aient pas réalisé cette restructuration. Celle-ci est d'autant plus nécessaire qu'il existe dans certains pays des déséquilibres importants au bénéfice par exemple de l'enseignement supérieur et aux dépens de l'enseignement primaire. La part de l'un dans le budget est beaucoup plus élevée que dans les pays d'Europe occidentale il y a un siècle, et la part du second est beaucoup plus faible. Mais cette restructuration est bloquée par des facteurs politiques : les familles qui bénéficient d'un enseignement supérieur gratuit (celles à revenu moyen ou supérieur) ont beaucoup plus de poids auprès des gouvernements que les ruraux

dont les enfants ne sont pas scolarisés dans l'enseignement (ou le sont dans de mauvaises conditions). Ces familles font pression pour accroître le budget de l'enseignement supérieur afin que les effectifs augmentent (toute sélection étant exclue) et que la qualité soit améliorée.

Comme les études récentes des années 90 sur l'incidence marginale des dépenses mettent en évidence une relation positive entre taux de couverture d'un service et progressivité, il faut accorder une attention particulière aux services dont le taux de couverture atteint 50 à 70 pour cent. Dans ce cas, toute hausse du taux de couverture amenée par la hausse du budget bénéficiera certainement aux pauvres. Cette recommandation est valable au premier chef pour les pays où les taux de scolarisation dans l'enseignement primaire varient entre 50 et 70 pour cent. Pour qu'une telle politique réussisse, il faut toutefois respecter deux conditions : l'État doit en avoir les moyens et il doit tenir compte du comportement des familles.

Certains pays à très faible revenu risquent d'échouer s'ils veulent rendre sur-le-champ l'enseignement primaire obligatoire, comme Madagascar en a fait l'expérience. Lorsque l'État n'a pas les moyens de financer cette mesure, il ne suffit pas de décréter l'enseignement obligatoire. Faute de moyens, la qualité de l'enseignement se dégrade tellement que le pourcentage d'enfants ayant acquis les connaissances de base à 11 ans augmente très peu malgré une hausse rapide du taux de scolarisation. Pour éviter cette erreur, il faut que la progression des effectifs suive celle du budget, voire soit plus lente car une scolarisation de qualité en zone rurale est plus coûteuse qu'en ville. Cette stratégie remet en question non l'objectif final d'un taux de 100 pour cent, mais le calendrier des ouvertures d'écoles.

Il faut aussi tenir compte de la demande d'éducation primaire, en sachant que l'offre ne crée pas nécessairement la demande. Dans les pays les plus pauvres, il arrive que les parents refusent d'envoyer leurs enfants, notamment leurs filles, à l'école — ou leur font abandonner la classe dès qu'ils ont 8/9 ans. C'est souvent le cas en zone rurale où les enfants participent aux travaux domestiques. On a appliqué récemment des programmes d'aide alimentaire sous condition de présence à l'école ; ceux-ci représentent une solution efficace et l'aide sous cette forme bénéficie aussi aux enfants, ce qui n'est pas assuré par une aide financière.

Étant donné le manque de moyens administratifs dans les pays les moins développés, les difficultés pour cibler les interventions, et les possibilités de fraude ou de détournement, les services à caractère auto-sélectif présentent beaucoup d'intérêt, comme l'ont montré nos études de cas, pour accroître l'effet redistributif des dépenses d'éducation et de santé. Il s'agit de services offerts à tous, mais que

seuls les pauvres vont demander parce que les autres ménages n'en ont pas besoin. Par exemple, une campagne d'alphabétisation ne bénéficie qu'aux personnes classées dans les déciles inférieurs parce que les autres personnes savent lire. De même, une campagne de vaccinations ne concerne que ces personnes parce que les autres savent qu'elles doivent se faire vacciner et peuvent payer.

Pour paradoxale qu'elle puisse paraître, l'idée d'utiliser le secteur privé pour accroître la progressivité des dépenses publiques mérite l'attention. En effet, qu'une école secondaire ou un centre de soins privés ne reçoivent aucune subvention ou une subvention nettement inférieure au coût du service pour l'État, les effets seront toujours les mêmes : par un processus d'auto-sélection, seuls les ménages des déciles supérieurs s'adresseront au secteur privé. Or nous savons que tous ces ménages bénéficiaient antérieurement de services publics (ils sont toujours les premiers à utiliser un nouveau service). Par suite, le développement d'une médecine et d'un enseignement privés entraîne une baisse de la part des services publics bénéficiant aux ménages à niveau supérieur, par exemple aux 20 pour cent les plus riches. Cette baisse accroît la progressivité des dépenses publiques. Il est plus facile de recourir au secteur privé que d'introduire dans les services publics une redevance qu'on demanderait seulement aux ménages à revenu supérieur. En outre, le secteur privé diversifie l'offre : les personnes pour lesquelles le temps a un coût d'opportunité élevé préfèrent payer une consultation cinq fois plus cher dans le secteur privé que de perdre plusieurs heures en attente dans le public. Enfin, en ville, le secteur privé permettrait à l'État d'accroître l'efficacité du secteur public en introduisant la concurrence.

Les analyses traditionnelles sur l'incidence des dépenses d'éducation et de santé afin d'évaluer leur progressivité reposaient sur un postulat : l'homogénéité des services. Or les études sur quatre pays montrent que c'est une illusion. L'encadrement scolaire ou médical est plus médiocre dans les villages que dans les villes ; les écoles ou les centres de santé y sont moins bien équipés. En ville même, la qualité du personnel et les équipements sont moins satisfaisants dans les quartiers pauvres que dans les autres quartiers. Cette forme cachée d'inégalité est d'autant plus grave qu'elle décourage les ménages pauvres. Les analyses de la demande montrent que les pauvres sont sensibles à la qualité d'un service : plus un centre de santé fonctionne mal, moins ils le fréquentent. En améliorant la qualité de ces services, on accroît donc le taux de couverture et la progressivité des dépenses sociales.

Pour améliorer cette qualité, il faut accroître les moyens des écoles et des centres de santé dans les villages et dans les quartiers pauvres des villes. Il faut plus de ressources budgétaires pour acheter les équipements, ainsi que pour attirer et



maintenir des instituteurs, des infirmiers, des médecins dans ces écoles et ces centres. Il est évident qu'on ne peut pas recruter du personnel qualifié à un salaire inférieur à celui pratiqué en ville. A même salaire que dans les autres postes, le recrutement de ce personnel fait déjà problème car un instituteur ou un médecin préfèrent la ville à un village pauvre et isolé. Il est donc impossible d'offrir des services de qualité satisfaisante aux pauvres sans accepter des coûts unitaires égaux, voire supérieurs, à la moyenne. Envisager des coûts supérieurs en zone rurale est une idée nouvelle qui peut surprendre mais si l'on veut améliorer la qualité des services dans ces villages, il faut en payer le prix.

Pour une gestion plus efficace des services d'enseignement et de santé (cf. *infra*), on recommande à juste titre des mesures de décentralisation de ces services, un contrôle par les autorités locales. Ces réformes conformes à la démocratie sont souhaitables, mais il faut éviter que le financement local n'entraîne des inégalités entre les communes ou les régions. Dans certains pays d'Amérique latine par exemple, les dépenses par élève du primaire varient de 1 à 5 selon la commune, ce qui entraîne des différences très importantes de qualité de l'enseignement, aux dépens des pauvres.

Faute de moyens pour améliorer la qualité des services, on pourrait faire payer en partie les services de qualité satisfaisante. On rétablirait sur-le-champ l'égalité entre les ménages puisque la redevance compenserait la différence de qualité et l'État se procurerait des ressources supplémentaires pour les écoles et les centres de soins défavorisés. Par exemple la consultation dans les centres de santé ruraux serait gratuite tandis que celle en ville coûterait un dollar. Cette nouvelle mesure n'entraînerait pas d'effet pervers car les familles urbaines n'iront pas se faire soigner dans les villages. Mais une mesure de ce genre n'est pas très bien ciblée, puisque les pauvres en ville devront aussi payer leur consultation.

De fait, la gratuité de ces services a été remise en question par les crises financières des années 80. Pour réduire des déficits budgétaires insupportables, des programmes de stabilisation ont proposé le paiement, partiel, de certains services. Les analyses de la demande en fonction du revenu du ménage montrent les risques de cette politique. La demande des ménages est sensible au prix du service et elle l'est d'autant plus que le ménage est plus pauvre. Par suite, toute redevance à taux unique exclut une partie des pauvres. Comme la demande des ménages à revenu supérieur est inélastique, ces ménages continuent à bénéficier de services en majeure partie subventionnés par l'État. Le taux de couverture et la progressivité diminuent, aux dépens des pauvres qui consultent moins dans les centres de soins et dont les enfants abandonnent l'école, ce qui aggrave leurs handicaps. Ainsi l'introduction d'une redevance est incompatible avec la lutte contre la pauvreté, à

moins de la demander seulement aux ménages à revenus supérieurs (les 20 pour cent les plus riches ou, dans les pays à revenu intermédiaire, soit un PIB/habitant supérieur à 2000 dollars, les 40 pour cent les plus riches). Il faut souligner, dans ce cas, les difficultés pour appliquer la mesure. Dans les pays pauvres, comme en Afrique subsaharienne, l'impôt sur le revenu soit n'existe pas, soit ne constitue pas une référence fiable pour cerner un groupe précis en fonction du revenu (la part des revenus non-salariaux est très importante et ils sont très mal connus). C'est seulement dans les pays à revenu intermédiaire qu'une référence à l'impôt peut être envisagée, et avec des incertitudes sur les hauts revenus non-salariaux.

### ***Les mesures en faveur de l'efficacité***

Le double échec des politiques volontaristes menées à Madagascar et en Tanzanie dans les années 70 et 80 révèle une première raison d'inefficacité : une politique volontariste qui fixe des objectifs très ambitieux sans tenir compte des contraintes, à savoir les moyens disponibles et les délais nécessaires pour former un personnel très qualifié.

Les gouvernements de ces deux pays ont promis de donner rapidement à tous les pauvres accès à l'enseignement primaire et aux soins. Ce programme paraissait le plus juste et le plus adapté pour réduire la pauvreté. En une dizaine d'années, on a atteint des taux de scolarisation proches de 100 pour cent et ouvert des centres de santé de base dans chaque commune. Mais pendant cette période, les erreurs de politique économique ont entraîné la chute des exportations, la baisse du PIB/habitant, une croissance accélérée du déficit budgétaire et de l'endettement. Par suite, les recettes publiques ont baissé au moment où ce programme exigeait une augmentation très importante des moyens. Par exemple, à Madagascar, les dépenses d'éducation par habitant ont diminué de moitié et les dépenses de santé d'un tiers. Après quelques années, l'échec était patent : à Madagascar, les taux de scolarisation dans le secteur public sont retombés à leur niveau initial, et les taux de mortalité infantile comme la fréquence des maladies infantiles ont augmenté.

Une telle politique ne réduit pas la pauvreté mais entraîne des gaspillages parce qu'on fait des dépenses qui n'apportent finalement peu ou pas de bénéfices aux familles pauvres. La construction d'écoles et de centres de santé a un coût, mais une école sans livres, avec un instituteur peu qualifié ou absent, un centre de santé sans médicaments procurent peu d'avantages à ces familles. Les analyses de la demande montrent que les pauvres sont sensibles à la baisse de la qualité. Certains réagissent à cette baisse par l'abandon, les familles qui se classent dans les revenus

supérieurs font de même, mais pour inscrire leurs enfants dans une école privée, de telle sorte que l'écart entre ces enfants et ceux des familles pauvres, mal ou non scolarisés, se trouve finalement accru.

Ces échecs prouvent qu'il n'y a pas de politique efficace si les objectifs ne correspondent pas aux ressources disponibles. Il faut également fixer ces objectifs en tenant compte des délais de formation. Il est impossible de recruter en peu d'années un nombre important d'instituteurs, d'infirmiers, de médecins alors que la formation de ces personnes est assez, voire très longue. Chaque fois qu'un gouvernement impose des recrutements massifs, c'est en changeant les critères de sélection et au prix d'une sous-qualification. Il est d'autant plus nécessaire de maintenir la qualité de l'enseignement que les enfants des familles pauvres sont handicapés au départ. L'étude de cinq pays africains francophones montre que les performances scolaires baissent avec la malnutrition, l'absence de livres dans la famille, des parents analphabètes. Si ces handicaps se conjuguent avec un enseignement très médiocre, la plupart des enfants de ces familles iront vers l'échec scolaire et n'auront acquis aucune formation à la sortie de l'école. Ils seront donc incapables d'échapper ensuite à la condition de leurs parents. Au lieu de faire passer le taux de scolarisation de 60 à 100 pour cent en quelques années, il est préférable d'offrir à la moitié des enfants, soit un taux national atteignant 80 pour cent, un enseignement correct pour que la plupart acquièrent les capacités de gain dont leurs parents ont été privés. On ne réduit pas la pauvreté en affichant un taux de scolarisation (un moyen) mais par l'acquisition d'un capital-formation (un résultat). Il vaut mieux attendre vingt ans pour atteindre l'objectif de 100 pour cent que négliger les contraintes en procédant à une scolarisation accélérée et bâclée qui s'avère finalement un gaspillage de fonds publics.

L'enseignement primaire peut s'avérer inefficace même s'il est de qualité. Ce risque tient au fait qu'on a longtemps conçu l'enseignement en termes d'offre uniquement, sans prendre en compte la demande. Or les familles pauvres ne réagissent pas seulement au coût et à la qualité de l'enseignement, mais aussi à son utilité. Ces familles ont comme activité l'agriculture (petits paysans, ouvriers agricoles), l'artisanat et le petit commerce (dans un cadre informel). Un enseignement qui ne prépare pas à ces activités leur paraît superflu. C'est le cas lorsqu'on enseigne dans un pays africain une autre langue que la langue locale. Un petit commerçant ne voit pas l'intérêt d'apprendre une langue que ses clients ignorent. On peut objecter que la connaissance de cette langue est indispensable pour être fonctionnaire ou salarié d'une grande entreprise. Mais si les parents vivent dans un village éloigné, si les recrutements dans l'administration ont été bloqués (ou sont liés à l'ethnie, au parti, etc.), ces opportunités paraissent très lointaines aux familles. Dans d'autres cas, un enseignement général sans finalité professionnelle peut dissuader les

parents. Des artisans préfèrent apprendre d'abord leur métier à l'enfant avant de l'envoyer à l'école parce qu'ils craignent que celui-ci refuse l'apprentissage après plusieurs années d'école. Ce comportement repose sur l'idée que le rendement d'une telle formation sur le tas est plus élevé que celui de la formation scolaire. On peut critiquer ces réactions des familles, mais on ne peut les ignorer. Dans plusieurs pays africains où la majeure partie de la population est rurale, où plusieurs langues locales existent tandis qu'une langue étrangère a le statut de langue officielle, l'adaptation des enseignements à la demande est évidemment difficile, mais un enseignement général identique pour tous les élèves n'est peut-être pas la solution la plus pertinente. L'enseignement serait plus efficace si l'on tenait compte de la demande des familles. Pour cela, il faudrait toujours faire participer les élus locaux à la gestion des écoles primaires.

D'après l'étude comparative de cinq pays francophones d'Afrique, on pourrait aussi accroître la productivité de l'enseignement primaire — qui varie beaucoup d'un pays à l'autre — par de nouvelles mesures peu coûteuses. Certaines n'entraîneraient même aucune dépense comme la constitution de classes distinctes pour garçons et filles, confiées à des enseignants du même sexe que les élèves, puisque les performances sont meilleures dans ce cas. D'autres mesures peu coûteuses améliorent les performances, comme la disponibilité d'un guide du maître, ou davantage de stages et d'échanges entre enseignants.

Mais il faut aussi recommander de nouvelles mesures plus contraignantes car les motivations font parfois défaut. Rien ne justifie l'absentéisme des instituteurs au Sénégal qui atteint presque une semaine par mois et est trois fois plus élevé qu'au Cameroun, où les salaires sont nettement plus faibles. Cet absentéisme a un impact négatif sur les performances des élèves et pourrait décroître si l'on surveillait davantage les maîtres. Une première recommandation, particulièrement valable pour les écoles de villages, est de multiplier les inspections. En effet, les visites d'inspecteur ont un effet significatif sur les performances scolaires. On pourrait lier en partie les salaires des enseignants aux rapports des inspecteurs et aux résultats des élèves à des examens communs à tous les élèves d'une région. Dans les villes, on pourrait accroître l'efficacité de l'enseignement public en introduisant la concurrence. Nous avons vu que des écoles privées payantes augmentent l'effet redistributif de l'enseignement public au bénéfice des pauvres. Lorsque le fonctionnement de l'école publique est peu satisfaisant, le versement de bourses aux familles pauvres pour financer des inscriptions dans les écoles privées peut induire une concurrence stimulante. Ces familles savent apprécier aussi bien que les autres la qualité de l'enseignement et leurs enfants bénéficieraient d'externalités favorables dans des écoles fréquentées par des élèves relativement privilégiés. Certes, il ne faut pas croire que la concurrence suffit pour résoudre les problèmes.

Les salaires des enseignants sont trop faibles dans certains pays comme la Tanzanie ou Madagascar, pour que l'enseignement fonctionne correctement et il faut dans ce cas relever les salaires. Mais dans d'autres pays, comme le Sénégal ou la Côte d'Ivoire, le niveau des salaires n'explique pas les contre-performances par comparaison avec le Cameroun où les résultats sont bien meilleurs tandis que les salaires sont inférieurs.

Ces exemples prouvent qu'on ne peut plus raisonner en termes de moyens et demander seulement plus de ressources pour réduire la pauvreté comme on l'a fait jusqu'à maintenant. Il faut changer d'approche et, pour l'avenir, concevoir et appliquer des politiques d'éducation et de santé qui permettent — à budget donné — de maximiser les gains procurés aux pauvres par ces services.

Pour accroître l'efficacité de l'enseignement et des services de santé, comme pour mieux les adapter aux besoins des familles, une décentralisation complète est souhaitable parce que les familles et les représentants des différentes professions peuvent ainsi participer aux décisions et contrôler ces services. Les programmes de distribution à l'école d'un petit déjeuner et d'un verre de lait expérimentés au Pérou montrent que l'on conjugue ainsi équité (les commissions connaissent les pauvres et ces programmes bien ciblés sont très redistributifs) et efficacité (la gestion est bien surveillée par les commissions). Une gestion par les autorités locales des services de base (enseignement primaire, centres de santé) est donc à recommander dans les pays qui n'ont pas encore décentralisé ces services.

Mais cette décentralisation comporte aussi des risques. Il faut les connaître et prévoir des mesures pour les éviter. Le premier risque tient au manque de personnel administratif dans les communes rurales. Par exemple, à Madagascar, dans beaucoup de communes rurales, la moitié des crédits pour la santé n'ont pas été dépensés en fin d'année. Il faut donc recommander une aide administrative importante à ces communes, plus précisément l'envoi d'un personnel qualifié si l'on décentralise, pour que celles-ci puissent gérer les services de base. On a jusqu'à maintenant négligé cette mesure d'accompagnement dont dépend le succès d'une décentralisation.

Le second risque est lié aux écarts importants de revenu moyen entre communes ou régions. Il serait dangereux de décentraliser les financements : la dépense par élève serait quatre ou cinq fois plus faible dans les communes déshéritées que dans la capitale et les pauvres seraient les plus touchés par de telles inégalités. Il est indispensable de maintenir un financement centralisé afin de garantir une même dépense par élève dans tout le pays. Seule la gestion des crédits doit être décentralisée.

## **Les mesures en faveur de la cohérence**

Il faut passer de mesures isolées prises au fil du temps par des acteurs indépendants à un ensemble cohérent de mesures définies en fonction des objectifs, en raisonnant sur les résultats et non sur les moyens. Cet ensemble doit se situer dans une perspective dynamique de long terme avec une coordination entre tous les acteurs, y compris les donateurs. Ainsi l'exigence de cohérence concerne à la fois les interventions, le calendrier et les acteurs.

### *La cohérence des interventions*

Pour que les pauvres franchissent le seuil de pauvreté, il leur faut acquérir un capital santé et un capital formation qui leur permettent d'accroître durablement leur revenu. C'est en fonction de ce double objectif qu'on doit prévoir et réaliser toutes les interventions au lieu de raisonner sur chaque moyen pris isolément. Nombre de politiques de l'éducation ou de la santé ont été peu efficaces parce qu'on ne se souciait, sous l'influence de groupes de pression, que d'accroître les ressources budgétaires pour chaque intervention au lieu de partir d'un résultat (permettre à un groupe donné d'acquérir tel capital de formation) et de chercher la meilleure combinaison d'interventions pour l'obtenir à un coût minimum. Cette erreur tient à une confusion intellectuelle. On a conféré aux moyens le caractère d'impératif que seul mérite le résultat. On ne peut pas contester la nécessité de procurer aux pauvres ce double capital (formation et santé), mais ce n'est pas une raison pour ne pas soumettre à un examen critique tous les moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif fixé. Lorsque l'examen de cinq pays africains francophones révèle que les performances des élèves ne s'améliorent pas si les instituteurs ont fait des études plus longues mais que c'est le cas si on multiplie les inspections, cela signifie qu'on doit à l'avenir choisir la meilleure combinaison de dépenses, en finançant des inspections supplémentaires, et non un allongement de la formation et des hausses de salaires, ce qui coûterait beaucoup plus cher pour un résultat moins satisfaisant.

Dans cette perspective de cohérence, il faut avoir une vision globale de l'ensemble des mesures à appliquer pour atteindre un résultat donné. Il ne sert à rien par exemple de construire des centres de santé dans des villages déshérités si ceux-ci ne sont pas approvisionnés en médicaments, étant donné que les pauvres ne peuvent pas les acheter en dehors de ces centres. Or l'objectif est que la population pauvre guérisse et puisse travailler, et non qu'elle puisse fréquenter des centres de soins. Cette pénurie de médicaments peut être due à divers facteurs : mauvaise gestion par le service public en charge de l'approvisionnement, erreurs

de prévision lorsqu'il y a un contrôle des changes et des licences d'importation, corruption des infirmiers qui détournent les médicaments et les revendent à leur profit. Ces centres de santé peuvent se révéler peu utiles pour d'autres raisons (absence de personnel qualifié, manque d'eau potable, difficultés d'accès, etc.) et comme les différents facteurs sont complémentaires, il suffit que l'un fasse défaut pour que l'impact des autres sur la pauvreté soit assez faible. On peut multiplier par deux les dépenses de santé dans une région et obtenir ou non des bénéfices significatifs pour les pauvres selon que l'ensemble des interventions a été coordonné, ou non, d'une manière cohérente.

Il ne faut pas seulement coordonner tous les moyens pour la santé ou l'éducation, mais également tenir compte des interactions entre les deux. L'étude de la malnutrition dans vingt pays africains montre que la santé de l'enfant dépend de l'éducation des parents (de la mère surtout), de l'accès de la mère aux médias, des intervalles entre les naissances qui sont liés à la diffusion de la contraception. La santé de l'enfant dépend aussi des dépenses de santé : les vaccinations ont un effet significatif sur la taille. Mais ce serait une erreur d'augmenter uniquement les dépenses de santé sans se soucier de l'éducation et de l'information des femmes qui comptent autant que les services de santé. Un programme cohérent pour les enfants doit donc combiner un ensemble de mesures complémentaires pour la santé des enfants et pour l'éducation des mères. On obtient avec un tel ensemble des effets supérieurs à la somme des effets de chaque mesure prise isolément. On bénéficie ainsi de rendements croissants si l'on tire le meilleur parti des externalités au lieu de considérer seulement les effets directs de chaque mesure.

Le programme PROGRESA dont bénéficient 14 millions de Mexicains pauvres, est fondé sur la reconnaissance des interactions entre nutrition, santé et éducation. En raison de ces interactions, les plus pauvres sont incapables de sortir d'un cercle vicieux de la pauvreté et les aides sociales isolées sont inefficaces. C'est pourquoi ce programme a conjugué un ensemble d'aides au bénéfice de chaque famille : bourses scolaires sous condition de présence à l'école et transferts pour acheter vêtements, livres, etc. ; soins à intervalles réguliers (y compris le contrôle des naissances, le suivi des femmes enceintes et des jeunes enfants), chaque membre de la famille devant se présenter aux visites sous peine de suspension du subside versé à la famille ; enfin fourniture de compléments alimentaires aux femmes enceintes et aux enfants jusqu'à deux ans (jusqu'à cinq ans, s'ils souffrent de malnutrition). Le succès du programme, qui repose sur les complémentarités entre toutes ces aides, montre qu'il n'existe pas de politique efficace de réduction de la pauvreté si l'on ne coordonne pas au bénéfice de chaque famille un ensemble de mesures concernant la nutrition, la santé et l'éducation.

### *La cohérence du calendrier*

L'exemple de la vaccination de l'enfant et de l'éducation de la mère prouve qu'il n'y a pas de cohérence sans perspective à long terme. Les dépenses pour l'éducation des filles auront une incidence sur la santé de leurs enfants dans dix à quinze ans, un bénéfice qui n'est pas pris en compte si l'on compare seulement les effets à court terme de diverses mesures. Les effets peuvent se faire sentir au bout d'une période encore plus longue. En Tanzanie, on constate que la demande d'éducation pour l'enfant est influencée par l'éducation de la mère. Il faut donc raisonner sur la perspective d'une génération pour lutter contre la pauvreté par les dépenses d'éducation et de santé.

Dans une première étape, il faut détecter les convergences de facteurs, ou « nœuds », qui maintiennent les pauvres dans une trappe de pauvreté pour pouvoir interrompre un processus de reproduction qui condamne à leur tour les enfants à la pauvreté pour toute leur vie. Ces « nœuds » résultent d'une accumulation de handicaps : analphabétisme, malnutrition pendant l'enfance, mauvais état de santé, absence de contrôle des naissances, absence de tout patrimoine, structures familiales instables, difficultés d'accès aux services de santé et d'éducation à cause des distances ou pour d'autres raisons. Il existe de nombreuses interactions entre tous ces facteurs de telle sorte que l'effet négatif de leur convergence dépasse la somme des effets de chacun pris isolément.

Dans une seconde étape, on doit concevoir l'ensemble d'interventions à long terme pour l'éducation et la santé qui serait le plus capable de faire disparaître ces « nœuds », en raisonnant à même effort budgétaire sur une longue période. En effet, on ne peut pas comparer des programmes qui ont des coûts différents. Pour concevoir le meilleur programme, il faut prendre en compte les externalités des services d'éducation, de santé et le calendrier des effets directs et indirects (ils peuvent apparaître sur-le-champ comme après une génération). Une telle approche n'a rien de commun avec des décisions prises intervention par intervention en fonction des seuls effets directs et à court terme.

On peut donner un exemple de programme à long terme : l'établissement d'un réseau national de centres de protection maternelle et infantile. Comme la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre dépend des relations mère-enfant, ces centres peuvent être un moyen efficace pour interrompre ce processus. Ils interviennent évidemment pour de nombreux services de santé : suivi des femmes enceintes et des jeunes enfants, diffusion des services de contraception, actions de prévention contre le SIDA, etc. Mais, disposant d'un personnel administratif et d'informations sur les familles, ils peuvent distribuer une aide



alimentaire aux mères, notamment en cas de crise agricole (à la suite d'une sécheresse par exemple), gérer des campagnes d'alphabétisation des femmes, faciliter leur accès aux médias, informer les autorités scolaires sur les problèmes familiaux. Si ces centres coordonnent leurs interventions avec les écoles primaires, on obtient un ensemble intégré de services de santé et d'éducation qui change progressivement la condition des mères et des enfants, en appliquant la même stratégie pendant plusieurs décennies.

### *La cohérence des acteurs*

Cet exemple met en évidence un facteur d'échec. Dans tous les pays, y compris les pays développés, il y a une juxtaposition d'administrations très attachées à leur indépendance, et les services locaux ne veulent rendre des comptes qu'à leur ministère respectif. De plus, si le gouvernement annonce des crédits supplémentaires pour lutter contre la pauvreté, il suscite une concurrence entre les ministères pour le partage de ce bonus budgétaire.

Si l'on considère une famille monoparentale, avec une mère de famille qui a plusieurs enfants, est analphabète et vit dans la misère, il est clair qu'il faudrait qu'une seule personne, par exemple un employé d'un centre de protection maternelle et infantile, suive régulièrement cette famille pour l'aider dans tous les domaines : santé, éducation, emploi et logement. Plus les familles sont marginalisées, moins elles sont capables de s'adresser successivement à plusieurs organismes pour obtenir les services dont elles ont besoin. La nécessité d'une coordination locale entre les acteurs résulte des interactions entre facteurs de pauvreté et des interactions entre éducation et soins. Pour prendre en compte ces interactions, il faut des structures horizontales (par exemple un centre de protection ou une commune qui ont des services polyvalents), alors que les structures administratives sont verticales.

La cohérence des interventions concerne aussi les donateurs (organisations internationales ou aide bilatérale). Ceux-ci sont souvent prêts à financer des mesures de lutte contre la pauvreté. Chaque opération devrait s'intégrer dans l'ensemble des financements (extérieurs et nationaux) pour l'éducation et la santé. Il serait irrationnel de recommander la cohérence entre les interventions nationales et de ne pas avoir la même exigence pour les financements extérieurs.

Les donateurs peuvent améliorer l'impact des dépenses d'éducation et de santé de plusieurs manières. D'abord une nouvelle stratégie visant à financer sur des dons la collecte de statistiques de résultats est souhaitable. Il est paradoxal que des donateurs soient prêts à accorder des financements très importants à

l'éducation et à la santé pour lutter contre la pauvreté alors qu'on ignore les résultats des dépenses déjà réalisées. Ces statistiques sur les résultats sont indispensables pour que les administrations locales raisonnent à l'avenir en termes de résultats et non de moyens. Il faudrait collecter à intervalles réguliers (par exemple une année sur cinq) des statistiques à partir d'un échantillon représentatif, sur les connaissances des élèves à la fin de l'enseignement primaire et à la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire, avec des informations sur les parents pour qu'on puisse mesurer les connaissances acquises par les enfants de familles pauvres. Il faudrait collecter de même des données sur l'état de santé des enfants et des adultes à partir d'échantillons, avec les mêmes informations sur les parents. Par ailleurs, comme la qualité des soins et de l'enseignement varie beaucoup selon les établissements, il faudrait demander aux ministères qui bénéficient de l'aide, des statistiques désagrégées sur les manuels, le nombre d'enseignants, le nombre d'élèves par classe, les équipements médicaux par centre de santé, etc. Des statistiques selon les quartiers dans les villes, selon la région en zone rurale, sont également nécessaires pour connaître la qualité des services offerts aux pauvres.

On a récemment proposé que les donateurs posent des conditions aux dons et aux remises de dette pour que les dépenses d'éducation et de santé bénéficient davantage aux pauvres. Ces conditions peuvent concerner soit la structure des dépenses, soit des actions ciblées. Dans le premier cas, il s'agit d'accroître la part des dépenses d'enseignement primaire et des dépenses pour l'alphabétisation des adultes dans le budget de l'éducation nationale. On est assuré d'atteindre les pauvres en élevant le taux de couverture du primaire de 50 à 80 pour cent, ou en faisant des campagnes d'alphabétisation. En se référant à une répartition donnée du budget total, on évite des transferts budgétaires comme une réduction du financement national de l'équipement des écoles primaires parce que celles-ci reçoivent une aide extérieure. D'autre part les donateurs peuvent demander des actions ciblées, comme les programmes « food for school », la gratuité des manuels ou des médicaments pour les familles pauvres. Ce genre d'actions est nécessaire pour augmenter la demande d'éducation, ou de soins, de ces familles, cette demande étant très sensible au prix. Par ces actions, on accroît à la fois la progressivité du service et son taux de couverture au bénéfice des pauvres.

Enfin, les donateurs pourraient recommander l'amélioration des statistiques sur les pauvres, en utilisant plusieurs approches convergentes. Tout en conservant l'approche standard de la Banque mondiale avec les seuils de 1 et 2 dollars, il faut aussi utiliser un seuil de pauvreté d'après les enquêtes de consommation dans le pays, après avoir estimé sa pertinence par des comparaisons avec les seuils dans les pays voisins et sa cohérence avec les statistiques sur la malnutrition (taille par exemple) et sur l'accès aux infrastructures (eau potable, etc.).

Pour renforcer les actions menées contre la pauvreté, les donateurs doivent prendre en compte la dimension politique de ces actions. Une gestion traditionnelle en termes d'offre a permis parfois la constitution de groupes d'intérêt puissants comme les syndicats d'enseignants ; ceux-ci demandent toujours plus de moyens sans se soucier d'efficacité, ni de la demande des familles. En ville, les familles à revenu intermédiaire ou supérieur font pression pour qu'on améliore et développe les enseignements secondaire et supérieur. Les employés du ministère de la Santé qui travaillent dans les services centraux ou les villes ne veulent pas être nommés dans les centres de santé des villages qui manquent de personnel. Les discours officiels des gouvernements répètent qu'il faut réduire la pauvreté, mais de nombreux groupes n'acceptent cette politique que si elle ne remet pas en question leurs propres intérêts. Il existe un consensus sur le « toujours plus de moyens » qui respecte les situations acquises, mais une opposition aux réformes. Or celles-ci sont indispensables pour tenir compte de la demande, améliorer la qualité des services offerts aux pauvres, mieux gérer les établissements, accroître la productivité du personnel et revoir l'allocation des moyens en fonction des résultats. La difficulté pour les donateurs est de faire dépendre leur aide de ces réformes alors que beaucoup de groupes influents politiquement ne veulent qu'une aide finançant « plus de moyens ».

## Encadré. Les mesures de la pauvreté

### a) Pauvreté absolue

#### **Définition nationale :**

- On estime une consommation minimale de calories pour assurer un état de santé satisfaisant. Connaissant la relation entre dépense alimentaire et consommation de calories, on calcule la dépense alimentaire correspondante. On en déduit la dépense totale minimale par individu (ou seuil de pauvreté) d'après les enquêtes sur la consommation des ménages qui indiquent la dépense totale en fonction de la dépense alimentaire.
- Ce seuil, calculé par les services statistiques de chaque pays, varie d'un pays à l'autre, il augmente avec le PIB/habitant, mais beaucoup moins en termes relatifs (proche du PIB/habitant dans un pays très pauvre, il passe par exemple au tiers du PIB/habitant dans un pays à revenu intermédiaire) pour plusieurs raisons (changements de prix relatifs, composition différente du panier de biens consommés).
- A partir d'un échantillon de pays, on peut estimer une relation entre ce seuil de pauvreté absolue et le PIB/habitant

#### **Définition internationale :**

- On fixe un seuil unique pour tous les pays, comme 1 ou 2 dollars (1985) de consommation par jour (en termes de parité de pouvoir d'achat 1985). Avec cette méthode employée par la Banque mondiale, le seuil correspond au même panier de biens dans tous les pays ;
- On fixe un montant minimum de calories et on estime les pourcentages d'habitants qui, dans chaque pays, ont une consommation de calories inférieure à ce chiffre (méthode de la FAO).

### b) Pauvreté relative

- Référence au revenu moyen ou médian. On considère comme pauvre tout individu qui dispose d'un revenu inférieur à la moitié (ou le tiers) de ce revenu ;
- Référence à la distribution des revenus. On considère comme pauvres tous les individus classés dans le quintile 1 ou dans les quintiles 1 et 2 (voire 1, 2 et 3).

---

*Note* : les études les plus récentes, comme le *Rapport sur le développement dans le monde 2000* de la Banque mondiale, proposent de prendre en compte dans la définition de la pauvreté des variables qualitatives, telles que la participation des pauvres au pouvoir politique local. Les définitions proposées ici se limitent à des aspects quantitatifs de la pauvreté.

## Bibliographie

- BANQUE MONDIALE (1990), *Rapport sur le développement dans le monde*, Washington D.C.
- BANQUE MONDIALE (2000), *Rapport sur le développement dans le monde*, Washington D.C.
- FAO (1996), *Sixième enquête mondiale sur l'alimentation*, Rome.
- LANJOUW, P. et M. RAVALLION (1999), "Benefit Incidence, Public Spending Reforms and the Timing of Program Capture", *The World Bank Economic Review*.
- MARTORELL, R. et J.-P. HABICHT (1986), "Growth in Early Childhood in Developing Countries", in *Human Growth: A Comprehensive Treaty, Vol. 3: Methodology, Ecological, Genetic and Nutritional Effects on Growth*, Plenum Pub., New York.
- MICHAELOWA, K. (2000), *Dépenses d'éducation, qualité de l'éducation et pauvreté : l'exemple de cinq pays d'Afrique francophone*, Document technique n° 157, Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- MORRISSON, C., H. GUILMEAU et C. LINSKENS (2000), *Une estimation de la pauvreté en Afrique subsaharienne d'après les données anthropométriques*, Document technique n° 158, Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- MORRISSON, C. et C. LINSKENS (2000), *Les facteurs explicatifs de la malnutrition en Afrique subsaharienne*, Document technique n° 167, Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- MORRISSON, C. (dir. pub.) (à paraître), *Dépenses d'éducation, de santé et développement en Indonésie et au Pérou*, Étude du Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- MORRISSON, C. (dir. pub.) (à paraître), *Dépenses d'éducation, de santé et réduction de la pauvreté en Afrique de l'Est (à Madagascar et en Tanzanie)*, Étude du Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- SVEDBERG, P. (1998), *841 Million Undernourished? On the Tyranny of Deriving a Number*, Institute for International Economic Studies, Stockholm University.
- WORLD BANK (1998), *World Development Indicators*, Washington D.C.

## Autres titres dans la série

*Ajustement et équité (N° 1)*

par Christian Morriison, janvier 1992

*La Gestion de l'environnement dans les pays en développement (N° 2)*

par David Turnham, avec Leif E. Christoffersen et J. Tomas Hexner, avril 1992

*La Privatisation dans les pays en développement : réflexions sur une panacée (N° 3)*

par Olivier Bouin, avril 1992

*Vers la liberté des mouvements de capitaux (N° 4)*

par Bernhard Fischer et Helmut Reisen, avril 1992

*La Libéralisation des échanges : quel enjeu ? (N° 5)*

par Ian Goldin et Dominique van der Mensbrugge, juin 1992

*Vers un développement durable en Afrique rurale (N° 6)*

par David O'Connor et David Turnham, janvier 1993

*Création d'emploi et stratégie de développement (N° 7)*

par David Turnham, juillet 1993

*Les Dividendes du désarmement : défis pour la politique de développement (N° 8)*

par Jean-Claude Berthélemy, Robert S. McNamara et Somnath Sen, avril 1994

*Réorienter les fonds de retraite vers les marchés émergents (N° 9)*

par Bernhard Fischer et Helmut Reisen, janvier 1995

*Quel cadre institutionnel pour le secteur informel ? (N° 10)*

par Christian Morriison, octobre 1995

*Les Défis politiques de la globalisation et de la régionalisation (N° 11)*

par Charles Oman, juin 1996

*Quelles politiques pour un décollage économique ? (N° 12)*

par Jean-Claude Berthélemy et Aristomène Varoudakis, septembre 1996

*La faisabilité politique de l'ajustement (N° 13)*

par Christian Morriison, octobre 1996

*Politiques de biotechnologie pour l'agriculture des pays en développement (N° 14)*

par Carliene Brenner, avril 1997

*La réforme des fonds de pension : leçons d'Amérique latine (N° 15)*

par Monika Queisser, janvier 1999

*Au lendemain de la crise asiatique : comment gérer les flux de capitaux ? (N° 16)*

par Helmut Reisen, janvier 1999

*Gouvernance participative : le chaînon manquant dans la lutte contre la pauvreté (N° 17)*

par Hartmut Schneider, avril 1999

*La libéralisation multilatérale des droits de douane et les pays en développement (N° 18)*

par Sébastien Dessus, Kiichiro Fukasaku et Raed Safadi, septembre 1999

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16  
IMPRIMÉ EN FRANCE  
(00 2002 1D 2 P) – n° 81652 2002