

CONFÉRENCE "DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, SERVICES SOCIAUX ET PAUVRETÉ À MADAGASCAR"
11 juin 2003, Antananarivo

ÉDUCATION ET SANTÉ: VOIE PROPICE POUR SORTIR DE LA PAUVRETÉⁱ

Introduction

La scolarisation et la santé jouent un rôle primordial dans le développement économique et dans l'amélioration du bien-être des pauvres en particulier. Les avantages pour le développement économique sont prépondérants. En fait, le lien entre l'éducation scolaire d'un individu et sa productivité (représentée par le revenu) est l'un des aspects les mieux documentés de l'économie. Par ailleurs, on a pu constater avec une évidence croissante au plan empirique les effets bénéfiques d'une santé améliorée tant sur la productivité agricole que sur l'emploi salarié.

Toutefois, dans une période de restriction budgétaire, il est très difficile pour le gouvernement d'assurer d'une manière adéquate les services cruciaux d'éducation et de santé. La préoccupation pressante qui en découle est celle d'assurer des services qui ciblent efficacement ceux qui se trouvent dans le besoin le plus grand, c'est-à-dire les ménages pauvres qui ne peuvent pas s'offrir ces services par leurs propres moyens.

La recherche du lien étroit entre l'éducation, la santé, la productivité et la pauvreté a incité l'INSTAT à entreprendre une étude empirique qui vise à éclaircir ces liaisons dans différentes zones de Madagascar (Glick, Razafindravonona et Randretsa, 2000). A partir des données détaillées de l'Enquête Permanente Auprès des Ménages de l'année 1993/94, une équipe de l'INSTAT et de Cornell University a entamé une analyse sur ces questions et dont les conclusions principales sont présentées ici.

1. Etat des services sociaux

Dans le secteur de l'éducation, on assiste à un problème de faible scolarisation spécialement au niveau de l'école primaire à Madagascar. En effet, les problèmes d'abandon, de redoublement et de déperdition scolaires constituent un grand obstacle au développement de ce secteur.

Dans le secteur de la santé, il y a également des besoins de base non satisfaits. Les centres de santé de base sont réputés ne pouvoir satisfaire que 25% des besoins des patients en médicaments (Banque mondiale, 1996).

A partir des données représentatives de 4500 ménages à travers le territoire malgache, nos analyses donnent une indication de l'impact de ces défaillances au niveau des ménages pris individuellement. Certaines conclusions clés sortent de ces analyses:

1.1. Accès limité pour les pauvres

Des écarts considérables existent entre les riches et les pauvres. La dimension de la disparité, du moins en matière d'éducation, mérite d'être soulignée: dans le quintile de dépenses le plus pauvre, 33% seulement des enfants en âge de fréquenter l'école primaire le font contre 72% pour le quintile supérieur. La disparité est encore plus grande en milieu rural et en ce qui concerne les inscriptions dans l'enseignement secondaire (tableau 1).

En cas de maladie ou de blessure, les ménages riches ont également plus de possibilités pour rechercher des soins que les ménages pauvres; les taux à cet égard sont de 29% pour le quintile le plus bas contre 41% pour le quintile supérieur (tableau 1). Comme les pauvres ont moins tendance à déclarer qu'ils sont malades, la disparité entre riches et pauvres, en ce qui concerne les pourcentages de ceux qui ont accès au traitement médical lorsqu'ils en ont besoin, est probablement plus grande que ne l'indiquent ces chiffres.

1.2. Coût relatif plus élevé pour les pauvres

Qu'ils aient recours à des prestataires publics ou privés, les riches paient plus en termes absolus (en Fmg) pour scolariser un enfant ou pour traiter une maladie. Toutefois, lorsqu'elles sont mesurées par rapport aux ressources du ménage, ces charges

sont en général substantiellement plus lourdes pour les ménages pauvres (4,6% contre 2,7% pour les ménages plus riches).

Tableau 1. Taux d'utilisation des services sociaux, Madagascar 1994

Service	Quartile de dépenses		Ratio
	1 'les plus pauvres'	4 'les plus riches'	
<i>Ecole primaire (taux net de scolarisation)</i>			
Zone urbaine	30%	61%	0,5
Zone rurale	63%	86%	0,7
<i>Ecole secondaire (taux net de scolarisation)</i>			
Zone rurale	2%	18%	0,1
Zone urbaine	11%	57%	0,2
<i>Services publics de santé</i>			
Pourcentage déclarant une maladie et qui consulte les services formels	29%	41%	0,7
Dont ...			
... hôpital	42%	20%	2,1
... CSB	42%	42%	1,0
... clinique, médecins privés	16%	38%	0,4

1.3. Accès limité des populations rurales

Les différences entre zone rurale et zone urbaine sont aussi considérables au niveau des revenus, et reflètent que les revenus des ménages urbains sont plus élevés et l'accès aux services dans les zones urbaines est plus facile. Le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire pour les enfants en milieu rural représente moins de 60% de celui des enfants de la population urbaine. Les différences sont encore plus grandes en ce qui concerne l'enseignement secondaire (tableau 1). Les ruraux sont beaucoup moins susceptibles par rapport aux habitants des zones urbaines de rechercher des soins en cas de maladie: les pourcentages moyens de personnes malades consultant un prestataire de soins sont respectivement de 34% et 53% pour les zones rurale et urbaine.

1.4. Qualité médiocre en zone rurale

Les données sur les écoles primaires et les prestataires de soins de santé en zone rurale, résultant de l'enquête communautaire de l'EPM, fournissent des preuves supplémentaires des conditions qui prévalent dans ces secteurs. De forts ratios enseignant-élèves et le partage des salles de classe entre plusieurs classes constituent un phénomène courant dans les écoles primaires publiques. Les alternatives représentées par l'enseignement primaire privé, lorsqu'elles existent, ont tendance à l'emporter de loin en ce qui concerne les caractéristiques des bâtiments.

Quant aux prestataires de soins de santé, les données révèlent pareillement l'existence de contraintes sur la prestation effective des services

de santé par les prestataires publics, tout particulièrement pour les centres de santé de base. La proportion de centres dotés d'électricité, de réfrigérateur, et d'eau courante est encore faible. Les résultats sont meilleurs s'agissant des hôpitaux, mais sont encore loin d'être satisfaisants.

1.5. Faible discrimination entre genres

L'absence générale de discrimination entre genres a été observée tant dans l'analyse descriptive que dans les estimations économétriques de la demande de services d'éducation et de santé. Aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, il a été constaté que les filles et les garçons ont les mêmes chances de fréquenter l'école primaire et d'être soignés en cas de maladie. La seule exception apparaît dans l'enseignement secondaire où il existe une légère préférence en faveur des garçons.

2. Déterminants de l'utilisation

L'accès des ménages pauvres aux services sociaux de base et leur utilisation paraissent être déterminés par quatre facteurs principaux: l'accès, la qualité, le coût de prestation des services, et le revenu du ménage. Les analyses économétriques font ressortir l'impact significatif de ces quatre facteurs.

Parmi ces facteurs, c'est le facteur « coût » qui influe le plus fortement sur l'accès des ménages pauvres. Vu leurs moyens restreints, les ménages pauvres sont beaucoup plus susceptibles que les ménages riches à limiter leur utilisation devant une hausse de prix (tableau 2). Ce comportement aura des implications importantes pour la formulation de politiques économiques visant à renverser la tendance historique de diminution d'accès des ménages pauvres aux services sociaux de base.

Tableau 2. Elasticité* de la demande par rapport aux prix

Service	Quartile de dépenses		Ratio
	1 'les plus pauvres'	4 'les plus riches'	
<i>Ecole primaire</i>			
Publique	-0.51	-0.03	17.0
Privée	-1.14	0.34	
<i>Services de santé **</i>			
Services publics de base	-0.63	-0.17	3.7
Hôpitaux	-0.19	-0.21	0.9

* Pourcentage de changement suite à une hausse de 1% du prix

** Personnes âgées de 15 ans et plus

3. Leviers de politique économique

3.1. Distance

Les analyses économétriques entreprises indiquent que les difficultés d'accès – distance et qualité des routes – limitent sérieusement l'utilisation de toutes sortes de services sociaux. Par conséquent, il est probable qu'une politique d'investissement dans la construction d'écoles locales et de centres de santé et/ou une politique d'amélioration du réseau des transports serviront à relever le taux de scolarisation de l'enseignement primaire et particulièrement de l'enseignement secondaire et les taux de traitement des maladies chez les ruraux. Comme illustration, nos simulations montrent que la construction de nouvelles écoles secondaires (ce qui aurait pour effet de les rendre plus proches) et l'amélioration du réseau des transports entraîneront des avantages substantiels pour la scolarisation au niveau de l'école secondaire dans les zones rurales (tableau 3).

Tableau 3. Education secondaire en milieu rural : impact* d'une facilitation de l'accès physique aux écoles

Options de politique	Probabilité d'inscription	
	Enfants de 12 à 18 ans	Enfants ayant terminé l'école primaire
Situation actuelle	11.1%	58.0%
Réduction de la distance à parcourir ...		
... de moitié	13.3%	61.9%
... à zéro	16.6%	66.7%
Aménagement de route en pavés vers le village	14.0%	70.0%

* Simulation sur base de modèle économétrique

Etant donné le faible taux de tarification actuel des services sociaux de base (moins de 1.000 Fmg par élève en moyenne en 1994 pour l'éducation primaire publique), la possibilité d'une incitation à travers une baisse de prix reste négligeable, sauf peut-être pour les uniformes et les cahiers. Par contre, l'accès physique (jonction de la distance et de la qualité des routes) aux services reste l'un des rares leviers susceptibles de favoriser l'accès des ménages pauvres aux services sociaux de base. La qualité en est l'autre.

3.2. Qualité

Les parents des zones rurales sont plus enclins à inscrire leurs enfants dans une école publique quand la qualité de celle-ci est jugée meilleure. Les résultats confirment l'idée selon laquelle la qualité médiocre des écoles a été l'un des facteurs à l'origine de la baisse du niveau de scolarisation, dans l'enseignement primaire à Madagascar au cours de ces dernières années. Les simulations d'amélioration de la qualité dans les écoles

publiques montrent qu'elles conduiront à des gains importants d'inscription dans ces écoles publiques et dans l'enseignement primaire en général (tableau 4). Par exemple, l'élimination du partage des salles de classe augmenterait les effectifs des étudiants pauvres d'approximativement 11% (de 38% à 49% : voir tableau 4).

3.3. La question du recouvrement de coûts

Nous savons qu'une hausse du prix se fera sentir principalement par une diminution de l'effectif des utilisateurs pauvres, qui sont les plus sensibles au niveau du prix (tableau 2). Des simulations effectuées à partir des modèles économétriques suggèrent qu'une augmentation de 5.000 fmg des frais de scolarité dans l'école publique (en valeur 1994), non accompagnée de mesures d'amélioration de la qualité, diminuera d'approximativement 10% (de 41% à 31%) les effectifs des enfants des ménages les plus pauvres à l'école primaire. De même, les simulations en matière de santé publique des adultes suggèrent que face à une hausse même modeste des frais de visite, la demande des pauvres auprès des centres de santé publics diminuera significativement (tableau 4). Puisque les pauvres n'ont pas les moyens financiers de se présenter devant les fournisseurs privés, leur utilisation globale diminuera aussi significativement (tableau 4, dernière ligne).

Tableau 4. Simulations de politique économique : éducation primaire et santé en milieu rural

	Probabilité d'utilisation		
	1	4	Ensemble
	'les plus pauvres'	'les plus riches'	
Ecoles primaires publiques et privées (enfants de 6 à 12 ans)			
Situation actuelle	0,38	0,63	0,49
Amélioration de la qualité (annuler le partage de salles dans les écoles publiques)	0,49	0,72	0,53
Améliorer la qualité et augmenter les frais de scolarité de ...			
... 5000 FMG	0,36	0,72	0,53
... 10000 FMG	0,25	0,71	0,48
Services de santé (personnes de 15 ans et plus) *			
<i>Services publics (hôpitaux et services de base)</i>			
Situation actuelle	0,20	0,23	0,21
Imposition de 1000 fmg par visite dans les centres publics	0,11	0,20	0,16
<i>Tous services de santé (publics et privés)</i>			
Situation actuelle	0,25	0,31	0,29
Imposition de 1000 fmg par visite dans les centres publics	0,17	0,29	0,24

Simulation sur base de modèle économétrique

* Echantillon d'adultes malades ou blessés

Néanmoins, au vu des contraintes sévères que le gouvernement doit affronter en matière de recettes publiques, une question clé de politique réside

dans le potentiel de recouvrement des coûts à travers des frais imposés à l'utilisateur des services publics. Pour l'école primaire, en valeur 1994, les dépenses publiques étaient de l'ordre de 50.000 fmg par élève. L'imposition des frais de 5.000 fmg par élève couvrirait donc d'approximativement 10% seulement le coût engagé par la trésorerie publique. Même si ce montant réduit significativement les effectifs des enfants scolarisés des ménages les plus pauvres, une politique de recouvrement plus ambitieuse ne semble pas pratique.

Plus modestement, il semble possible de financer les mesures d'amélioration de la qualité des écoles par l'institution de frais à l'utilisateur. Par exemple, si on veut éliminer la pratique du partage des salles de classe, les frais annuels pourraient être augmentés de 5.000 Fmg, ce qui entraînerait une hausse dans la moyenne des inscriptions, ce qui ne serait pas le cas avant l'instauration des mesures d'amélioration (tableau 4). Toutefois, bien que les inscriptions globales puissent augmenter sous cette politique, ce seront les riches qui en profiteront devant une légère baisse de l'effectif des élèves provenant des ménages pauvres. Comme le taux d'inscription chez les pauvres est plus sensible aux changements de prix, une politique alternative de recouvrement des coûts serait celle qui instituerait des hausses différentielles de frais - autrement dit, une différenciation dans les prix - auquel cas les frais subiraient une hausse plus élevée pour les « non-pauvres » (qu'il s'agisse des individus ou des communautés) et les pauvres. De même, un recouvrement partiel du coût serait moins néfaste aux niveaux supérieurs des services de l'éducation et de la santé, auxquels les pauvres n'ont presque pas accès.

3.4. Laisser faire les écoles et cliniques privées?

Actuellement des alternatives privées aux services publics, pour l'éducation et la santé, sont utilisées de façon disproportionnée par les ménages plus aisés - ce qui constitue certes un modèle courant. Cependant, les contraintes de ressources de l'Etat limitent la possibilité d'un développement plus significatif des services publics, et que de plus ceux-ci souffrent d'une carence sur le plan de la qualité, il vaut la peine d'évaluer si un secteur privé plus développé serait à même de compenser les défaillances des prestations du secteur public.

Les résultats de ces simulations suggèrent que le secteur privé ne peut pas remplir cette fonction aisément. Même une expansion majeure des prestataires privés (qui se ferait tout en maintenant les niveaux de frais actuels) ne conduira pas à de grands changements dans les taux de scolarisation

de l'ensemble de l'enseignement primaire (secteur public et secteur privé) ni dans celui des consultations pour soins curatifs en zone rurale. Par ailleurs, de tels changements, s'ils ont lieu, ne favoriseront pas particulièrement les pauvres. Les effets simulés sont particulièrement réduits dans le cas des services de santé. Il en ressort que les services publics doivent toujours jouer le rôle de leader dans ces domaines.

Conclusions

Il en résulte la nécessité d'une intervention publique d'envergure afin de renverser la tendance néfaste de déscolarisation et de détérioration des niveaux de l'état sanitaire des ménages pauvres. Il faut noter aussi que le secteur privé ne comblera pas les besoins des couches défavorisées de la population.

Les résultats font ressortir également l'existence de synergies importantes dans les politiques cherchant à cibler la réduction de la pauvreté et l'élargissement de l'accès aux services d'éducation et de santé. La réduction de la pauvreté, en augmentant les revenus, fera augmenter les investissements du ménage en éducation et en santé. A leur tour, ces investissements, tout particulièrement les investissements dans la scolarisation, feront augmenter les futurs revenus. Ainsi se déclenchera une spirale vertueuse de hausse d'accès et de revenus d'une génération à l'autre.

Pour s'y faire, des investissements publics des plus efficaces s'avèrent nécessaires dans le relèvement de la qualité de ces services et la diminution des distances que les utilisateurs doivent parcourir surtout en zones rurales.

Référence

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.

ⁱ 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.