



Le financement privé dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'eau

Ce sont souvent les pouvoirs publics qui financent et fournissent les services collectifs essentiels : soins médicaux de base, éducation primaire, eau et assainissement. À cela plusieurs raisons. Premièrement, puisque ces services sont des biens collectifs, leur prix sur le marché ne rendrait pas compte à lui seul de leur valeur intrinsèque ni des avantages que la société en retire. L'éducation de base profite non seulement aux individus qui acquièrent ainsi un savoir, mais également à toutes les composantes de la société, car elle améliore la santé et l'hygiène et accroît la productivité des travailleurs.

Deuxièmement, le financement public a pour vocation d'assurer un accès équitable aux services collectifs essentiels. Ceux-ci font généralement défaut aux gens pauvres, qui ne les utilisent pas s'ils doivent les payer, d'où des difficultés à sortir de la pauvreté.

De surcroît, il est fréquent que l'État joue un rôle prépondérant dans la mise à disposition de ces services. La multiplicité des prestataires (publics ou privés) peut entraîner des doublons et faire augmenter les coûts. Qui plus est, l'accès aux services de base constitue un droit fondamental, inscrit dans la Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels, et que les pays sont tenus de garantir. Les engagements nationaux pris dans le cadre de la Déclaration du Millénaire et des Objectifs du Millénaire pour le développement vont dans ce sens.

Cependant, un service public ne constitue pas toujours la meilleure solution lorsque les institutions sont peu solides et que l'utilisation des fonds de l'État manque de transparence. C'est souvent le cas dans le monde en développement. (Le chapitre 7 montre comment amener les gouvernants à rendre davantage compte de l'emploi des fonds publics dans le domaine des services collectifs sociaux.)

Dans les pays riches, les prestataires privés ont dominé les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'approvisionnement en eau durant la première moitié du XIX^e siècle. Ces services étaient néanmoins peu étendus. Leur financement et leur fourniture sont devenus majoritairement publics dans la seconde moitié du XIX^e siècle. En effet, c'est seulement lorsque les pouvoirs publics sont intervenus que ces services se sont généralisés au Canada, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis, dans le dernier quart du XIX^e siècle et la première moitié du XX^e siècle.

Dans les pays pauvres, pendant les premières décennies qui ont suivi la seconde guerre mondiale, les prestataires de services de santé et les établissements d'enseignement privés ont coexisté avec un secteur public en expansion. Cependant, dans les années quatre-vingt et surtout quatre-vingt-dix, ils ont rapidement pris leur essor. À mesure que les entreprises d'État déficitaires étaient privatisées, tant dans l'industrie que dans les services, la même tendance fut encouragée pour les services sociaux. Il ressort de l'expérience des pays riches que les services collectifs devraient, dans un premier temps, relever de l'État, puis donner lieu à des interventions plus ciblées et, par la suite, à des partenariats public-privé sur différents marchés, en fonction de la nature des services dans les secteurs concernés.

POURQUOI LES PRESTATAIRES PRIVÉS GAGNENT-ILS EN IMPORTANCE DANS LES PAYS PAUVRES ?

Dans les pays en développement, la place de plus en plus grande du secteur privé dans la santé et l'éducation et la tendance à la privatisation de l'approvisionnement en eau et des services hospitaliers tiennent à trois facteurs : des ressources publiques faibles, la médiocre qualité du service public et les pressions en faveur de la libéralisation économique.

DES RESSOURCES PUBLIQUES FAIBLES

Souffrant d'un manque de fonds, qu'il s'agisse des ressources nationales ou de l'aide extérieure, nombre de pays pauvres ne peuvent dispenser des services collectifs efficaces ni financer d'importants investissements d'infrastructure. Ils privatisent souvent dans l'optique d'en tirer des recettes, mais c'est la suppression des subventions aux entreprises publiques déficitaires qui est pour eux le plus avantageux.

Dans certains cas, par exemple pour l'eau et l'assainissement domestiques (ainsi que pour l'eau d'irrigation et l'énergie), la distorsion des structures tarifaires s'ajoute au volume insuffisant de fonds publics. Lorsque l'infrastructure est publique, les tarifs sont souvent trop bas pour permettre le recouvrement des coûts, et les problèmes de non-paiement sont fréquemment négligés. Cette approche favorise essentiellement les gens riches, tandis que les pauvres

C'est seulement lorsque les pouvoirs publics sont intervenus que les services de santé, d'éducation et d'approvisionnement en eau se sont généralisés au Canada, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis

souffrent d'un manque d'accès à ces services. De plus, à mesure que la population urbaine s'accroît, les autorités locales dont les recettes fiscales s'amenuisent ne sont pas en mesure d'étendre l'infrastructure aux plus démunis. Par voie de conséquence, l'approvisionnement en eau diminue en quantité et en qualité là où vivent les classes moyennes, et n'atteint pas les nouveaux quartiers pauvres.

UN SERVICE PUBLIC DE QUALITÉ MÉDIOCRE

Dans nombre de pays, le manque de moyens se traduit par un service public de qualité médiocre. Les exemples abondent de situations dans lesquelles l'État est incapable de fournir aux citoyens, et notamment aux pauvres, les services collectifs essentiels ou des services de qualité.

En Inde et au Pakistan, beaucoup de ménages dans le besoin disent avoir décidé de recourir au privé principalement à cause de l'absentéisme des enseignants dans les écoles publiques¹. Quant aux médecins qui travaillent dans le secteur public pour un salaire de misère, ils complètent fréquemment leur revenu en vendant des médicaments censés être distribués gratuitement². Les pauvres (et les autres) sont donc contraints de s'adresser à des prestataires privés, car ces derniers sont plus accessibles et délivrent souvent des médicaments lors de la consultation (contrairement aux structures publiques, où les médicaments ne sont pas toujours disponibles).

Pour disposer d'une eau plus abondante et de meilleure qualité, les pauvres doivent souvent payer un prix exorbitant à de petites sociétés privées qui

leur envoient des camions-citerne. En Asie du Sud, la plupart des citadins n'ont de l'eau que quelques heures, et ce, pas tous les jours³. Ils obtiennent de l'électricité pour une durée un peu plus longue chaque jour, mais le nombre d'interruptions augmente par temps très chaud en été, quand la température peut grimper jusqu'à 48°C.

LES PRESSIONS EN FAVEUR DE LA LIBÉRALISATION ÉCONOMIQUE

L'essor des prestataires privés tient également aux donateurs, qui préconisent la libéralisation économique et l'ouverture des marchés pour faire avancer la croissance et le développement. Les services collectifs constituent les points critiques de ce processus d'élargissement du rôle du secteur privé. Dans les années quatre-vingt-dix, de nombreux donateurs ont souhaité que la prestation et le financement privés soient étendus à ces services, notamment à l'adduction d'eau en milieu urbain. L'Accord général du commerce des services établi par l'Organisation mondiale du commerce encourage, lui aussi, une privatisation partielle (encadré 5.1).

SANTÉ

De nombreux pays en développement – en Amérique latine, en Asie du Sud et du Sud-Est –, disposent d'un secteur privé important et florissant. De surcroît, une forte proportion des dépenses de santé est de nature privée dans toutes les régions⁴ : dans les pays à faible revenu, le secteur privé assure plus de la moi-

ENCADRÉ 5.1

Les services collectifs et l'Accord général sur le commerce des services

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) définit un cadre juridique pour les échanges internationaux de services, tant sur la base de règles commerciales générales que d'engagements nationaux spécifiques concernant l'accès au marché de chaque membre. Nombreux sont ceux qui se demandent si l'AGCS protège suffisamment la capacité des pays à définir par eux-mêmes le meilleur mode de fourniture des services collectifs, notamment le degré admissible de participation des prestataires étrangers.

D'un côté, cet accord confère aux gouvernements nationaux un pouvoir discrétionnaire considérable pour décider du bien-fondé d'ouvrir les services aux sociétés étrangères et, le cas échéant, pour déterminer quand et comment le faire. Aucun pays n'est tenu d'ouvrir un secteur particulier à la concurrence étrangère, et chacun peut fixer des conditions quant à la nature et au rythme de cette libéralisation. Sous réserve d'une compensation appropriée, les États peuvent également suspendre ou modifier les engagements existants. De surcroît, les

services couverts par l'AGCS sont définis comme étant « tous les services de tous les secteurs, à l'exception des services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Enfin, les pays peuvent invoquer des exceptions générales pour protéger l'intérêt public, notamment dans les domaines de la sécurité et de la santé publique.

D'un autre côté, conformément à l'AGCS, les membres doivent engager « des séries de négociations successives [...] en vue d'élever progressivement le niveau de libéralisation », et les pays seront encouragés avec de plus en plus d'insistance à libéraliser de nouveaux aspects de la fourniture des services. Plus préoccupant, le flou des termes de cet accord risque de nier les mesures de sauvegarde décrites plus haut.

La clause d'exclusion ne s'applique qu'aux services qui ne sont fournis ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs. Cependant, il est rare que les pouvoirs publics soient l'unique prestataire. De fait, en général, divers acteurs publics et privés interviennent et se font concu-

rence pour attirer les utilisateurs. En outre, il subsiste une ambiguïté quant à l'étendue précise des services relevant du critère d'exclusion. Si elle n'est pas concernée par cette exclusion, la législation adoptée par les gouvernements nationaux pour assurer l'équité et l'efficacité des services pourrait être en contradiction avec l'AGCS. L'aide de l'État proposée uniquement aux organisations non gouvernementales exploitant des écoles et des établissements de santé dans les zones sous-desservies est susceptible d'être remise en question si un pays libéralise ses secteurs de la santé et de l'éducation, et si ces nouvelles conditions n'ont pas été officialisées.

On pourrait renforcer l'AGCS en supprimant la clause qui exclut les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental, ou en modifiant le texte de façon que cette clause porte sur la fonction, et non sur le mode de fourniture.

Sources : Mehrotra et Delamonica, à paraître ; Save the Children, 2001 ; Centre canadien des politiques alternatives, 2003 ; HCNUDH, 2003 ; OMC, 2003.

tié des services de santé de base⁵. En Asie et en Amérique latine, une part significative des hôpitaux et des structures médicales appartient au privé, même si les mesures de prévention relèvent, dans une large mesure, des pouvoirs publics⁶.

En Amérique latine plus que dans toute autre région en développement, le poids du privé est devenu gigantesque depuis l'ouverture, dans les années quatre-vingt-dix, de la gestion du système de santé aux multinationales. Plusieurs de ces groupes internationaux (Aetna, CIGNA, Prudential, American Insurance Group, tous basés aux États-Unis) sont présents dans l'assurance maladie et les services de santé. En outre, ils ambitionnent d'administrer les établissements publics et d'obtenir accès aux remboursements des caisses de retraite pour les soins médicaux. Ces entreprises investissent :

- En rachetant des sociétés bien implantées qui vendent des produits d'assurance ou des contrats de prévoyance santé prépayés.
- En fusionnant avec d'autres sociétés.
- En passant des accords pour gérer les couvertures sociales de base et les établissements de santé publics⁷.

En Amérique latine, quelque 270 millions de personnes, soit 60 % de la population, bénéficient de prestations en espèces et de soins payés (et souvent délivrés) par le régime de base. C'est en Argentine et au Chili que la pénétration de ce marché par les multinationales est la plus forte, mais elle progresse également au Brésil et s'amorce en Équateur⁸.

L'IMPACT DE LA GESTION DES SOINS

Tous les citoyens doivent pouvoir accéder aux services de santé essentiels, et le secteur privé peut aider à répondre à différents besoins. Mais *quid* de l'équité ?

Pendant longtemps, en Amérique latine, c'est le régime de base qui a dispensé les services de santé. Cependant, à compter des années quatre-vingt-dix, la gestion d'une grande partie de ses caisses a été proposée à des assureurs étrangers. Aujourd'hui, une forte proportion du financement sert ainsi à couvrir des frais administratifs en hausse et à rémunérer les actionnaires, si bien que l'accès des catégories de population vulnérables est restreint et que les dépenses consacrées aux services cliniques sont limitées. Au Chili, à la fin des années quatre-vingt-dix, près d'un quart des personnes relevant du système de gestion des soins (*managed care*) par le privé ont finalement préféré se faire soigner dans un établissement public, en invoquant comme raison principale le niveau élevé de leur contribution financière dans le premier cas⁹.

En Argentine, les hôpitaux, encore sous régime public voient affluer des malades aux couvertures sociales privées. Ces patients n'ont pas les moyens

d'acquitter la part qui est à leur charge, ou bien les médecins du privé ont refusé de les recevoir (les caisses n'ayant pas accepté de payer).

En Argentine et au Brésil, les hôpitaux publics ont à présent besoin des remboursements des caisses publiques et de celles des assurances privées, ainsi que de la participation financière des patients. Pour être soigné gratuitement dans un établissement public, un individu pauvre doit se soumettre à une enquête détaillée sur ses ressources. Le taux de rejet s'échelonne entre 30 et 40 % dans certains hôpitaux¹⁰. De plus, étant donné que les organismes de gestion des soins n'acceptent que les personnes en relative bonne santé, les plus malades sont dirigés vers le secteur public. Ce système à deux vitesses sape le partage des risques et les subventions croisées entre catégories en bonne santé et catégories vulnérables.

LE SYSTÈME DE SOINS ET LA RÉGLEMENTATION SONT-ILS APPROPRIÉS ?

Les avantages supposés de la privatisation sont difficiles à démontrer, car les données disponibles ne permettent pas de conclure à une meilleure efficacité et à une plus grande qualité des soins dans le privé que dans le public¹¹. Les exemples de défaillance du privé abondent.

Les services cliniques et les médicaments sont essentiellement des biens privés, et il existe de nombreux éléments attestant d'un dysfonctionnement de ces marchés. Le manque de capacité de réglementation aggrave la situation. Ainsi, dans le secteur privé de beaucoup de pays en développement, le surtraitement constitue un problème majeur : au Brésil, les césariennes sont plus fréquentes pour les patientes assurées dans le privé, car les médecins sont alors mieux rémunérés que pour un accouchement normal¹². À Mumbai, en Inde, il arrive souvent que des prestataires privés pratiquent des examens et adressent des patients à des spécialistes de manière injustifiée, afin de toucher un certain pourcentage des honoraires¹³. En revanche, même si la plupart des médecins canadiens et américains, ainsi que nombre de leurs confrères européens, travaillent dans le privé, leur profession est solidement réglementée, ce qui prévient toute crise du surtraitement.

Dans les pays en développement, les pharmacies privées non réglementées surtraitent, elles aussi, les maladies ou poussent à la consommation de médicaments coûteux, avec pour conséquence des pratiques dangereuses, une augmentation du coût des soins et une résistance accrue aux traitements. Les médicaments représentent entre 30 et 50 % des dépenses de santé dans les pays pauvres, contre 15 % dans les pays riches¹⁴. Les personnes qui n'ont pas les moyens de consulter un professionnel s'en remettent aux pharmacies, qui, bien souvent, ne res-

Les avantages supposés de la privatisation sont difficiles à démontrer, car les données disponibles ne permettent pas de conclure à une meilleure efficacité et à une plus grande qualité des soins dans le privé que dans le public

Demander aux ménages pauvres de payer la scolarité de leurs enfants ne favorise pas l'accès universel à l'éducation primaire et n'est donc guère susceptible de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement

peuvent pas les règles de prescription, surtout en Chine, en Asie du Sud et dans un certain nombre de régions d'Afrique. En Inde, plus de la moitié des sommes que les malades doivent déboursier eux-mêmes et près des trois quarts des dépenses d'hospitalisation servent à payer les médicaments et les honoraires de consultation¹⁵.

LES COÛTS

Dans de nombreux pays en développement, les coûts augmentent, et c'est le secteur privé qui est de mieux en mieux équipé. En Thaïlande, ce secteur dispose d'équipements au moins aussi sophistiqués que dans la majeure partie de l'Europe, malgré un revenu par habitant nettement inférieur et des pathologies très différentes¹⁶.

En Chine, le passage d'une politique de prévention à une politique de soins entraîne une progression significative des ventes de médicaments depuis le début des réformes économiques. On recense des investissements étrangers dans près de 1 500 laboratoires de fabrication, dans tout le pays¹⁷. L'accès limité aux services médicaux professionnels et la production pharmaceutique tous azimuts sur un marché déréglementé se traduisent par une utilisation irrationnelle des traitements, particulièrement chez les pauvres. En 1993, les médicaments représentaient 52 % des dépenses de santé en Chine, contre 15 à 40 % dans la plupart des autres pays en développement¹⁸. Dans certaines zones rurales, un traitement type représente, pour un paysan chinois, deux à cinq fois le revenu journalier moyen par habitant. Non seulement la vente excessive et inappropriée de médicaments contribue à des coûts médicaux plus élevés que nécessaire dans les campagnes pauvres, mais les traitements en question risquent d'être inefficaces et d'avoir des effets secondaires¹⁹.

Comme indiqué plus haut, en Amérique latine, des organismes de gestion des soins administrent désormais les établissements de santé publics. Une partie des moyens financiers auparavant destinés aux services cliniques sert ainsi à couvrir des frais administratifs en progression. Pour attirer les patients disposant d'une assurance privée ou d'une couverture sociale privée, les hôpitaux de Buenos Aires, en Argentine, font appel à des cabinets de gestion qui reçoivent un pourcentage fixe des facturations. Résultat : les charges administratives représentent aujourd'hui 20 % des dépenses de santé²⁰. Au Chili, les coûts d'administration et de publicité correspondent à 19 % des dépenses relatives à la gestion des soins²¹.

LA FUIITE DES CERVEAUX

Dans le monde en développement, la croissance des soins privés dépossède souvent un secteur public

fragile de ressources humaines cruciales. Ce fut notamment le cas en Thaïlande dans les années quarante et quatre-vingt-dix²². Les centres médicaux publics ne traitent désormais que les catégories les plus vulnérables – les pauvres, les gens âgés, les handicapés – avec de moins en moins de médecins correctement formés.

ÉDUCATION ET INSTRUCTION

Dans la plupart des pays de l'OCDE, 10 % environ des élèves fréquentent une école primaire privée (indépendante ou sous la tutelle de l'État). Cette proportion est généralement plus élevée dans le monde en développement. Ainsi, en Amérique latine, les écoles privées accueillent plus de 14 % des inscrits dans le primaire. Cette part atteint toutefois à peine 7 % au Costa Rica, pays qui enregistre pourtant de bons résultats économiques²³. Sur 22 pays d'Afrique subsaharienne disposant de statistiques dans ce domaine, le pourcentage s'échelonne entre 10 et 40 % dans 10 d'entre eux, et se situe en deçà de 10 % dans les 12 autres²⁴. En Inde, c'est dans les États affichant le plus bas taux d'inscription dans le primaire que le privé est le plus présent (Bihar, Uttar Pradesh), signe qu'il représente la seule issue lorsque le secteur public est peu performant²⁵.

Dans de nombreux pays en développement (mais pas dans la majorité), les inscriptions dans le privé augmentent avec le niveau d'études²⁶. Cependant, toutes régions confondues, il manque pour un grand nombre de pays des données récentes sur ces inscriptions, dans toutes les filières. C'est donc un aspect qui mérite l'attention des pouvoirs publics et des donateurs.

Trois éléments sont cruciaux pour l'enseignement privé et son financement. Le premier a trait à la demande : un coût élevé pour les familles compromet l'accès de tous à l'éducation de base. Les deux autres concernent l'offre, plus précisément l'équité et l'efficacité, à savoir les performances comparées du public et du privé, d'une part, et les subventions aux écoles privées, d'autre part.

DES FRAIS DE SCOLARITÉ ÉLEVÉS, DES INSCRIPTIONS EN BAISSÉ

Demander aux ménages pauvres de payer la scolarité de leurs enfants (que ce soit dans le privé ou dans le public) ne favorise pas l'accès universel à l'éducation primaire et n'est donc guère susceptible de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Au Ghana, les deux tiers des familles rurales n'ont pas les moyens d'envoyer régulièrement leurs enfants à l'école. C'est d'ailleurs la raison principale pour laquelle les trois quarts des enfants qui vivent dans la rue à Accra (la capitale) ont

dû abandonner l'école²⁷. Dans les pays d'Afrique où la scolarité est désormais gratuite, les élèves affluent.

DES PROBLÈMES DE QUALITÉ

De nombreux partisans de l'enseignement privé affirment que celui-ci est plus performant que l'école publique, plus responsable par nature, qu'il permet l'acquisition de capacités cognitives plus solides et qu'il développe chez les élèves un sentiment plus fort d'œuvrer eux-mêmes à leur propre éducation²⁸. Cependant, rares sont les éléments qui le démontrent²⁹. En effet, les établissements privés ne font pas toujours mieux que les structures publiques disposant de moyens comparables. Au Pérou, les élèves fréquentant les écoles primaires privées ont de meilleurs résultats, mais paient jusqu'à 10 fois plus³⁰.

Au Brésil, les notes obtenues en mathématiques et en langues donnent l'avantage au privé dans les mêmes proportions que dans plusieurs pays de l'OCDE (Grèce, Irlande, Espagne)³¹. Néanmoins, cet avantage est lié à l'origine sociale des élèves, quel que soit le type d'école : dans tous les pays étudiés, l'enseignement secondaire privé accueille les enfants de ménages aisés.

LE FINANCEMENT PUBLIC DES ÉCOLES PRIVÉES : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS ÉVENTUELS

L'enseignement privé comble le surcroît de demande. Tel est le principal argument en faveur d'une aide publique. Néanmoins, dans la plupart des cas, cette forme de scolarisation payante répond en fait à une demande différente, particulièrement dans les pays à faible revenu, où les ménages pauvres n'ont guère les moyens d'acquiescer ne serait-ce que les frais de scolarité dans le public. Par conséquent, le soutien de l'État à l'enseignement privé peut se révéler inéquitable s'il ne cible pas ces ménages. En moyenne, l'aide directe aux établissements primaires et secondaires privés avoisine 10 % des dépenses d'éducation publiques dans la zone OCDE. En revanche, en Inde, près d'un tiers des dépenses d'éducation directes vont aux écoles privées. Et pourtant, ce pays concentre plus d'un tiers des enfants en âge de fréquenter le primaire qui ne sont pas scolarisés³². En Indonésie, la plupart des écoles privées rurales dépendent des subventions autant que les établissements publics³³.

Dans beaucoup de pays en développement, c'est souvent l'État qui rémunère les enseignants du privé, ce qui rend ces derniers moins responsables vis-à-vis des parents et des directeurs des établissements³⁴. Ces subventions pèsent encore plus sur des systèmes publics déjà précaires, qui doivent répondre, avec de moins en moins de ressources humaines et financières, aux besoins des catégories les plus vulnérables.

Selon une étude portant sur 16 économies en développement, les pays dans lesquels le taux d'inscription dans les lycées privés est le plus élevé sont aussi ceux qui affichent le plus bas taux global d'inscription pour ce niveau d'études (Inde, Indonésie, Zimbabwe)³⁵. En revanche, en Chine, Jamaïque, Malaisie et Thaïlande, autant de pays où le taux d'inscription est relativement élevé, plus de 90 % des dépenses d'éducation publiques directes sont destinées aux établissements publics.

METTRE LE SECTEUR PRIVÉ AU SERVICE DES PAUVRES

Malgré ses inconvénients éventuels, le financement public de l'école privée peut être utile dans certaines conditions, notamment lorsque l'État a des difficultés à supporter l'intégralité des coûts nécessaires (construction d'établissements et rémunération des professeurs dans le public) pour atteindre l'objectif d'un enseignement primaire pour tous. Dans certains pays, la pénurie de structures d'enseignement publiques entraîne l'expansion du privé. Pour que les enfants des familles pauvres qui ne peuvent payer les frais de scolarité puissent fréquenter une école privée, l'État peut financer leur scolarité en délivrant des coupons.

La Colombie a ainsi introduit un système de coupons pour faire face au manque d'établissements publics d'enseignement secondaire. Cette forme de financement public de l'enseignement privé peut contribuer au développement de la scolarisation à un coût moindre pour l'État, car celui-ci ne finance alors que les coupons. Elle diffère légèrement du dispositif qui permet aux familles d'inscrire leurs enfants à l'école de leur choix, publique ou privée. Afin d'éviter de favoriser la classe moyenne, qui recourt généralement, contre rémunération, à l'école privée, il convient de ne distribuer des coupons qu'aux familles pauvres, comme c'est le cas au Bangladesh, au Chili, en Colombie, à Porto Rico ou au Royaume-Uni³⁶.

EAU ET ASSAINISSEMENT

Seulement 5 % environ des habitants de la planète (soit quelque 300 millions de personnes) sont approvisionnés en eau par des entreprises privées. La majeure partie de l'infrastructure d'adduction d'eau et d'assainissement des villes résulte de partenariats public-privé qui, dans les pays très urbanisés, remontent pour la quasi-totalité aux années quatre-vingt-dix (tableau 5.1).

Les sociétés privées ne souhaitent généralement pas assurer l'approvisionnement en eau des campagnes dans les pays à faible revenu, car elles considèrent que cette activité n'est pas rentable dans les

Selon une étude portant sur 16 économies en développement, les pays dans lesquels le taux d'inscription dans les lycées privés est le plus élevé sont aussi ceux qui affichent le plus bas taux global d'inscription pour ce niveau d'études (Inde, Indonésie, Zimbabwe)

Quasiment inexistants au début des années quatre-vingt-dix, et aujourd'hui au nombre de plus de 2 350, les partenariats public-privé dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement affichent des résultats mitigés

zones rurales. Concernant l'assainissement, les partenariats public-privé jugent parfois, eux aussi, que les populations pauvres constituent une clientèle non rentable. Illustration de ces préjugés, certaines entreprises du secteur de l'eau opérant dans le secteur privé ont trouvé des moyens d'exclure les plus démunis de ce service, y compris dans les villes. Ainsi, à Cartagena, en Colombie, un grand bidonville n'a pas été raccordé au réseau d'eau parce que le prestataire a estimé qu'il ne faisait pas partie de l'agglomération³⁷. De plus, dans certains pays, l'extension des raccordements est limitée. En 1994, quelque 80 % des habitants de Dakar, au Sénégal, avaient accès à l'eau potable. Quatre ans après la privatisation de ce service, cette proportion n'avait été portée qu'à 82 %³⁸.

Que ce soit pour l'eau ou pour l'assainissement, les multinationales privées sont encore peu présentes dans les zones urbaines des pays à faible revenu. Même dans les pays à revenu intermédiaire, où la majeure partie de la population est citadine, l'ampleur des investissements requis peut les dissuader. C'est grâce aux efforts des communautés et entreprises locales (privées et publiques) que la fourniture des services sera pérenne, et les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer dans la mise en place de l'infrastructure nécessaire.

DES PERFORMANCES MITIGÉES, UN FINANCEMENT INCERTAIN

Quasiment inexistants au début des années quatre-vingt-dix et aujourd'hui au nombre de plus de 2 350, les partenariats public-privé dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement affichent des résultats mitigés. L'un des principaux arguments en faveur de la privatisation est la possibilité de lever de nouveaux capitaux, qui permettront aux partenariats public-privé de mobiliser des ressources supplémentaires pour les services essentiels. Cependant, après avoir culminé en 1996, le financement international privé pour l'eau et l'assainissement est en recul. Et cette tendance devrait persister³⁹.

DROITS D'UTILISATION

Les utilisateurs font les frais de la réticence du secteur privé à financer des investissements peu rentables dans les zones rurales pauvres. Cependant, les partenariats public-privé se comportent souvent de la même manière, et ce, plus directement encore : les sommes qu'ils facturent pèsent encore plus de manière disproportionnée sur les individus pauvres. Néanmoins, ces derniers payaient bien plus lorsque l'eau leur était fournie par des petites entreprises.

Les partenariats public-privé reposent sur le principe du paiement des services par le client. La

TABLEAU 5.1
Investissements dans des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, avec participation du secteur privé, dans divers pays, 1990-94 et 1995-2000 (en millions de dollars)

Pays	1990-94	1995-2000
Afrique du Sud	n.d.	209
Argentine	4 075	4 173
Brésil	3	2 891
Chili	128	3 720
Indonésie	4	883
Malaisie	3 977	1 116
Mali	0	697
Mexique	295	277
Philippines	n.d.	5 820
République tchèque	16	37
Roumanie	n.d.	1 025

Source : Banque mondiale, 2002j.

privatisation de la distribution d'eau et de l'assainissement a fait nettement augmenter les tarifs, parfois du jour au lendemain et avec des conséquences désastreuses (encadré 5.2). Cependant, si la majoration des prix est une condition de leur réussite, les entreprises publiques dans le secteur de l'eau ont prouvé que le supplément de recettes peut servir à améliorer le service et à élargir la couverture.

LORSQUE LE SECTEUR PRIVÉ JOUE UN RÔLE POSITIF

La privatisation de l'eau et de l'assainissement ne mène pas nécessairement à un échec dans tous les cas. Ainsi, en Afrique subsaharienne, certains partenariats public-privé ont permis d'améliorer la qualité de l'eau⁴⁰. Plus généralement, le succès de la privatisation de l'eau dépend, dans une large mesure, de la réglementation, du degré d'intérêt des investisseurs et de la situation initiale de l'entreprise publique concernée⁴¹. Bien souvent, les services qui étaient de bonne qualité le restent après leur privatisation.

Il faut une volonté politique pour que la privatisation de la distribution d'eau bénéficie aux pauvres. En Bolivie, l'eau et l'assainissement à La Paz et El Alto ont été attribués au soumissionnaire qui a promis le plus grand nombre de raccordements dans les quartiers pauvres. Cet adjudicataire a ensuite dû relier, sur une période de cinq ans, 72 000 foyers au réseau d'eau et 38 000 au réseau d'assainissement.

Non seulement les pouvoirs publics obligent contractuellement les prestataires privés à étendre leurs services, mais ils utilisent le produit des privatisations à cette fin. Les entreprises privées qui desservent les quartiers pauvres bénéficient d'incitations financières, telles que des aides à l'investissement. Qui plus est, l'augmentation des tarifs dont la privatisation s'accompagne habituellement peut être compensée par des subventions réservées aux populations

Les redevances d'utilisation en Afrique du Sud et en Bolivie

La privatisation de l'eau entraîne souvent des hausses tarifaires inacceptables pour les ménages pauvres. Dans certains systèmes publics, la facture était nettement inférieure au seuil d'amortissement des coûts, et le non-paiement n'était généralement pas considéré comme préoccupant. Une telle approche n'est toutefois pas souhaitable, car elle revient, pour les entreprises publiques exsangues, à subventionner tous les consommateurs, qu'ils soient riches ou pauvres. Mais passer du jour au lendemain de prix anormalement bas à des prix exagérément élevés a également des conséquences désastreuses pour les plus démunis.

Afrique du Sud

L'Afrique du Sud a réalisé des avancées stupéfiantes dans l'alimentation en eau de sa population, malgré des difficultés à gérer les structures tarifaires. Cependant, en août 2000, une épidémie de choléra a éclaté dans la province de KwaZulu-Natal, touchant près de 14 000 personnes et faisant plus de 250 morts. Elle s'est déclarée après que les autorités locales ont coupé l'approvisionnement en eau d'un bidonville dont les habitants n'avaient pas les moyens de payer les nouvelles redevances. Le ministère des eaux et des forêts admet que les mécanismes de recouvrement des coûts ont aggravé cette épidémie,

Sources : ICI, 2003c ; Lobina, 2000 ; Sidley, 2001, p. 71.

contraignant les ménages à chercher d'autres sources d'approvisionnement en eau.

Pour privatiser son secteur de l'eau, l'Afrique du Sud a inversé sa politique qui consistait jusqu'alors à maintenir des tarifs peu élevés et à ne pas réclamer les paiements en souffrance. Le problème, c'est que ce changement a été soudain et n'a pas été accompagné de mesures destinées à alléger le fardeau financier pesant sur les pauvres.

Bolivie

Début 2000, des manifestations ont eu lieu dans la ville bolivienne de Cochabamba, essentiellement pour protester contre la hausse du prix de l'eau, devenue entre 3 et 4 fois plus chère. Cette hausse a été décrétée quelques semaines seulement après qu'une entreprise privée londonienne, Aguas del Tunari, a obtenu le marché de l'alimentation en eau de la ville. Les manifestations ont paralysé Cochabamba pendant quatre jours. Lorsqu'elles se sont étendues à l'ensemble du pays, 50 personnes ont été placées en garde de vue, des douzaines d'autres blessées et 6 sont décédées à la suite de violences.

Nombre d'analystes conviennent que ce relèvement significatif du prix de l'eau était motivé par le coût élevé d'un projet d'aménagement que les particuliers ont dû payer d'avance. Il s'agissait d'un des

programmes d'ingénierie les plus complexes d'Amérique du Sud. Il consistait à édifier un barrage, pour 130 millions de dollars, une centrale hydro-électrique, ainsi qu'un tunnel de 20 kilomètres pour acheminer l'eau de la rivière Misisicuni jusqu'à Cochabamba.

Les redevances risquent fort d'appauvrir la population et de la dissuader de recourir à des services qui sont pourtant grandement nécessaires. Avant d'augmenter les redevances applicables aux services collectifs de base, les pouvoirs publics doivent s'assurer que la hausse n'est pas disproportionnée par rapport aux capacités de paiement des utilisateurs. Premièrement, il leur faut en expliquer le bien-fondé aux citoyens. La communication doit donc bien passer entre prestataires et clients. Deuxièmement, l'État doit fixer les tarifs stratégiquement, de sorte que les ménages riches paient pour les ménages pauvres. Il convient également de rechercher d'autres moyens d'aider financièrement les seconds. Ainsi, en Afrique du Sud, beaucoup de militants ont demandé que les autorités fournissent gratuitement 50 litres d'eau par jour à chaque foyer pauvre, ce qui constitue, pour l'Organisation mondiale de la santé, le minimum requis en matière d'hygiène et de santé. Troisièmement, les hausses du prix de l'eau doivent être progressives, et non brutales.

pauvres. Au Chili, ces subventions ont permis à chaque ménage de ne pas consacrer plus de 5 % de leur revenu à l'eau⁴².

DES APPROCHES PROMETTEUSES

Les programmes publics enregistrent de nombreux succès en ce qui concerne la fourniture des services collectifs de base à l'ensemble des citoyens. La privatisation ne doit donc pas être considérée comme la seule solution pour réorganiser des services publics mal gérés.

S'APPUYER SUR DES SYSTÈMES PUBLICS EFFICACES

Une grande partie des services collectifs a pour objectif de produire des biens communs et présente de nombreuses externalités, ce qui nécessite la participation financière de l'État pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population. La récente tendance à la privatisation des services collectifs a ignoré l'expérience des pays riches, ainsi que celle de beaucoup de pays en développement aujourd'hui, qui ont misé sur les systèmes publics pour fournir ces services à la plupart (voire à l'ensemble) de leur population à mesure qu'eux-mêmes se développaient. Les acteurs privés n'ont joué qu'un rôle modeste dans ce processus.

De nombreux pays en développement très performants à l'heure actuelle ont réussi à améliorer leurs indicateurs sanitaires dès leur décollage économique, en mettant en place un dispositif de soins universel financé par les recettes publiques. Dans beaucoup d'entre eux (Botswana, Costa Rica, Zimbabwe), les citoyens aisés ont quitté ce dispositif pour prendre une assurance privée⁴³, ou bien, s'il n'y en avait pas (Sri Lanka et État indien du Kerala), ils ont directement payé des prestataires privés⁴⁴. Cependant, pour la majorité de la population de ces pays, l'amélioration de la situation sanitaire est le résultat de soins accessibles à tous et à un coût abordable, qui sont financés par les recettes publiques et mis en œuvre grâce à l'octroi de moyens aux échelons inférieurs du système de santé⁴⁵.

Les pays en développement qui obtiennent de bons résultats économiques se sont également efforcés très tôt de permettre l'accès de tous à l'école primaire, lorsque leur revenu était faible. Les pays où le taux d'alphabétisation était supérieur à celui de leurs voisins en 1980 sont aussi celles dans lesquelles la proportion d'élèves fréquentant une école privée était moins élevée au cours des 15 années précédentes. Ainsi, en Asie du Sud, le Sri Lanka affichait un taux d'alphabétisation de 85 % en 1980, contre une moyenne régionale de seulement 38 %⁴⁶, et la part de l'enseignement primaire et secondaire privé était minime entre 1965 et 1980.

Dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement, l'existence d'entreprises publiques inefficaces, surdimensionnées et corrompues est largement attestée. Mais on dénombre par ailleurs des systèmes publics performants, largement ignorés par les tenants de la privatisation. Ainsi, au Chili, 97 % des citoyens avaient accès à l'eau potable en 1990, et 80 % au réseau d'assainissement. À Bogota, en Colombie, les services des eaux municipaux ont été menacés de privatisation, mais, une fois réformés, ils ont su étendre leur couverture (encadré 5.3).

À Debrecen, en Hongrie, l'entreprise des eaux publique a nécessité des investissements considérables au milieu des années quatre-vingt-dix. L'État a voulu la céder à une multinationale, puis à une autre, mais ces deux tentatives ont échoué. En 1995, le conseil municipal a décrété que les gestionnaires locaux de l'eau disposaient des compétences requises. Une nouvelle entité publique locale a réalisé les investissements nécessaires, beaucoup moins chers que ceux proposés par le secteur privé, notamment en effectuant ses achats sur place au lieu de les importer. Résultat : des prix inférieurs de 75 % à ceux prévus par les prestataires privés.

RENFORCER L'ÉTAT

Les pays en développement ont besoin de renforcer leur capacité de réglementation, afin que les secteurs public et privé opèrent efficacement, pour tous les services et pour tous les utilisateurs. Il faudrait notamment former les fonctionnaires à de nouvelles tâches. Il ne s'agit pas forcément, pour les pays

riches, de développer l'assistance ou la coopération technique, mais de supporter le coût des transferts de compétence et des échanges d'expérience au profit des pays pauvres.

Dans le secteur de la santé, le besoin de réglementation s'applique tant aux entreprises privatisées qu'aux services privés existants, avec un objectif double : protéger les consommateurs et maîtriser les coûts. Dans la plupart des pays en développement, le ministère de la santé dispose de systèmes d'information extrêmement précaires, ce qui sape sa capacité (ou témoigne peut-être de sa réticence) à encadrer les acteurs privés. En Asie du Sud, malgré la généralisation du privé et l'ampleur des dépenses s'y rapportant, la réglementation est à cent lieues de permettre à la majorité des patients de bénéficier de soins de qualité⁴⁷.

Ainsi, pour réglementer les services cliniques, il faudrait s'attaquer à la prolifération des prestataires privés – souvent non formés, non autorisés et non encadrés. Les pouvoirs publics doivent reconnaître officiellement ces acteurs, c'est-à-dire leur délivrer des autorisations et leur proposer régulièrement une formation destinée à améliorer leurs connaissances et compétences. Grâce à la formation, le Kenya peut distribuer davantage d'antipaludéens et le Mexique a pu améliorer la gestion des infections respiratoires et des diarrhées aiguës⁴⁸. De plus, au Bengale-Occidental, l'Association médicale rurale a adopté la liste des 40 médicaments essentiels que l'Organisation mondiale de la santé recommande à ses membres d'utiliser. En amenant les médecins à limiter l'usage de

ENCADRÉ 5.3

Des services de l'eau publics et performants

Les efforts déployés par le Chili pour l'adduction d'eau et l'assainissement montrent que les systèmes publics peuvent obtenir de bons résultats. En 1990, 97 % de la population urbaine de ce pays avaient accès à l'eau potable, et 80 % à une infrastructure sanitaire. Ce succès repose sur plusieurs éléments clés :

- Dissociation de la réglementation centrale et de l'exploitation régionale.
- Accroissement des investissements.
- Instauration d'un dispositif de fixation des tarifs selon des critères objectifs.
- Introduction de mesures d'incitation à l'efficacité.

Entre 1988 et 1990, les autorités chiliennes ont mis en place un nouveau mécanisme permettant de définir les prix en toute objectivité, point essentiel pour redynamiser ce secteur. Les instances de réglementation ont ainsi établi un tarif maximum en prenant pour référence un prestataire efficient. En outre, tout litige entre elles et les concessionnaires doit être tranché par une commission d'experts tripartite. Ces réformes ont permis le relèvement pro-

Sources : ICIJ, 2003a ; Mehrotra et Delamonica, à paraître.

gressif des tarifs. Cette structure tarifaire objective est l'un des principaux facteurs de la bonne gestion de l'eau et de l'assainissement au Chili depuis 1990.

Le secteur privé joue un rôle, qui demeure limité et strictement réglementé par le pouvoir central. Tous les prestataires sous-traitent désormais nombre de leurs activités, notamment l'exploitation, la gestion et les dépenses d'équipement de systèmes entiers, ainsi que l'entretien de toutes les composantes des réseaux, les relevés de compteurs et la facturation. Cette contractualisation a réduit le nombre d'employés par raccordement. En 1995, quelque 31 % de l'eau, en moyenne, échappaient au décompte, soit nettement moins que dans les autres pays d'Amérique latine, où cette proportion varie entre 40 et 60 %.

Dans la capitale, Bogota, la privatisation a été rejetée à la fin des années quatre-vingt-dix. La municipalité a en effet refusé l'aide financière de la Banque mondiale et transformé la distribution d'eau publique en l'un des services les plus performants de Colombie.

ces traitements, on pourra améliorer la qualité et le contrôle. Parmi les autres mesures de réglementation, citons l'instauration d'une législation protégeant les consommateurs, l'encouragement de la déontologie et les incitations non financières, telles que celles rehaussant le prestige.

La procédure d'agrément peut permettre à la population de savoir quels médecins du privé ont reçu cette habilitation. Un organisme professionnel délivrant les agréments et proposant des formations aux autres praticiens serait une bonne chose tant pour les prestataires que pour le grand public. Il capitaliserait sur l'aspiration des premiers à la reconnaissance sociale et au prestige. Et il contribuerait à promouvoir l'utilisation des médicaments de base, via des campagnes d'information.

La réglementation du système de soins passe également par une modification du comportement des patients. À cet effet, on peut, par exemple, améliorer les connaissances de ces derniers ou verser des subventions pour que les services de qualité soient d'un coût abordable. Les pouvoirs publics peuvent également créer des institutions permettant aux consommateurs de dénoncer les prestataires privés qui assurent des soins médiocres.

La réglementation de l'enseignement et des services de l'eau est souvent, elle aussi, insuffisante. Lorsque des privatisations ont lieu dans le secteur de l'eau, il est fréquent que les autorités exercent une fonction de réglementation. Cependant, les multinationales privées respectent rarement les accords qu'elles ont passés avec le pays hôte (encadré 5.4)⁴⁹. Un net renforcement de l'aide internationale s'impose pour renforcer les capacités de réglementation concernant ces réseaux et d'autres infrastructures, si l'on veut que le secteur privé puisse contribuer davantage à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

FAIRE PARTICIPER LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

La fourniture de services collectifs par des organisations non gouvernementales (ONG) est considérée comme une voie intermédiaire entre le marché et l'État. Selon certains analystes, elle justifie d'accroître la participation de la société civile dans ce domaine. Par exemple, les ONG sont souvent très efficaces pour combler les lacunes du système public (par exemple, au Bangladesh, le comité pour le progrès rural a ouvert des écoles primaires). En outre, elles sont utiles pour exprimer les préoccupations des communautés, et notamment des pauvres, afin que les institutions soient plus performantes. Concernant l'eau et l'assainissement, ce sont des comités d'utilisateurs soutenus par des ONG qui permettent de desservir le mieux les zones rurales. Cependant,

ENCADRÉ 5.4

Privatisation de l'eau dans le Grand Manille et à Buenos Aires : un bilan mitigé

Manille

En 1995, les Philippines ont reconnu publiquement être confrontées à une crise de l'eau. Quelque 3,6 millions d'individus n'étaient toujours pas reliés au réseau public. Et pour ceux qui l'étaient, le service était souvent erratique. En 1997, deux prestataires privés ont remporté les contrats de concession, et subdivisé la région du Grand Manille en deux zones, est et ouest. En cinq ans, ils ont raccordé environ 2 millions de personnes supplémentaires et le service s'est amélioré significativement. Sur cette période, le nombre de nouveaux raccordements a triplé, passant de 17 040 par an (avant la privatisation) à 53 921.

Pourtant, six ans après cette privatisation, les opérateurs n'atteignent pas leurs objectifs, et souhaitent même se désengager. En 2001, l'un approvisionnait 85 % de sa zone, soit légèrement moins que les 87 % prévus. L'autre a, en revanche, dépassé son objectif. Cependant, le calcul de ces chiffres est très controversé, ce qui pourrait mener à la révision en baisse des taux de performance déclarés. Alors que l'un des prestataires privés n'a pas enregistré de recul du nombre de fuites au niveau des conduites, ni des vols d'eau, l'autre constate une augmentation de ces cas. De plus, en janvier 2003, les tarifs affichés étaient deux à cinq fois supérieurs à ceux de 1997 dans les deux secteurs desservis. Une enquête menée en 2000 auprès des habitants, dans 100 quartiers, a révélé que la privatisation suscitait des réactions mitigées : 33 % des personnes interrogées ont estimé que le service s'était amélioré, 55 % n'ont pas remarqué de changement et 12 % ont fait part d'une dégradation.

Sources : ICIJ, 2003b ; Galiani, Gertler et Schargrodsky, 2002 ; ICIJ, 2003d.

Buenos Aires

En 1993, l'entreprise des eaux de Buenos Aires, en Argentine, a été privatisée, ce qui a amélioré la qualité et la couverture de ce service. Selon les chiffres de cette société, environ un million de nouveaux clients ont été raccordés. Pendant la première année qui a suivi la privatisation, le prestataire a abaissé ses tarifs de 27 %. Néanmoins, cette réduction ne faisait que compenser les importantes hausses décidées en son temps par l'entreprise publique. Durant les années suivantes, le nouvel opérateur a relevé les prix à plusieurs reprises et, en 1996, des manifestants à Buenos Aires ont protesté contre ces factures d'eau élevées.

Qui plus est, une étude effectuée par les pouvoirs publics a constaté qu'en 1997, l'entreprise des eaux avait construit un tiers seulement des stations de pompage et conduites souterraines qu'elle s'était engagée à édifier pour cette date. En outre, ses investissements dans l'infrastructure d'évacuation des eaux usées n'ont totalisé que 9,4 millions de dollars, soit un cinquième de ceux promis. Selon des estimations récentes, le constat est très différent lorsqu'on considère l'ensemble du pays. Ainsi, dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, les municipalités qui avaient privatisé la distribution d'eau ont été plus performantes que celles qui géraient elles-mêmes ce service, en particulier dans les régions pauvres, et ont constaté une baisse plus rapide de la mortalité des enfants.

les ONG doivent jouer un rôle complémentaire, et non se substituer à l'État.

Les ONG s'associent également à des partenariats entre pouvoirs publics, entreprises et organisations de la société civile. Lorsque des entreprises privées remportent des contrats de concession à long terme pour l'adduction d'eau et l'assainissement en zone urbaine, elles ont généralement pour obligation d'étendre significativement la couverture de ces services. Pour ce faire, elles peuvent avoir besoin de compétences et de moyens hors de leur portée. C'est notamment le cas des prestataires étrangers. Travailler en partenariat avec une ONG leur offre la possibilité de cerner les besoins des usagers pauvres (élargissement de la base de clientèle, amélioration de la conception des projets), et donc de réduire leurs coûts d'investissement, d'exploitation et d'entretien, comme à La Paz ou à El Alto, en Bolivie. De surcroît, les ONG peuvent faire connaître et crédibiliser les campagnes d'information et de sensibilisation. Ainsi, le groupe français Vivendi a établi un

partenariat avec une ONG pour le projet qu'il mène dans la province de KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, afin de mieux appréhender les besoins des communautés pauvres dans ce pays⁵⁰.

Par les pressions qu'elles exercent et l'engagement dont elles font preuve, les ONG fixent de nouvelles priorités aux entreprises. Cet ensemble d'actions contestataires et de partenariats entre entreprises et ONG donne naissance à une nouvelle forme de réglementation de l'activité économique mondiale : la régulation par la société civile⁵¹.

IDENTIFIER DE MEILLEURS MODES DE FINANCEMENT

Outre l'augmentation des recettes fiscales publiques, il existe un certain nombre de moyens d'améliorer les

tarifs et coûts d'utilisation des services pour les rendre plus rationnels et plus équitables. Dans le secteur de la santé, une hausse forte et brutale des sommes à payer directement peut faire tomber les patients dans la pauvreté (ou aggraver celle-ci). Les enquêtes issues de 60 pays montrent que, par rapport aux autres catégories, les ménages pauvres sont plus nombreux à consacrer une large proportion de leur revenu aux dépenses de santé⁵². En l'absence de financement public, les mécanismes de prépaiement, qui endiguent les coûts en répartissant les risques entre des groupes d'individus, peuvent contribuer à résoudre ce problème. Ces mécanismes aident non seulement à protéger les ménages pauvres contre des coûts gigantesques, mais également à créer des structures collectives ayant pour vocation de soutenir les systèmes de santé publics locaux (encadré 5.5).

Dans la plupart des pays en développement, les possibilités de recouvrement des coûts dans l'enseignement public augmentent de manière proportionnelle au niveau d'études. Ainsi, dans les années quatre-vingt-dix, l'Afrique et l'Inde ont amélioré la couverture des dépenses au sein de leurs universités⁵³. Cependant, le potentiel est encore loin d'être pleinement exploité dans ce domaine : l'enseignement supérieur procure d'énormes avantages privés, et la plupart des personnes qui y ont accès ne sont pas pauvres. Il existe par conséquent de larges perspectives pour amortir davantage les coûts (avec, en parallèle, des exonérations pour les plus démunis).

Dans le secteur de l'eau et de l'assainissement, la fixation stratégique des tarifs (que le prestataire soit public ou privé) – plus on consomme, plus les droits d'utilisation sont élevés –, couplée à des subventions ciblées, constitue un bon moyen d'approvisionner en eau davantage d'individus. Un ciblage géographique (des endroits où vivent les populations pauvres), plutôt qu'en fonction du revenu, sera probablement plus efficace.

GÉRER LES RISQUES LIÉS À LA PRIVATISATION

Les institutions internationales qui encouragent la privatisation des services collectifs doivent nettement intensifier leur soutien au renforcement des capacités de réglementation. La Banque mondiale est à l'origine d'un certain nombre d'initiatives à cet effet, tels que l'*International Forum for Utility Regulation*, créé en 1996 pour chapeauter des projets d'apprentissage et de travail en réseau à l'attention des instances de réglementation. Cependant, les organisations internationales ne doivent pas se contenter de formuler des avis. Elles doivent aussi permettre aux autorités réglementaires des pays en développement de mener des missions d'observation dans des pays qui disposent d'une plus grande expérience de l'encadrement du secteur privé. Il est en outre né-

ENCADRÉ 5.5

L'Initiative de Bamako : mise en commun de moyens communautaires dans le secteur de la santé

L'Initiative de Bamako est un programme de partage de ressources communautaires destiné à financer le secteur local de la santé. Elle est déployée à des degrés divers dans plus de 40 pays à faible revenu, dont la moitié se situent en Afrique subsaharienne. Elle protège non seulement les ménages contre des coûts médicaux gigantesques, mais a également créé des structures collectives pour contribuer à étoffer et pérenniser les services de santé publics. Ces structures aident financièrement les centres médicaux locaux et ont leur mot à dire dans la gestion.

La stratégie consiste à revitaliser les systèmes de santé publics en transférant le pouvoir de décision national à l'échelon local, en instituant le financement communautaire et la cogestion d'un ensemble minimal de services, au niveau d'entités de base. L'objectif consiste à améliorer les prestations en engageant des recettes suffisantes pour couvrir certains coûts d'exploitation locaux : fourniture de médicaments essentiels, rémunération d'une partie des équipes logistiques et mesures d'incitation à l'attention du personnel de santé, entre autres. Les sommes issues du financement communautaire ne sont pas reversées au Trésor public, mais restent entre les mains de la structure et sont contrôlées sur place par une commission de santé localement élue. Les consommateurs passent ainsi du statut de simples bénéficiaires à celui de partenaires actifs dont l'avis compte.

Après 10 ans de mise en œuvre de cette initiative, les actions communautaires menées dans la plupart des centres médicaux ruraux ont permis à près de la moitié des Béninois et des Ghanéens de devenir des utilisateurs

réguliers de ces services. Elles ont également contribué au relèvement et au maintien de taux de couverture vaccinale proches des Objectifs de santé fixés, pour toutes les cibles, pour 2000. Dans certains cas, appliquer des tarifs modestes semble être la solution la plus acceptable pour les populations démunies. On peut toutefois se demander s'il existe réellement des mécanismes permettant de protéger les indigents.

Faciliter l'accès aux médicaments essentiels dans les centres médicaux, sous le contrôle étroit de commissions, constitue une grande partie de cette réussite. Par ailleurs, l'attitude du personnel de santé s'améliore et ne dissuade plus la population, en particulier les femmes, de faire appel à ces services.

Cette expérience montre qu'en l'absence de financement public adéquat du secteur de la santé, la mise en commun de ressources communautaires, avec prépaiement par les patients pauvres, représente une solution équitable et efficace pour soigner cette couche de la population. Les systèmes dans lesquels les utilisateurs doivent supporter directement une forte proportion des coûts n'accueillent que ceux qui ont les moyens de payer et excluront très probablement les plus démunis. Pour que la protection contre le risque financier soit équitable, il faut donc séparer le plus possible la participation financière et l'utilisation des services. Il existe un consensus sur le rôle central du financement public dans le domaine de la santé. Néanmoins, s'agissant des soins, ce n'est pas la dichotomie public/privé qui importe le plus pour la détermination des performances des systèmes, mais la différence entre le prépaiement et le paiement direct.

Source : Mehrotra et Delamonica, à paraître.

cessaire d'élaborer des clauses types pour les partenariats public-privé dans le secteur de l'eau. Ces clauses doivent tenir compte des leçons tirées dans le présent chapitre, de manière à ce que les contrats à venir évitent les erreurs commises par le passé.

Toutes les recettes des entreprises du secteur de l'eau étant en monnaie locale, le remboursement des prêts extérieurs comporte un risque de change, tant pour l'emprunteur que pour l'investisseur. En Argentine, en Indonésie et aux Philippines, cette situation est devenue problématique après les dévaluations monétaires, ce qui a incité les filiales de ces entreprises à majorer leurs tarifs pour pouvoir rembourser les prêts contractés. Il convient donc que le pouvoir central encourage les autorités locales, qui sont généralement chargées des services des eaux, à emprunter sur le marché intérieur, auprès de banques nationales de développement.

On suppose trop souvent que la présence d'en-

treprises privées dans le secteur de l'eau implique la participation de multinationales étrangères. Dans nombre de villes des pays en développement, l'approvisionnement en eau d'une proportion significative de la population est en fait assurée par de petits prestataires : 6 % à Delhi en Inde, 10 % à Dhaka au Bangladesh, 19 % à Ho Chi Minh-Ville au Viet Nam et 44 % à Jakarta en Indonésie⁵⁴.

Dans tous les secteurs, la capacité de réglementation doit être renforcée avant les privatisations. Faute de quoi, les entreprises privées risquent de se contenter de répondre à une demande différente, et non au surcroît de demande, que ce soit pour l'enseignement, les soins cliniques ou l'eau et l'assainissement. S'il dispose de meilleures informations sur ces acteurs et d'une capacité de réglementation renforcée, l'État peut permettre au secteur privé de jouer un rôle complémentaire dans la fourniture et le financement de ces services collectifs essentiels.

