

CONFÉRENCE "DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, SERVICES SOCIAUX ET PAUVRETÉ À MADAGASCAR"

11 juin 2003, Antananarivo

## L'ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX À MADAGASCAR<sup>1</sup>

### Introduction

La prise en charge par l'Etat des services de santé et d'éducation est reconnue comme étant un impératif pour la réduction de la pauvreté et le déclenchement d'une croissance économique soutenue. La relation entre l'éducation, la productivité et le revenu des individus, constitue l'une des constatations empiriques les plus robustes des sciences économiques. De même, une meilleure santé augmente la capacité cognitive des enfants, leurs performances académiques, ainsi que leur productivité à l'âge adulte (voire Strauss et Thomas, 1995 et Glick, 1999).

Le secteur public doit intervenir dans la prestation de ces services de base, puisque le secteur privé à lui seul, ne sera pas suffisant à les fournir. Par exemple, le contrôle des maladies contagieuses par les services publics sera bénéfique à la société entière en dehors de ce que les individus sont prêts à payer. Bien qu'ils puissent servir efficacement ceux qui ont plus de moyens, les établissements privés négligent les plus pauvres. Le pouvoir public doit intervenir afin d'assurer l'accès le plus équitable pour tous à ces services vitaux.

Comme les ressources publiques sont cependant limitées, il devient important de bien cibler ces investissements vers les créneaux les plus porteurs pour la stimulation de la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Dans cette optique, une étude de l'INSTAT a visé à évaluer l'évolution de l'accès aux services publics. Fondée sur une série de trois enquêtes nationales auprès des ménages (EPM) – effectuées en 1993, 1997 et 1999 -- cette étude examine l'évolution de l'accès aux services publics de santé et d'éducation suite à la relance économique constatée depuis 1997 et à une série de

changements de politique économique (Glick et Razakamanantsoa, 2001).

### 1. L'éducation

Pendant une longue période, l'éducation à Madagascar a connu des fluctuations considérables. Des années 1960 au début des années 1980, bien que la qualité ait souffert, surtout au cours des années 1970, elle a connu une expansion rapide d'effectifs. Devant la baisse de qualité de l'enseignement et le marasme économique des années 1980, les effectifs ont accusé une baisse continue jusqu'au milieu des années 1990.

L'importance accordée à l'éducation a augmenté perceptiblement depuis le milieu des années 1990. Quant aux dépenses publiques, la tendance à la baisse s'est renversée à partir du milieu de la décennie et maintenant, les ressources ont retrouvé leur niveau du début de la décennie (tableau 1).

**Tableau 1. Les dépenses publiques d'éducation reprennent (dépenses publiques sur l'éducation en % du PIB)**

	1990	1995	2000
Dépenses courantes	2.6	1.7	2.2
Dépenses totales (=dépenses courantes + de capital)	3	1.8	3.1

Source: Banque Mondiale. 2000. Education in Madagascar

L'augmentation des dépenses publiques en combinaison avec la reprise économique fait que, depuis le milieu des années 1990, les effectifs scolarisés en écoles primaires ont pu renverser leur tendance à la baisse. La reprise du taux de scolarisation au niveau primaire s'est fait sentir principalement en milieu rural et parmi les ménages pauvres (tableau 2).

**Tableau 2. Hausse du taux net de scolarisation**

	Par quintile de dépenses					Zone		Total
	1 plus pauvre	2	3	4	5 plus riche	rurale	urbaine	
<b>Ecole primaire</b>								
1993	29.3	43.4	59.0	59.7	59.6	42.8	77.8	48.3
1999	53.2	64.8	64.0	68.0	77.7	61.2	76.9	64.3
hausse	23.9	21.4	4.9	8.3	18.1	18.4	-0.9	16.0
<b>Ecole secondaire</b>								
1993	2.9	7.3	10.6	18.6	34.5	8.0	37.7	14.1
1999	4.3	10.0	11.1	18.5	33.6	9.0	34.9	14.8
hausse	1.4	2.7	0.5	-0.1	-0.9	1.0	-2.8	0.7

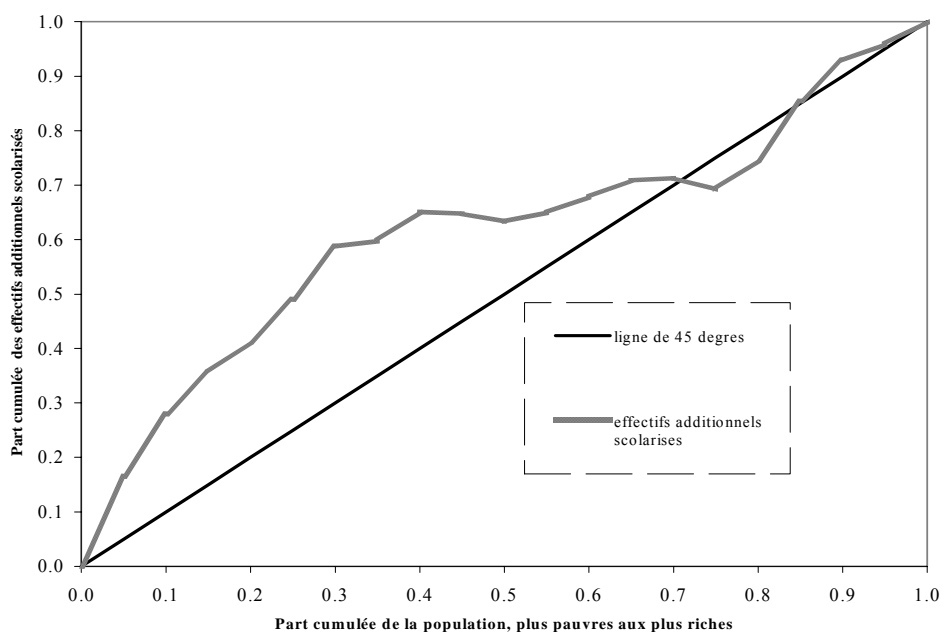
Source: Glick et Razakamanantsoa, 2001.

Bien que les pauvres et les ruraux restent nettement moins scolarisés que les urbains et les riches, le décalage s'est dans une certaine mesure amoindri. Le Graphique 1 démontre que la part de nouvelles scolarisations attribuée aux déciles les plus pauvres dépasse leur part de la population représentée par la ligne de 45 degrés. Par conséquent, le système d'écoles primaires publiques (EPP) devient de plus en plus progressif, vu que la plupart des nouvelles scolarisations aux EPP proviennent des ménages les plus pauvres.

En dépit des récents progrès, les effectifs scolarisés ont seulement rattrapé leurs niveaux du début des années 1990 et ils restent inférieurs aux niveaux de

la génération précédente. Vu la qualité médiocre de l'instruction, la qualification moyenne de la main-d'œuvre continue à baisser, même dans les conditions actuelles. La hausse des effectifs - arrivée en même temps que le gel de recrutement des instituteurs - a toutefois fait que le ratio des élèves par instituteur a nettement augmenté - de 38 en 1993 à 60 en 1999, d'après les données de l'EPM. La qualité de l'instruction risque certes d'en souffrir mais les nouveaux instituteurs récemment recrutés atténueront partiellement, mais non complètement, cette tendance à la hausse des ratios d'élèves par instituteur.

**Graphique 1 -- Distribution des effectifs additionnels scolarisés en EPP:1993/94 à 1999**



## 2. Services de santé

La nouvelle politique sur la santé, introduite en 1995, a annoncé deux grands changements d'orientation: (a) la décentralisation progressive des services de santé administrés désormais à travers 111 districts sanitaires et (b) la politique du recouvrement des coûts ou la politique de participation financière des usagers à travers les frais d'utilisateurs. Les trois enquêtes EPM de 1993, 1997 et 1999 permettent de donner des indications de l'impact de ces changements de politique.

Globalement, l'utilisation des services de santé a évolué d'une façon mixte. Le taux de vaccination a nettement augmenté pour toutes les couches de la société, bien que le taux reste toujours supérieur en milieu urbain et parmi les riches (tableau 3). Par contre, les consultations prénatales ont connu une baisse.

La tendance apparente vers la baisse des consultations générales (surtout curatives) per capita auprès des établissements publics de santé provient largement des différences de saisonnalité entre

l'EPM 1993 (tout le long de l'année, y compris la période de soudure) et l'EPM 1999 (instituée seulement en saison sèche, après la récolte). En saisons comparables, le taux de consultation générale (c'est-à-dire en dehors des consultations prénatales et de vaccination) reste presque inchangé, à la fois auprès des fournisseurs privés que publics. En conséquence, ces résultats provisoires suggèrent que la part des services privés n'a pas changé, même devant une hausse perceptible des coûts supportés par les utilisateurs. Vu la sensibilité générale des très pauvres aux coûts d'accès (Glick, 1999), ces tendances méritent d'être suivies de très près au cours des prochaines années.

Le recouvrement des coûts se fait sentir clairement au niveau des services publics de santé. Depuis 1993, bien que le coût moyen par visite n'ait pas changé, le pourcentage des utilisateurs qui paient a triplé et dépassait plus de 90% des utilisateurs à la fin de 1999 (tableau 4).

**Tableau 3. Evolution mixte de l'accès aux services de santé**

	Par quintile de dépenses					Zone		Total
	1 plus pauvre	2	3	4	5 plus riche	rurale	urbaine	
<i>Taux de vaccination (pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant eu au moins une vaccination)</i>								
1993	61,8	65,3	68,9	65,5	66,8	63,5	78,8	65,5
1999	69,2	76,9	71,7	73,1	86,1	72,2	86,4	74,8
changement	7,4	11,6	2,9	7,6	19,2	8,8	7,6	9,3
<i>Consultations prénatales formelles des femmes de 15 à 49 ans ayant accouché dans les douze derniers mois (%)</i>								
1993	57,7	71,3	80,8	77,1	74,8	69,6	84,6	71,8
1999	66,4	63,8	67,6	65,8	73,3	64,8	76,1	66,8
changement	8,7	-7,5	-13,2	-11,3	-1,6	-4,7	-8,5	-5,0
<i>Consultations générales per capita* aux établissements publics de santé (cliniques, hôpitaux)</i>								
1993	0,041	0,045	0,050	0,057	0,063	0,047	0,071	0,051
1999	0,030	0,040	0,048	0,049	0,041	0,040	0,050	0,042
changement	-0,011	-0,005	-0,002	-0,008	-0,022	-0,007	-0,021	-0,009
<i>Consultations générales per capita* aux établissements privés de santé (médecins, cliniques et pharmacies privés)</i>								
1993	0,006	0,010	0,018	0,024	0,040	0,014	0,043	0,020
1999	0,009	0,010	0,020	0,016	0,034	0,016	0,022	0,018
changement	0,002	0,000	0,001	-0,008	-0,006	0,002	-0,021	-0,002

\* Les taux per capita sont calculés sur la base de la population totale, et non seulement des malades

Source : Glick et Razakamanantsoa, 2001.

**Tableau 4. Le recouvrement des coûts\* se fait sentir**

	Rural		Urbain	
	% qui paient	coût médian*	% qui paient	coût médian*
Centres de santé de base		par visite		par visite
1993	35%	2,425	29%	1,382
1997	71%	2,788	79%	4,068
1999	93%	2,196	80%	1,852
Ecoles primaires publiques		frais scolaires		frais scolaires
1993	74.1%	709	75.1%	1,599
1999	97.4%	996	99.7%	2,690
Ecoles secondaires publiques				
1993	80.5%	3,310	83.7%	5,175
1999	100.0%	2,687	99.7%	7,657

\* Coût réel exprimé en FMG constants de 1993.

Source: Glick et Razakamanantsoa, 2001.

### Implications

Plusieurs tendances favorables se sont instaurées au cours de ces dernières années. Elles ont arrêté la chute continue de la décennie d'auparavant en scolarisation primaire et amorcé ainsi une légère reprise. Les bénéficiaires de cette hausse des taux de scolarisation primaire ont été principalement les pauvres et les ruraux (Graphique 1). Moins importantes d'un point de vue quantitatif mais toujours significatives sont les améliorations du taux de vaccination des enfants (Tableau 3).

Par contre, l'utilisation des soins généraux et prénatals n'a pas changé au cours des années 1990. Les niveaux absolus d'accès à l'éducation et aux services de santé de base restent faibles. Même avec les améliorations, les taux d'utilisation restent très bas en terme absolu. Le taux actuel de scolarisation primaire reste inférieur aux niveaux de la génération précédente et donne lieu à une dégradation de la qualité de la main-d'œuvre moyenne. Aussi les taux d'utilisation des services sociaux continuent à favoriser, à différents degrés, les milieux urbains et riches (tableaux 2 et 3).

Plusieurs options existent afin de favoriser une allocation plus progressive des services sociaux :

- diminuer la distance d'accès aux centres de santé de base et aux écoles secondaires en milieu rural. L'absence des services de santé et d'éducation secondaire constitue l'une des barrières principales à leur utilisation en milieu rural, généralement pauvre (Glick, Razafindravonona et Randretsa, 2000)

- augmenter la qualité des services de base – écoles primaires publiques et centres de santé de base – qui sont le plus fréquemment utilisés par les pauvres. Le taux d'utilisation des pauvres se révèle

être très sensible à la qualité des services offerts (Glick, Razafindravonona et Randretsa, 2000).

- diminuer les coûts (c'est-à-dire augmenter les subventions) des services utilisés principalement par les pauvres (éducation primaire, centres de santé de base) et augmenter les coûts (diminuer les subventions) des services utilisés principalement par les riches (écoles secondaires, universités et hôpitaux). Ceci permettrait de maintenir un recouvrement de coûts ainsi qu'un accès de plus en plus équitable pour les couches pauvres de la population.

La politique de recouvrement des coûts des services de santé constitue l'un des principaux changements introduits par le gouvernement. Les dernières informations des Enquêtes EPM ne montrent pas une baisse d'utilisation des pauvres, peut-être parce que la hausse des coûts est arrivée en même temps que la reprise macro-économique, ainsi les changements de revenu ont pu compenser la hausse des prix d'accès. Tout de même, nous savons que dans d'autres domaines les taux d'utilisation par les pauvres se montrent beaucoup plus sensibles aux coûts d'accès que ceux des riches (Glick, 1999). Ainsi, il est important d'observer un suivi assidu afin de s'assurer que les pauvres aient un accès accru aux services d'éducation et de santé de base.

### Références

- Glick, P. et Razakamanantsoa, M. (2001). Croissance et distribution des services sociaux à Madagascar, 1993 à 1999. Antananarivo: INSTAT.
- Glick, P., Razafindravonona, J. et Randretsa, I. 2000. Services d'éducation et de santé à Madagascar : l'utilisation et les déterminants de la demande. Antananarivo : INSTAT.
- Glick, P. (1999). Emploi et revenus à Madagascar. Antananarivo : INSTAT.
- Strauss, J. et Thomas, D. (1995). "Human Resources: Empirical Modelling of Household and Family Decisions". In T.N. Srinivasan et J. Behrman editeurs. Handbook of Development Economics, tome 3. Amsterdam: North-Holland Publishing.

<sup>i</sup> Cette étude a été réalisée dans le cadre du Programme Ilo financé par l'USAID, Projet "Analyse Economique Améliorée pour la Prise de Décision à Madagascar", Cornell University, Cooperative Agreement No. 687-00-00-00093-00.