



HAL
open science

La marchandisation du système de santé à Djibouti : impacts économiques et sociaux

Mohamed Guedi Yabe

► **To cite this version:**

Mohamed Guedi Yabe. La marchandisation du système de santé à Djibouti: impacts économiques et sociaux. Economies et finances. Université du Littoral Côte d'Opale, 2012. Français. NNT: 2012DUNK0318 . tel-00842675

HAL Id: tel-00842675

<https://theses.hal.science/tel-00842675>

Submitted on 9 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LILLE NORD DE FRANCE
UNIVERSITE DU LITTORAL CÔTE D'OPALE

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES ECONOMIQUES

**LA MARCHEISATION DU SYSTEME DE SANTE A
DJIBOUTI : IMPACTS ECONOMIQUES ET
SOCIAUX**

Présentée et soutenue publiquement par

Mohamed GUEDE YABE

Directrice de thèse :

Blandine LAPERCHÉ

Jury

M.	Camal	GALLOUJ	Professeur, Université de Paris 13, Rapporteur
M.	Pierre	Le MASNE	MCF HDR, Université de Poitiers, Rapporteur
Mme	Faridah	DJELLAL	Professeur, Université de Lille 1
Mme	Blandine	LAPERCHÉ	MCF HDR, Université du Littoral Côte d'Opale, Directrice de la thèse

Année universitaire 2011-2012

L'Université du Littoral Côte d'Opale n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Celles-ci restent propres à leur auteur.

Remerciements

Au terme de ce travail, je souhaite remercier tous ceux qui ont contribué à sa réalisation. J'adresse en particulier toute ma gratitude à ma directrice, Madame Blandine LAPERCHE. Son attention constante, sa patience, ses conseils et ses nombreuses relectures m'ont été précieux et ont joué un rôle important dans l'aboutissement de cette thèse. Qu'elle trouve ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

Ma gratitude va également M. Camal GALLOUJ et M. Pierre LE MASNE pour avoir accepté la charge d'être rapporteurs de cette thèse et Mm Faridah DJELLAL pour avoir accepté d'examiner mon travail et de prendre part au jury.

Je remercie aussi vivement l'ensemble de l'équipe du laboratoire de Recherche sur l'Industrie et l'Innovation (RII) et plus particulièrement à Monsieur Dimitri UZUNDIS, Madame Sophie BOUTILLIER et mes camarades Nejla YACOUB et Maria LOREK, doctorants au Lab. RII. Leurs conseils et leurs critiques lors des séminaires notamment m'ont été très bénéfiques.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de l'Université de Djibouti et de tous ceux que j'oublie ici et qui je l'espère me pardonneront. Qu'ils sachent que leurs encouragements ont constitué pour moi une aide précieuse.

Sommaire

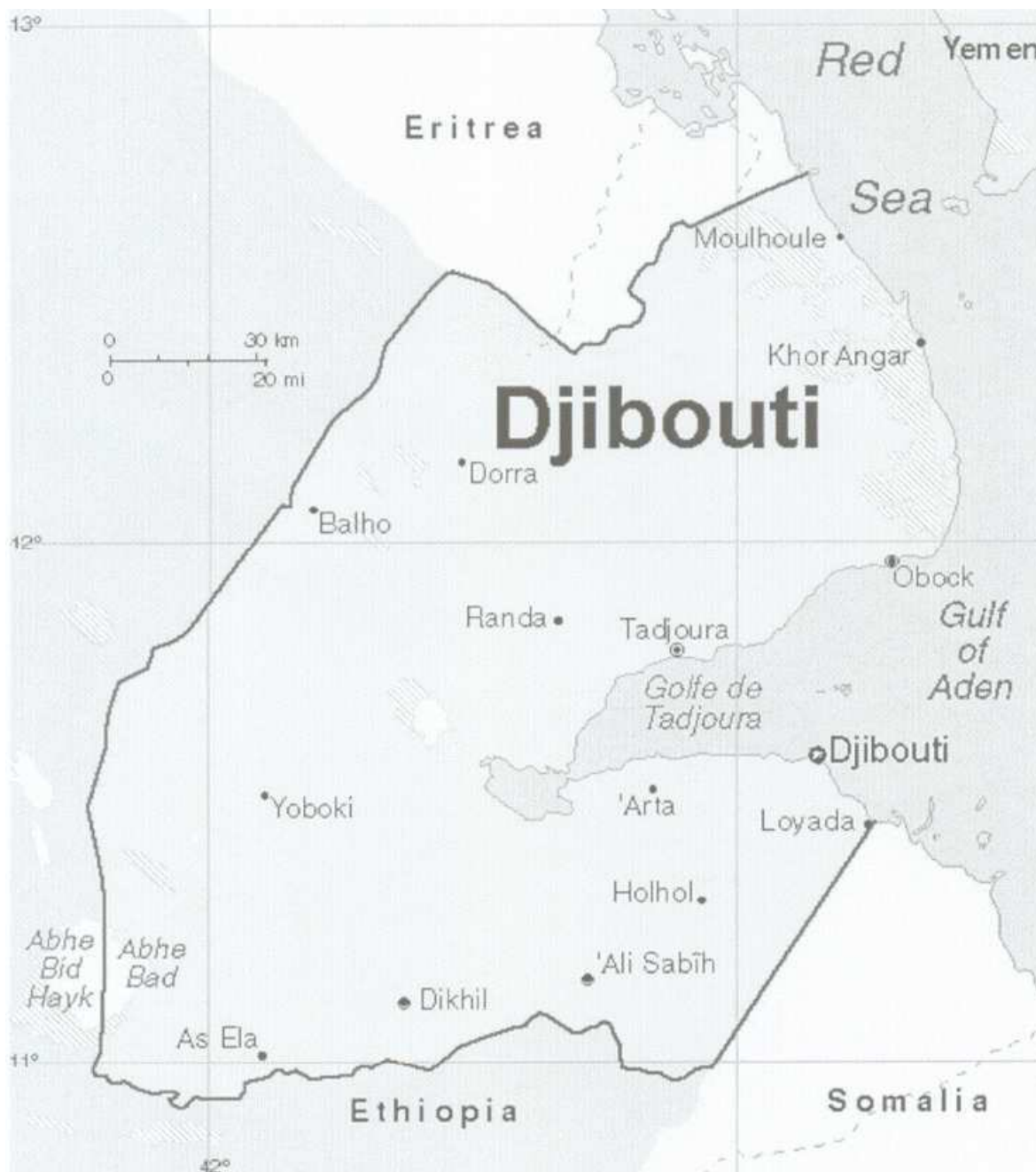
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : DE LA MARCHEISATION DU SECTEUR PUBLIC	16
1.1 Une forte accélération du développement de secteur public à partir de la seconde moitié du 20 ^e siècle	17
1.2 Les services publics menacés par le marché	40
CHAPITRE 2 : LES POLITIQUES DE MARCHEISATION A DJIBOUTI : ETAT DES LIEUX.....	86
2.1 Présentation du contexte historique, démographique et socio-économique de Djibouti	87
2.2 Les facteurs à l'origine de la marchandisation.....	91
2.3 Les formes de marchandisation du secteur public djiboutien	121
CHAPITRE 3 : UN SYSTEME DE SANTE DJIBOUTIEN AU CŒUR DE POLITIQUES DE MARCHEISATION DU SECTEUR PUBLIC	133
3.1. Méthodologie de la collecte de données sur le terrain	134
3.2 Les principales caractéristiques du système de santé djiboutien avant la réforme de 1999	138
3.3 Les formes de marchandisation adoptées dans le secteur de la santé.....	169
CHAPITRE 4 : LES IMPACTS DE LA MARCHEISATION DU SYSTEME DE SANTE A DJIBOUTI : ENTRE DIFFICULTES FINANCIERES ET DEGRADATION DE L'OFFRE DE SOINS.....	196
4.1 Une dégradation de l'offre de soins dans le pays	196
4.2 La privatisation des dépenses de santé : des limites évidentes dans le cas de Djibouti	236
CONCLUSION GENERALE.....	259
ANNEXE	267
BIBLIOGRAPHIE	269
TABLE DES MATIERES	292
TABLE DES TABLEAUX.....	295
TABLE DES GRAPHIQUES ET SCHEMAS	297

Sigles et abréviations

AID	Aéroport International de Djibouti
BAD	Banque Africaine de Développement
BCD	Banque Centrale de Djibouti
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CAMME	Centrale d'Achat de Matériel et Médicaments Essentiels
CDE	Chemin de Fer Djibouto-Ethiopien
CICID	Chambre Internationale du Commerce et de l'Industrie de Djibouti
CISA	Centre International des Services Arbitraux,
CNUCED	Centre de Nations Unies pour le Commerce et le Développement
CREDES	Centre de Recherche et d'Etudes pour le Développement de la Santé
DEIS	Direction de l'Epidémiologie et de l'Information Sanitaire
DISED	Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques
DPI	Dubai Ports International
DPW	Dubai Ports World
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EDAM	Enquête Djiboutienne Auprès des Ménages
EDD	Electricité de Djibouti
FDJ	Franc de Djiboutiens
FFDJ	Forces Françaises à Djibouti
FMI	Fonds Monétaire International
IB	Initiative de Bamako
IDA	Association Internationale de Développement
IDE	Investissement Direct Etranger
INDS	Initiative Nationale pour le Développement Social
PAID	Port International de Djibouti
PAS	Plan d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
PPTE	Pays Pauvres très endettés
ODM	Objectif de Développement pour le Millénaire
OMC	Organisation Mondiale de Commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONEAD	Office Nationale des Eaux et d'Assainissement de Djibouti
ONG	Organisations Non Gouvernementale
OPS	Organisme de Protection Sociale
SNU	Système de Nations Unies
SSP	Soins de Santé Primaire
UNICEF	Fonds International de Secours à l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

Carte de Djibouti



Source : République de Djibouti, Nations Unies, Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement, UNDAF, Djibouti, juillet 2002.

Djibouti en chiffres clés

Indicateurs	Valeur en 2010
Géographie et climat	
Superficie (kilomètres carrés)	23 200
Température (moyenne annuelle)	35C°
Précipitations (millimètres, moyenne annuelle)	200
Démographie	
Population (nombre d'habitants)	818 159
Urbaine (%)	85.6 %
Rurale (%)	14,4 %
Croissance démographique (%)	3 %
Développement humain	
Indice de développement humain (sur 169 pays)	147ème
Taux d'alphabétisation des adultes	54
Espérance de vie à la naissance	53 ans
PIB nominal par habitant (USD)	1373\$
Economie	
Taux de croissance du PIB réel (moyenne 2005-2010)	4.7 %
Part des services dans le PIB (%)	80.2 %
Taux de chômage (estimation, 2010)	55 %
Inflation (moyenne annuelle 2005-2010)	5 %
Inflation alimentaire (moyenne 2005-2010)	8 %
Dette publique (% du PIB)	56 %

Source : Gouvernement djiboutien (Initiative Nationale pour le Développement Sociale 2011-2015)

Introduction générale

Depuis le début des années 1980, les débats sur les réformes et l'avenir de l'Etat se multiplient et un processus majeur de redéfinition du rôle de l'Etat s'est engagé. L'Etat en tant que producteur de biens et services, est en recul dans tous les continents. Il privatise de nombreuses activités qu'il gérait auparavant en interne et sous-traite une part croissante des fonctions et activités auprès du secteur privé par le biais d'appels d'offres sur le marché public et de contrats de concessions pour assurer l'approvisionnement en eau potable de la population, ou pour gérer les services publics de santé, de la sécurité ou encore des infrastructures.

En outre, les distinctions et barrières habituelles entre les organisations publiques et les entreprises privées mues par le profit deviennent floues. Le secteur public est exposé, analysé et comparé avec le secteur privé et des méthodes de management traditionnellement employées dans le secteur privé se sont diffusées dans le secteur public. Cette nouvelle approche qui transfère la propriété, la gestion des organisations publiques au secteur privé ou qui introduit le mode de fonctionnement du privé dans les organisations publiques, est appelée marchandisation par B. Laperche et D. Uzunidis (2003). Par marchandisation les auteurs entendent « *l'ouverture à la concurrence, la privatisation, ou l'introduction dans la gestion des entreprises, des opérateurs et des activités de service public, des méthodes et des critères de compétitivité et d'efficacité économiques* ». Dans de nombreux pays, le secteur de la santé est aujourd'hui au cœur des politiques de marchandisation. Le domaine de la santé est l'un de ceux qui illustrent le mieux notamment l'emprise croissante d'un certain courant que l'on peut qualifier de néolibéral affirmant que la seule réforme pour une rationalisation des décisions publiques est de faire comme si ces décisions publiques étaient des décisions marchandes. Il s'agit donc de privatiser les systèmes de santé chaque fois que c'est possible et de leur appliquer les règles de concurrence, de solvabilité individuelle (ou « de recouvrement des coûts ») et finalement d'assimilation de l'efficacité à la rentabilité, calculée à partir d'un système de prix. Telle est, en substance la philosophie de base de la marchandisation.

Nous nous attacherons à analyser cette notion plus en détails, en expliquant ses fondements théoriques, les formes qu'elle prend et les conséquences observables dans un pays en développement –Djibouti– et dans un domaine particulier, celui de la santé.

Le système de santé est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000) comme « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* ». Il répond encore aujourd'hui dans beaucoup de pays à une approche de la santé vue comme un service public. Il est alors en principe partiellement ou intégralement financé par la subvention publique et assuré par le secteur public. Cependant, dans de nombreux pays les systèmes de santé sont encore trop orientés vers une prise en charge des usagers quasi-exclusivement individuelle et curative (C. Gallouj et Brignon, 2011). Depuis la fin des années 1970, l'ensemble des pays développés et ceux en développement, bien que disposant des systèmes de santé fondés sur des principes et des arrangements institutionnels différents (formes de financement, degrés de décentralisation, disponibilités des ressources, etc.), sont confrontés à une même problématique : financer dans une période de croissance ralentie, un secteur de santé fortement inflationniste (Béland et al, p.13). Dès lors, la majorité des pays ont mis en place des réformes de leur système de santé. Les pays développés ont surtout proposé des mesures ponctuelles, souvent dictées par le souci d'équilibre des comptes de la santé. Par ailleurs l'accent est mis également sur la qualité des soins, leur efficacité, leur efficience ainsi que leur équité (Bourque, 2007, p.4). Pour lutter contre les pertes d'efficience (lits inoccupés, prescription d'examens inutiles) beaucoup de pays ont mis en place, ou sont en train de le faire, une rémunération des hôpitaux sur une base forfaitaire par pathologie (Meessen et Van Damme, 2005, p. 65). Une autre source de réformes institutionnelles a été la prise en compte de l'exigence croissante des usagers. Des réformes ont été nécessaires pour mieux reconnaître les droits du patient.

En revanche, les mesures proposées par les pays en développement s'orientent vers des réformes de fond. La préoccupation essentielle est ainsi

devenue la recherche d'une plus grande rationalité des activités du domaine de la santé (Boidin, 2005, p. 31). A cet égard, le cas de l'Afrique subsaharienne¹ est tout à fait éclairant ; durant les premières décennies qui ont suivi leur indépendance, les pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des politiques de santé visant à atteindre un objectif égalitaire de « santé pour tous » instrumentalisé dans les faits par le développement géographique de l'offre sanitaire de base et le financement exclusivement public des dépenses de santé. La stratégie de « la santé pour tous en l'an 2000 » fut adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 1977 à l'Alma-Ata en Kazakhstan (voir encadré) et approuvée par l'assemblée générale des Nations Unies qui demanda alors à toutes les organisations internationales de collaborer avec l'OMS pour atteindre cet objectif. C'est aussi l'époque où les médicaments essentiels étaient promus dans le monde entier². Un large consensus existait alors pour que se comble rapidement le fossé entre pays pauvres et pays riches (Rainhorn et Burnier, 2001). La logique égalitariste qui fonde les politiques de la santé à Alma-Ata est sous-tendue par une conception tutélaire du rôle de l'Etat. Cette conception, introduite en théorie par les travaux de Musgrave en 1959 conduit à justifier les interventions de l'autorité publique dans des domaines variés pour des raisons qui tiennent à la préservation ou la garantie de l'intérêt général. L'autorité publique doit alors mettre en œuvre tout ce qui est possible pour limiter les iniquités, mais également pour identifier et repérer la nature des besoins qu'elle a en charge. Dans la déclaration d'Alma-Ata, l'Etat finance et organise le système de santé dans son ensemble. Un grand nombre des pays en développement et africains notamment ont ainsi érigé en dogme la gratuité d'accès aux services publics dont les services de santé (Tizio et Flori, 1997).

Dans un second temps, à partir de 1987, l'Initiative de Bamako (voir encadré) fait évoluer le système de santé des pays africains vers un

¹ L'Afrique subsaharienne (au sud du Sahara), comprend 48 Etats et plus de 700 millions d'habitants. Le paradoxe de cette région du monde est qu'elle très riche en ressources naturelles, notamment minérales (métaux rares et précieux, uranium, pétrole), et en même temps très pauvre. Sur le plan de services de santé, dans sa grande majorité, l'Afrique subsaharienne reste aussi la région la plus mal lotie du monde.

² En 1977, un groupe d'experts réunis par l'OMS formule une première liste modèle de médicaments essentiels sous son nom générique. Cette première liste ne comptait que 208 produits. Les « médicaments essentiels » sont des médicaments qui satisfont aux besoins de la majorité de la population et qui doivent donc être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée.

désengagement des Etats. Sur le plan organisationnel le système de santé décentralisé doit être autogéré par des associations d'usagers ; sur le plan financier, ces mêmes usagers doivent payer les soins qu'ils reçoivent dans les hôpitaux publics.

La Déclaration d'Alma-Ata en 1978

A la fin des années 1970, les pays membres de l'OMS adoptent une résolution dite « Déclaration d'Alma-Ata » lors de la conférence sur la santé dans le monde d'Alma-Ata (Kazakhstan), selon laquelle le droit à la santé pour tous devrait être garanti avant l'an 2000. La stratégie des soins de santé primaires (SSP) préconisée pour atteindre cet objectif dans les pays en développement était sous-tendue implicitement par un financement public de la santé sur le modèle de l'organisation des systèmes de santé chinois et cubain dont les résultats en termes d'état de santé apparaissaient très encourageants. L'émergence des SSP s'est produite dans un contexte particulièrement favorable dont les caractéristiques peuvent se résumer par : a) l'accumulation des doutes à propos de l'approche du modèle purement médical, b) le changement de la perception du développement en général, c) les mouvements d'indépendance de nombreux pays. Néanmoins la notion d'équité était au cœur des politiques de SSP, tel l'a rappelé l'OMS dans son rapport annuel de 2003 et de 2008 (OMS, 2003, 2008). Outre l'importance de l'équité que nous venons d'évoquer, la stratégie des SSP est principalement fondée :

- sur la participation communautaire :
- une approche multisectorielle de la santé ;
- des activités de promotion (voir rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2008 : « les soins de santé primaires maintenant plus que jamais »).

Le terme primaire a cependant des connotations très variées se référant parfois au premier contact avec le système de santé ou premier niveau de soins ou encore à des traitements simples pouvant être administrés par des prestataires relativement peu formés ou à des interventions sur les causes de la maladie.

L'Initiative de Bamako en 1987

Parrainée par l'UNICEF et l'OMS, l'Initiative de Bamako correspond à une réforme de la gestion des systèmes de santé. Adoptée à la suite d'une réunion de ministres de la santé africains à Bamako au Mali en 1987 (37^e comité régional de l'OMS), elle est mise en œuvre dans plusieurs pays en développement confrontés à des situations économiques difficiles à partir de la fin des années 1980. Se fondant sur quelques exemples de communautés africaines qui ont réussi à collecter un peu d'argent pour améliorer la qualité de l'offre de soins, l'OMS et l'UNICEF proposent de généraliser à l'ensemble de l'Afrique une politique de financement reposant essentiellement sur le paiement des médicaments et des services par les usagers. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako (IB). Cette initiative, prévoit un certain niveau de recouvrement des coûts (fixation de tarifs des prestations) et une participation communautaire avec création de comités de gestion. Les principes directeurs de l'IB sont entre autres selon l'OMS (1999) :

- les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires,
- il faut décentraliser la prise de décision des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires,
- il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées
- les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé, etc.

Mais globalement l'IB a été interprétée comme « une *opération de recouvrement des coûts* » (Fassin, 2000, p.205). Le « recouvrement des coûts » (terme utilisé dans la littérature pour désigner le paiement par les usagers) sera étendu à diverses recettes collectées par les hôpitaux publics : consultations, hospitalisation, accouchements, examens de laboratoire, traitements ophtalmologiques, soins dentaires, etc.

Djibouti n'échappe pas cette règle. La République de Djibouti, micro-Etat situé dans la Corne de l'Afrique s'étend sur une superficie de 23000 km², avec 520 km de frontières terrestres partagées avec l'Erythrée, l'Ethiopie, et la Somalie (voir carte page vii). Sa situation géographique à l'entrée sud de la Mer Rouge lui octroie une position stratégique convoitée

par les grandes puissances mondiales et source de revenu pour le pays. L'économie djiboutienne est aussi marquée par la forte présence du secteur public. En 2010, selon l'INDS 2011-2015, les plus grands employeurs du pays sont dans l'ordre : Le Port de Djibouti avec plus 1400 salariés, l'Electricité de Djibouti avec 900 salariés, Djibouti Telecom avec 824 salariés, l'OPS avec 430 salariés et l'Office de l'eau 413 salariés. Toutes ces entreprises appartiennent à l'Etat.

Dans la logique de l'Etat providence³ qui prévaut après l'indépendance, le pays a fait le choix d'une santé gratuite et entièrement organisée par l'Etat. Celui-ci établit la politique de santé et dispose les structures de santé financées par les recettes publiques et l'aide publique au développement. L'offre et la qualité des soins étaient donc dans une certaine mesure déterminées par l'allocation budgétaire nationale consacrée au système de santé. Mais depuis les années 1990, dans un contexte de crise économique et de restriction budgétaire, la marchandisation du système de santé suscite un fort engouement à Djibouti. Elle s'insère dans une vaste réforme engagée par le Gouvernement au début des années 1990 visant à alléger le poids de l'Etat dans l'économie à travers une compression des dépenses publiques, un désengagement de celui-ci de certains secteurs d'activité, à créer un environnement propice au développement du secteur privé et améliorer la compétitivité de Djibouti.

Même si l'Etat a vendu au privé la plus grande pharmacie du pays, le transfert de propriété qui constitue au sens strict d'une privatisation est rare à Djibouti dans le domaine de la santé. L'Etat reste encore prestataire et financeur du système de santé. Cependant, la gratuité du système de santé est remplacée par le paiement au comptant des services de santé. Les dépenses de santé reposaient à Djibouti depuis l'indépendance exclusivement sur l'impôt. La mise en place d'un système de redistribution reposant uniquement sur la fiscalité était avancée comme une mesure optimale, susceptible de garantir un accès équitable aux soins à toute la

³ L'Etat-providence désigne les formes d'intervention de l'Etat dans toutes les sphères de l'économie et de la société dans un souci de bien être collectif.

population. Les services publics de santé djiboutiens recourent au financement privé en imposant des frais aux utilisateurs de services, associant de façon directe, immédiate et liant l'utilisation de services de santé à leur paiement. Cette stratégie correspond à une privatisation du financement de la santé. Les prestataires des services publics de santé approuvent les mesures établissant à un niveau élevé les frais à la charge des patients car ils y voient la possibilité d'améliorer la qualité des services et d'augmenter leur revenu. Pour les pouvoirs publics qui doivent gérer des fonds publics en quantité limitée, remplacer une partie des dépenses publiques par des paiements directs constitue une formule séduisante.

L'accent est mis également sur un nouveau management du système de santé associé à l'implication de la population dans la gestion du système de santé, à l'autonomie administrative et financière des établissements publics de référence nationale, pour permettre l'accessibilité aux soins de la population. Hormis l'administration, la gestion des structures publiques de soins implique désormais des groupes communautaires qui participent à la gestion des structures publiques de soins. L'implication des populations est un élément fondamental en ce sens qu'il modifie l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins et les usagers et impulse une gestion novatrice des hôpitaux publics. De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviendraient des partenaires actifs dont la voix compte. Une large autonomie administrative et financière est accordée également aux hôpitaux publics de référence nationale afin d'introduire une culture d'entreprise dans leur fonctionnement pour offrir des soins de qualité et moins coûteux.

Après une mise en œuvre, de plus de 10 ans de la marchandisation de système de santé à Djibouti, notre thèse s'attache à analyser les impacts économiques et sociaux en confrontant les recommandations des organisations internationales et les théories économiques qui les soutiennent et qui mettent en avant les effets positifs de la marchandisation avec les conséquences réelles de celle-ci dans un pays en développement. L'absence d'études spécifiques portant sur le système de santé djiboutien justifie aussi l'intérêt de l'étude que nous proposons.

D'une manière générale, dans les pays en développement, la marchandisation du secteur public est initiée sous la pression des organisations internationales. La Banque mondiale et le Fonds monétaire international promeuvent traditionnellement, la privatisation des fournisseurs publics de services et le transfert des fonctions de l'Etat vers le marché. Les mécanismes concurrentiels du marché représentent selon ces institutions, le mode d'organisation le plus efficace de la production et de la distribution des biens et services. La privatisation des entreprises publiques vise à diminuer la charge financière que constituent ces entreprises pour le budget de l'Etat, mais aussi à contribuer au développement économique en améliorant les services produits par le secteur public.

Dans le domaine de la santé aussi, les pays en développement ont souvent fait évoluer leurs systèmes de santé dans un contexte difficile et généralement sous la pression d'acteurs extérieurs, le plus souvent des partenaires techniques ou financiers incontournables (Banque mondiale, OMS, UNICEF, etc.). A la fin des années 1980, on assiste à une convergence des réformes prônées par plusieurs organisations internationales pour les pays pauvres. La Banque mondiale a fait campagne en faveur d'un financement privé de la santé afin de créer un environnement favorable à un marché de la santé. La Banque mondiale a financé son premier projet dans le domaine de la santé en Tunisie en 1981⁴. Mais c'est durant 1990 qu'elle est devenue le premier bailleur de fonds public dans le domaine de la santé et c'est en 1993, qu'elle a publié son rapport annuel sur le thème de la santé : « *investir dans la santé* » (Banque mondiale, 1993). Ce rapport traduit l'augmentation considérable du rôle de la Banque mondiale dans le financement, la coordination et les réformes dans le secteur de la santé. Il constitue, selon certains, le point culminant du transfert de compétences et de responsabilités de l'OMS à la Banque mondiale pour les questions relatives à la santé. « *La Banque mondiale s'affirme leader en matière de*

⁴ Après avoir financé ses premiers projets à propos de la planification familiale en Jamaïque en 1970 et à propos de la nutrition au Brésil en 1976, elle a progressivement étendu ses opérations à d'autres pays (le Bénin et la Guinée pour n'en citer que deux, faisaient partie des pays africains accédant pour la première fois au financement de la Banque mondiale pour le secteur de la santé au début des années 1980).

politiques de santé et s'arroge implicitement le titre Surgeon General du Tiers-monde » (Géлина, 1995). La justification de cet engagement se fondait sur quatre arguments : son expertise en programmation et analyse sectorielle, son intérêt dans l'élimination de la pauvreté, l'extension « naturelle » de ses opérations dans le secteur et les programmes de santé et de population, domaine dans lequel la Banque mondiale était déjà présente (Fournier et al., 2001).

La marchandisation du système de santé s'inscrit aussi dans le sillage de l'ajustement structurel marqué par les idées libérales qui consistaient à considérer que la suppression des secteurs publics et la libéralisation des marchés allaient permettre une croissance économique, source éventuelle de redistribution et de bénéfices pour tous.

L'UNICEF et l'OMS par le biais de l'Initiative de Bamako ont recommandé également le paiement direct des soins par les usagers en Afrique subsaharienne. L'objectif principal recherché par la marchandisation du système de santé est de drainer des fonds privés vers les structures publiques de soins afin que les ressources ainsi collectées soient réutilisées à des actions visant à rehausser la qualité de l'offre publique de soins (approvisionnement régulier en médicaments essentiels, intéressements financiers du personnel, etc.). La politique de marchandisation de système santé ne s'est pas limitée au financement privé de la santé. L'accent est mis également sur une nouvelle gestion publique des établissements publics de soins associée à la responsabilité des acteurs, à l'autonomie financière, à la décentralisation du système de santé et à une démarche participative des populations les impliquant en théorie dans la gestion des services de santé.

Sur plan économique, selon la prescription des organisations internationales et les théories qui sous-tendent, la marchandisation du système de santé doit résoudre les problèmes de financement des établissements publics de soins à Djibouti. Ces derniers qui bénéficient d'une large autonomie de gestion doivent désormais se procurer les ressources financières nécessaires auprès des usagers.

Sur le plan social, la marchandisation doit améliorer l'accès aux soins de la population et notamment les plus pauvres. La contribution des usagers

qui accroît les ressources disponibles, doit permettre de supprimer les pénuries de médicaments, et de remotiver les personnels par l'intéressement aux performances des structures publiques de soins. L'affectation de ces ressources mobilisées à l'amélioration de la qualité doit à son tour favoriser l'augmentation de la fréquentation des structures publiques de soins.

Sur le plan méthodologique, notre recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues d'entretiens réalisés avec les dirigeants des structures publiques de soins (voir annexe p. 267) et de documents (ensemble des publications relatives au secteur de la santé djiboutien : textes législatifs, et réglementaires, lois des finances, comptes nationaux de la santé, plans nationaux de développement sanitaire, rapports des organisations internationales et du Gouvernement, etc.) disponibles depuis les années 1990.

Les structures publiques de soins sont classées à Djibouti en fonction de la technicité des soins offerts. Les postes de santé en milieu rural et les centres de soins communautaires en milieu urbain assurent le premier contact du système de soin avec les populations. Ils assurent quotidiennement des soins curatifs et préventifs, ainsi des activités promotionnelles de santé. Le deuxième niveau est composé des centres médicaux hospitaliers (CMH) qui font office d'hôpitaux régionaux et proposent des prestations de soins de première urgence. Un centre médical-hospitalier fonctionne au niveau du chef-lieu de chacun des 5 régions. Il dispose d'un service d'hospitalisation et d'une maternité mais pas de blocs opératoires. Le troisième niveau de soins est constitué par les hôpitaux de référence nationale. Ils servent de recours aux établissements de soins. Les 4 premiers établissements cités constituent les structures de référence nationale. Ils dispensent des soins spécialisés en matière de maternité, de pédiatrie, de lutte contre la tuberculose. Ils emploient actuellement 85 % du personnel médical et représentent environ 90 % de lits d'hospitalisation du secteur public.

Sur la base d'un échantillonnage reflétant le niveau hiérarchique, les gestionnaires l'Hôpital de référence nationale « Peltier » de Djibouti, la

maternité « Dar El Hanan », le centre de lutte contre la tuberculose « Paul Faure », l'hôpital de Balbala, le centre médical-hospitalier d'Ali Sabieh, le centre médical-hospitalier d'Obock, le centre santé communautaire de Farah Had, le centre de santé communautaire d'Arnaud, le poste de santé de Holl Holl, le poste de santé de PK 12, ont été interviewés.

Dans cette thèse, nous défendons l'idée selon laquelle la marchandisation du système de santé, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui à Djibouti n'aboutit pas aux impacts escomptés par les organisations internationales et les théories économiques qui les sous-tendent. Les résultats de cette thèse montrent clairement qu'à Djibouti, même si le transfert de propriété qui correspond au sens strict d'une privatisation est rare dans le secteur de la santé, la propriété publique des établissements de soins ne libère pas les populations de la prise en charge des soins. La tendance à la baisse des subventions de l'Etat, destinées aux établissements publics de soins, et la grande autonomie financière qui leur est accordée les poussent souvent à intervenir sur le marché comme une entreprise commerciale pour vendre les services produits. Cette situation rend les services de santé les plus demandés inabordables pour la majorité de la population. Ce qui va à l'encontre de l'objectif ultime recherché qui consistait à améliorer l'accès aux soins de la population et notamment les plus pauvres. Les établissements publics de soins sont aussi de plus en plus tributaires des recettes provenant du paiement direct des usagers et accordent la priorité à ceux qui peuvent payer. Le bénéfice attendu de la marchandisation du système de santé djiboutien se heurte ainsi à la faible capacité contributive des ménages. La proportion de la population qui se situe en dessous de seuil de pauvreté monétaire dépasse 50 % de la population djiboutienne. Autrement dit avec la marchandisation du système de santé djiboutien, les patients n'accèdent pas aux soins et par conséquent, les ressources collectées par les établissements publics auprès des patients restent faibles. Cela implique en termes de politiques publiques de santé et notamment pour les pays pauvres que le rôle de l'Etat demeure crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins. L'Etat doit en premier lieu maximiser la mobilisation de ses

ressources internes avant de rechercher à solliciter l'aide internationale ou la participation des usagers aux dépenses de santé.

Nous proposons de diviser notre travail en quatre chapitres :

La marchandisation concerne l'ensemble de domaines du secteur public, depuis les missions régaliennes jusqu'aux grandes entreprises industrielles et commerciales de l'Etat. Cette tendance s'étend aussi bien aux pays développés, aux pays en développement et ceux en transition. Le premier chapitre a pour objectif de fournir une définition complète de la marchandisation en étudiant les raisons du retrait de l'Etat et les formes qu'elle prend. Les évolutions technologiques, le développement des échanges à l'international ou la persistance et l'ampleur des problèmes économiques qui touchent les Etats à l'échelle planétaire ont conduit notamment à repenser les fondements économiques et politiques des activités du secteur public. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la nature des missions du secteur public, sur le régime de propriété et le mode d'organisation de services publics. Ces justifications rationnelles de la réduction du champ de l'intervention de l'Etat coïncident cependant depuis la fin des années 1970, avec des « nouvelles » analyses théoriques très critiques à l'égard de l'intervention de l'Etat. Ces analyses mettent en avant les dysfonctionnements de l'Etat pour proposer un recours au marché (secteur privé), qui devra par ailleurs régner sans contraintes dans la production de biens et services à la collectivité. En raison de l'inefficacité de l'Etat, pour des considérations partisans, bureaucratiques, d'absence de pressions concurrentielles ou de coûts importants de gestion, les auteurs se rattachant à ces analyses théoriques comme M. Friedman (1968, 1999) ou comme J. Buchanan et G. Tullock (1970), préconisent de soumettre à la sanction du marché, le plus grand nombre d'activités gérées par l'Etat. Pour autant le résultat de leurs conclusions reste fragile et sujet à de nombreuses critiques. On s'intéressera successivement aux critiques de l'Etat providence par les monétaristes et notamment, l'approche de Friedman qui désapprouve l'intervention de l'Etat, l'école de Public Choice, la théorie des marchés contestables et le Consensus de Washington, conçu à l'origine pour répondre

à des problèmes spécifiques aux pays d'Amérique latine mais ensuite jugé applicable au monde entier.

Le deuxième chapitre fait un état des lieux des politiques de marchandisation de service public à Djibouti. L'étude du système de santé ne peut se faire sans l'examen du contexte dans lequel il évolue, sous peine de ne pas prendre en compte des éléments qui peuvent être déterminants pour sa compréhension. Nous montrons dans ce chapitre que la marchandisation du système de santé intervient à Djibouti dans un contexte de vastes réformes macroéconomiques engagées par le Gouvernement après la crise économique du début des années 1990. Ces réformes initiées sous la pression des bailleurs de fonds visent, d'une part, à alléger considérablement le poids de l'Etat dans l'économie à travers une compression des dépenses publiques et un désengagement de celui-ci de certains secteurs d'activité, et de l'autre, à mettre en place des réformes structurelles pour créer un environnement propice au développement du secteur privé.

Sur le plan de la santé, sous l'effet conjugué de la pauvreté et des faibles investissements, l'état des populations de Djibouti demeure préoccupant. Certes, de nombreux déterminants de cette situation sont extérieurs aux domaines d'intervention des services de santé et reposent plutôt sur la faiblesse des revenus de la population, sur le faible niveau d'éducation, notamment des femmes, sur la mauvaise qualité de l'eau et sur un environnement insalubre. Il n'en reste pas moins que l'offre de services, publique comme privée, ne donne pas satisfaction aux populations.

Le troisième chapitre s'ouvre premièrement sur une description du système de santé djiboutien dans ses principales caractéristiques au début de la décennie 1990. La marchandisation du système de santé intervient notamment dans un contexte où la plupart des organisations publiques de santé connaissent des problèmes de financement, d'organisation et de fonctionnement. Ce chapitre met l'accent ensuite sur les principales formes de la marchandisation dans le domaine de la santé. Il montre que même si le secteur public occupe une place centrale dans l'offre de soins, l'Etat a passé la main à des mécanismes de marché en ce qui concerne le financement de

la santé. Dans les hôpitaux publics, l'utilisateur doit payer les soins à l'acte, au comptant et au moment où il est malade plutôt que de les payer à l'avance quand il est bien portant. Mais où trouver l'argent le jour où il faut payer les soins à cause d'une maladie ou d'un accident quand les revenus sont faibles et les charges sont élevées ?

L'Etat s'est ménagé également des intermédiaires porteurs présumés de solutions positives en ce qui concerne la gestion des services de santé en déléguant à des échelons communautaires par exemple des pouvoirs importants. Hormis l'administration publique, la gestion des structures publiques de soins implique désormais des groupes communautaires qui participent à la gestion de services publics de santé. En première analyse, la participation communautaire répond à un processus de décentralisation du pouvoir politique de l'Etat vers les collectivités locales qui consiste en la mise en place des comités de gestion « désignés » par les populations, devenant ainsi les interlocuteurs et les acteurs privilégiés des intervenants en matière de santé. En réalité, cette situation traduit un certain désengagement de l'Etat. Celui-ci cherche notamment à échanger une participation communautaire dans la gestion de services de santé contre des financements privés.

Le quatrième chapitre analyse les impacts de la marchandisation. L'offre de soins est aujourd'hui assurée par des établissements publics, parapublics et privés, la diversité de prestataires de soins ne permet pas pour autant d'accéder à une offre de soins abondante ou bon marché. Faute des ressources humaines qualifiées ou d'équipements (médecins spécialistes ou de laboratoire d'analyse, etc.) de nombreuses maladies ne sont pas actuellement traitées à Djibouti. Par ailleurs, la promotion de l'offre de service à caractère privé par les autorités n'a pas permis non plus une massification attendue de l'accès aux soins par les populations. Le secteur public reste de loin, le premier recours de la population. Cependant, la majorité de la population n'a à sa portée que des postes de santé sis dans des petits hameaux et des centres communautaires de santé, spécialisés dans les soins de premier niveau. Ces structures périphériques au cœur du

Introduction générale

dispositif public de soins sont dépourvues des soignants et des médicaments.

La marchandisation a également rendu les services de santé inabordables pour la majorité de la population. Les prestataires de soins semblent être plus motivés par la maximisation de leur revenu que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins. Mais les problèmes récurrents de financement de la santé demeurent toujours à Djibouti. Les bénéfices attendus de la marchandisation du système de santé se heurte notamment à la faible capacité contributive de la population.

Chapitre 1 : De la marchandisation du secteur public

La distinction public/privé est classique dans de nombreuses disciplines (droit, comptabilité, économie) et constitue un socle fréquent des raisonnements, ne serait-ce qu'en termes comparatifs, pour présenter les spécificités de la gestion publique au regard de la gestion du privé. Pourtant, depuis quelques décennies, on constate le caractère mouvant de cette frontière et l'apparition d'une logique marchande dans le secteur public. Des passerelles se développent de plus en plus entre les deux secteurs et ont abouti à l'effacement progressif de cette frontière naturelle. Si frontière il y a, elle doit désormais être entendue comme poreuse et mouvante (Bartoli, 1997). Au sein de la plupart des pays développés ou en voie de l'être se sont développés au cours de la seconde moitié du 20^e siècle divers services publics, en vue de relancer les perspectives de croissance et de consolider l'efficacité productive de ces économies, mais également, d'assurer des solidarités élémentaires pour permettre l'étendue d'une cohésion sociale nécessaire à la stabilité de ces pays. Cependant, depuis la fin des années 1970, on assiste dans la plupart des pays, à une remise en cause du secteur public autour duquel s'était organisé le service public. Le secteur public fait l'objet de réformes incessantes. La marchandisation de ce secteur suscite un fort engouement. Pour bien comprendre l'enjeu de sa marchandisation, il est important de connaître d'abord le contexte dans lequel le secteur public a émergé. Ce premier chapitre explique dans une première section, l'origine du développement du secteur public en montrant que la croissance de ce secteur est intimement liée à l'idée de l'intervention publique. L'extension du secteur public n'a pas été régulière puisque la plus grande poussée a eu lieu dans la seconde moitié du 20^e siècle. Cette période coïncide avec une approche keynésienne de l'économie préconisant l'intervention de l'Etat pour établir les grands équilibres macroéconomiques fondamentaux.

Dans une deuxième section, ce chapitre analyse la marchandisation de ce secteur. Depuis les années 1970, la gestion publique est remise en cause en raison de plusieurs facteurs : les difficultés économiques, les avancées de la construction européenne pour les pays de l'Union européenne, la concurrence mondiale, les nouvelles technologies, un électorat usager de services publics plus exigeant, poussent à repenser l'organisation des

services publics. L'Etat est également contesté dans ses fondements théoriques, tels que posés au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Si avec Keynes, l'Etat était très largement considéré comme un instrument destiné à résoudre les problèmes économiques notamment, pour d'autres économistes, l'Etat n'est pas la solution. Face à l'approche keynésienne, de nombreux courants théoriques critiques envers l'action de l'Etat se développent et acquièrent de plus en plus d'influence à partir des années 1970 et 1980. Même s'ils se distinguent les uns des autres par la nature des explications proposées, ils partagent un même postulat : l'Etat n'a pas réussi à créer un système d'incitations garantissant une économie efficiente et, de ce fait, seul le marché est à même de remplir ce rôle. Ils préconisent en conséquence, le désengagement de l'Etat, la privatisation des entreprises publiques et la déréglementation de certaines activités.

1.1 Une forte accélération du développement de secteur public à partir de la seconde moitié du 20^e siècle

Présent partout tant dans les pays industrialisés que dans ceux en développement, le rôle du secteur public s'est considérablement accru à partir de la seconde moitié du 20^e siècle. Tous les pays, ont mis en place des structures étatiques et des services qui disposent de compétences et de responsabilités plus ou moins étendues. Le premier point de cette section définit d'abord les termes secteur public et service public en utilisant comme référence les définitions existantes en Europe et en France en particulier où la notion de service public a été considérée comme la pièce maîtresse et la véritable clé de voûte de la construction étatique. Ce modèle a été largement exporté en Afrique et dans tous les domaines de la vie économique et sociale. Les Etats africains, parce qu'ayant bâti leur organisation sur le modèle des anciennes puissances coloniales, ont reproduit pour l'essentiel leur conception et leur approche du secteur public, notamment « à la française » (Cissé, 2010, p.3). Le secteur public et le service ne recourent pas systématiquement, mais leurs intersections sont souvent inévitables. Parmi, les activités relevant à la fois du secteur public et de service public, on

retrouve la santé. Cette dernière répond encore aujourd'hui dans beaucoup de pays à une approche de la santé vue comme un service public. Les systèmes de santé sont alors en principe partiellement ou intégralement financés par la subvention publique et assurés par le secteur public.

Cette section explique ensuite, dans un deuxième point l'origine du développement du secteur public dans les pays développés. Même si aucune explication unidimensionnelle ne suffit à expliquer à elle seule, l'évolution du secteur, nous montrons dans ce deuxième point que le développement de ce secteur est lié notamment à l'intervention de l'Etat dans l'économie. Confortée par une approche à dominante keynésienne, la place de l'Etat a été celle d'un acteur majeur et dominant au lendemain de la Seconde Guerre mondiale dans les pays développés (Albagli, 2005, p. 41). Le secteur public était perçu comme un outil et un instrument de politique macroéconomique. Au lendemain des indépendances, les pays en développement ont été influencés aussi par le rôle cardinal de l'Etat dans l'économie et l'importance du secteur public comme instrument de politique macroéconomique. Le troisième point de cette section met l'accent sur le rôle charnière du secteur public dans l'économie africaine. Il s'agit d'analyser dans ce dernier point les raisons propres aux caractéristiques des économies africaines expliquant le développement du secteur public.

1.1.1 Secteur public et service public

Le fondement du secteur public est juridique (Duharcourt, 1997, p. 2). Le terme de secteur public renvoie ici à l'ensemble des activités contrôlées directement par des décisions politiques, quel que soit le niveau de gouvernement impliqué (national ou régional). Ainsi, selon Duharcourt, (1997), le secteur public regroupe « *l'ensemble des administrations et des entreprises appartenant à l'Etat, par opposition au secteur privé* ». Les contours du secteur public sont très variables, d'un pays à l'autre, d'une période à l'autre. Ainsi par exemple en France des entreprises industrielles comme Renault, Bull et même certaines banques comme le Crédit lyonnais relevaient un moment donné du secteur public. Deux critères sont utilisés pour définir une entreprises publique (1997, p. 38) :

- une possession dominante par l'Etat des moyens de cette organisation : l'Etat, les collectivités publiques ou d'autres entreprises publiques disposent directement ou indirectement d'une part de capital suffisant pour assurer le contrôle,
- un pouvoir de décision dominant de l'Etat sur les objectifs de l'organisation. Cette influence peut s'exercer, avec ou sans propriété, par le pouvoir de nommer les principaux dirigeants de l'organisation ou par la capacité à contrôler les grandes décisions de celle-ci par l'intermédiaire de droits spéciaux des représentants de l'autorité publique, etc. La directive européenne « 80/723 du 25 juin 1980 relative à la transparence des relations financières entre les Etats-membres et les entreprises publiques », qui est maintenant la référence de toute législation définit aussi comme entreprise publique « toute entreprise sur laquelle les pouvoirs publics peuvent exercer une influence dominant du fait de la participation financière ou des règles qui la régissent ». L'entreprise publique se distingue ainsi de l'entreprise privée de par le contrôle de droit qu'exerce l'Etat dans la définition de sa stratégie. L'ensemble des entreprises publiques se trouve ainsi élargi aux entreprises faisant place à d'autres actionnaires que l'Etat, à condition que ce dernier, même actionnaire minoritaire, conserve un pouvoir déterminant sur la composition du capital et de la nomination des dirigeants, etc.

Education, santé, transport, etc., le service public est aujourd'hui une réalité quotidienne. Tous les pays, même les plus libéraux, ont aussi des services publics, plus ou moins développés en fonction de leur histoire (Bauby et Boual, 1994). Mais la notion de service public n'est pas simple à cerner. Elle est riche, complexe voire fourre-tout et peut aussi amalgamer des services marchands et non marchands (Brillet, 2004, p. 22). L'une des principales difficultés rencontrées lorsqu'on s'intéresse à la définition des services publics, est aussi selon C. Merlin, (2006, p. 75), la tendance des chercheurs à utiliser comme synonyme, des concepts économiques décrivant des réalités différentes : « *biens publics, biens collectifs, biens non marchands* ». Dans la réalité, c'est l'Etat qui décide des activités qui relèvent

du service public. L'idée principale de service public repose sur le fait que certaines activités doivent échapper, en fonction de la nature des objectifs et des intérêts qu'elles mettent en jeu, à l'application de la logique marchande et à la recherche du profit, pour être gérée selon des critères spécifiques permettant un accès de tous à certains biens et services et concourant ainsi à l'équilibre et à la cohésion économique, sociale et /ou politique de la société. Ainsi, selon P. Le Masne (2007, p.8) : « *un service public est un service si important pour la vie économique, sociale et politique d'une société que l'Etat intervient pour l'organiser ou le réglementer* ».

Le service public est donc une activité exercée directement par une autorité publique (Etat, collectivité régionale ou locale) ou sous son contrôle, dans le but de satisfaire un besoin d'intérêt général. Par extension le service public désigne aussi l'organisme qui a en charge la réalisation de ce service. Il peut être une administration, une collectivité locale ou une entreprise privée qui s'est vu confier une mission de service public.

Mais, même s'il pose parfois un problème de définition et de mesure, le service public représente cependant, une part considérable de la richesse nationale et de l'emploi dans tous les pays (Djellal et Gallouj, 2007, p. 26). Son influence est également considérable sur le reste de l'activité économique. C'est notamment particulièrement vrai pour l'éducation, la santé, les infrastructures de transport, la recherche publique, etc.

Les usagers ont aussi une vision assez extensive de la notion de service public, tout particulièrement dans les pays comme Djibouti où la population dépend directement ou indirectement du secteur public, où comme la France qui a une forte tradition de service public.

Trois caractéristiques communes à l'ensemble des organisations de service public appelées « lois de Rolland » (1878) permettent de qualifier l'ensemble des services publics en France. On distingue d'une part le principe de la « continuité », c'est-à-dire, la nécessité de toujours assurer un service du fait de l'importance que celui-ci revêt pour la population dans un souci permanent et de stabilité (le ramassage des ordures, la fourniture de l'eau, de la prestation des soins par exemple). D'autre part, il y a le principe d'« égalité » : le service public suppose qu'aucune distinction ou

discrimination n'est faite entre les citoyens et les usagers. Enfin, il existe le principe d'« adaptabilité », c'est-à-dire l'adaptation constante des services offerts en tenant compte des évolutions quantitatives et qualitatives de la population. Ce qui suppose que les services publics évoluent quand les besoins changent. L'adaptation constante du service public est souvent mentionnée également sous des appellations diverses : adaptation, mutabilité, évolution, fonctionnement efficace. Ces principes sont présentés, aujourd'hui encore en France, comme le socle d'un système de valeurs incontournable et comme le critère de reconnaissance des activités de service public, que celles-ci soient directement réalisées par l'Etat ou seulement contrôlées par lui.

Le classement des services publics en catégorie reste délicat car il existe une multitude de définitions de service public et par conséquent, différents classements possibles. Cependant, on distingue classiquement, les services publics marchands des services non marchands. Les services non marchands sont des activités dont la prise en charge est collective car ils ne peuvent ou ne donnent pas lieu à une facturation individualisée à des usagers. C'est dans cette catégorie que l'on range les fonctions régaliennes classiques de l'Etat (défense, police, justice, la représentation nationale à l'étranger, etc.). Même si certains pays recourent encore à une armée de mercenaires, le débat politique et économique ne remet pas en cause le statut public de ces organisations⁵. On y ajoute souvent dans cette catégorie selon J-F Aubry (1998), les missions dites providentielles (éducation, santé publique, sécurité sociale). C'est un des domaines où s'exerce aujourd'hui une forte pression pour le développement du financement et de la responsabilisation du secteur privé.

Les services publics marchands sont ceux qui peuvent être délivrés moyennant une facturation individualisée au bénéfice de l'utilisateur. Dans ce cas, la justification de l'organisation collective se trouve dans l'utilité sociale, les contraintes propres au fonctionnement d'une activité déterminée (comme

⁵ Dans le contexte de la guerre en Irak, les médias et les grands publics ont pris conscience de l'ampleur des compagnies militaires privées ces dernières années. Avec plus de 20 000 employés en Irak, ces compagnies représentaient le deuxième plus grand contingent étranger après l'armée américains et devant les troupes britanniques

par exemple des intérêts stratégiques ou des contraintes de développement économique). Selon J Kiambu (2008), on peut ranger dans cette catégorie, les services liés aux grands réseaux (services postaux, télécommunications, transport gaz, électricité, eau chemin de fer....).

Le service public non marchand est normalement financé par l'impôt ; le service marchand par le prix payé par les usagers.

1.1.2 Intervention de l'Etat dans l'économie et développement du secteur public dans les pays industrialisés

Le secteur public est vaste puisqu'il concerne des services que l'Etat, les collectivités territoriales mettent à la disposition des citoyens, aux sociétés, industrielles et commerciales qui appartiennent à l'Etat, en passant par celles qui sont gérées d'une façon mixte. Cependant deux conceptions s'affrontent sur l'intervention de l'Etat. Depuis les idées originelles d'Adam. Smith (1776) autour de la théorie de « la main invisible », bon nombre d'économistes, essentiellement « libéraux » considèrent que le marché en tant que mécanisme de coordination des transactions entre les agents économiques (Coase, 1937), est un vecteur de satisfaction l'intérêt collectif. Le marché concurrentiel conduit, à condition que les hypothèses de la concurrence pure et parfaite soient réunies, les intérêts individuels des agents vers les matérialisations de l'intérêt de l'ensemble de la collectivité ; à savoir la réalisation d'une allocation Pareto-optimale des ressources. L'Optimum de Pareto, qui est permis donc par le jeu des marchés correspond à un état de maximisation du bien-être social ; cet optimum relate une situation où le bien-être d'un individu ne peut être augmenté sinon en diminuant celui d'un autre individu. Cela étant, il existe des situations où les mécanismes concurrentiels ne fonctionnent pas correctement, se soldant ainsi par une non vérification en termes de résultats d'équilibre de l'optimum parétien (Bertrand et Destais, 2002, p. 114). La littérature économique alloue à ces cas de figure l'appellation de « défaillances de marché ». Un défaut ou échec de marché traduit ainsi par une impossibilité de parvenir à des résultats économiques optimaux en faisant appel à la seule « force » de la concurrence parfaite sur certains

marchés (Lévêque, 2000). L'Etat est appelé pour remédier à cette défaillance de marché. Lorsque le marché subit des échecs, le secteur public est perçu par l'analyse néoclassique comme une sorte de prolongement du marché par d'autres moyens (Stoffaès 1994, p.37).

Le développement très important du secteur public constitue un des faits les plus marquants de l'histoire économique du 20^e siècle (Webber, 1997, p.186). Cette évolution a une signification toute particulière dans les pays à économie de marché, puisque ceux-ci comptent par principe essentiellement sur l'initiative privée pour satisfaire les besoins de la population et assurer le développement de leurs économies. L'approche keynésienne mise en œuvre par la plupart des Etats au cours de la seconde moitié du 20^e siècle permet de comprendre plus amplement les facteurs justificatifs de l'intervention étatique dans le jeu économique au-delà des activités pour lesquelles le marché est défaillant. En effet, l'analyse keynésienne prône l'intervention de l'Etat dans l'économie par la constitution d'un secteur public, outil de pilotage dans la stratégie macroéconomique dans le système capitaliste. Dans ce cas, l'Etat n'intervient plus sur le marché comme un « secouriste » lorsqu'il ya un problème, mais devient le centre d'impulsion et de régulation des activités économiques et sociales.

1.1.2.1 L'intervention de l'Etat comme réponse aux défaillances du marché

Trois défauts de marché sont inscrits dans la littérature économique (Cartelier, 1995, p.74). C'est d'abord à l'Etat qu'il revient de prendre en charge le domaine de « monopole naturel ». Il existe selon Walras (1875, p. 403) des domaines d'activités où la concurrence n'est pas souhaitable et le monopole est justifié par les avantages qu'il procure. On peut par exemple citer le cas des chemins de fer que Walras proposa de nationaliser dans le but de contrôler les coûts, la qualité et le volume du service. Le monopole désigne une situation dans laquelle un offreur est seul à vendre un produit ou un service sur un marché. Un monopole naturel est une activité où plusieurs entreprises sont moins efficaces qu'une seule (Currien, 1995, p. 53). En effet, l'entrée multiple de firmes sur le marché serait plus coûteuse pour la collectivité que la présence d'une seule firme desservant la totalité du marché. Cette situation se rencontre dans les activités industrielles qui présentent des coûts fixes élevés. Les activités concernées par un monopole naturel sont souvent des activités de réseaux (eau, électricité, chemin de fer, télécommunication) (Kiambu, 2008). L'argument économique de monopole naturel repose sur le poids important des investissements à réaliser, il est donc logique de privilégier la production par une entreprise unique, plutôt que de vouloir éclater la production en plusieurs entreprises dont le coût moyen serait plus élevée. Le monopole sera à cet effet en mesure de réaliser de larges économies d'échelle et par conséquent de pratiquer un prix bas pour permettre à un grand nombre d'utilisateurs d'accéder à ses produits. La justification du monopole naturel se trouve aussi dans la nécessaire coordination d'une activité indispensable à la vie des entreprises et des citoyens, celle de compenser des activités non rentables par des activités rentables, et celle de gérer rationnellement les réseaux.

Une autorité publique doit se substituer également au marché pour réaliser la production des biens publics. Un bien public associe deux propriétés : l'absence de rivalité entre agents économiques dans leur consommation (Samuelson, [1954]) et l'impossibilité d'exclusion (Musgrave [1959]). L'absence d'exclusion désigne l'impossibilité d'exclure de l'usage un

utilisateur, même s'il ne contribue pas au financement du bien. Le problème pratique que pose le bien public est celui du manque d'incitation des entrepreneurs privés à le produire. Ces derniers savent à l'avance qu'ils auront du mal à se faire payer. Ils ne disposent pas non plus des moyens pour empêcher la consommation de ce bien public, les agents qui ne rémunèrent pas leurs services. La cause de cette défaillance du marché réside dans ce qu'il est convenu d'appeler le comportement de « passager clandestin ». Il s'agit d'un individu qui déclare ne pas souhaiter tel ou tel bien public, afin d'éviter la participation à son financement. Tout en sachant que dès l'instant où existe ce bien, il pourra en bénéficier, au même titre que ceux qui en ont manifesté le souhait. Généraliser ce raisonnement à beaucoup d'individus conduit finalement au refus de produire le bien public (Buchanan, 1971). Pour J. Buchanan, cependant, en présence d'un petit nombre, la production privée d'un bien public reste possible car le comportement de passager clandestin serait plus risqué. Si par contre la collectivité est nombreuse, ce risque diminue et donc la production d'un bien public par le privé devient aléatoire. Le critère de non-exclusion est complexe dans la mesure où deux conceptions de la non-exclusion peuvent être évoquées :

- l'impossibilité même d'envisager l'exclusion, par exemple lorsqu'il s'agit de services tels que la défense nationale où la consommation s'impose à tous, y compris par exemple ceux qui dénoncent la dissuasion nucléaire,
- l'exclusion est concevable mais avec des coûts variables qui peuvent se justifier par des critères d'ordres techniques ou politiques : théoriquement certains biens comme l'éducation ou la santé peuvent faire l'objet d'une exclusion mais on peut souhaiter pour d'autres raisons, telles l'équité sociale, qu'ils ne fassent pas l'objet d'exclusion.

La non-rivalité est la propriété qu'un bien puisse être consommé simultanément par plusieurs personnes sans que la quantité consommée par l'une diminue les quantités disponibles pour les autres. On peut citer l'exemple classique relatif à l'éclairage public. Une fois mis en place, il éclaire tous les individus qui passent à proximité, sans qu'il soit possible de priver

quiconque de son usage (Cartelier, 1995, p.75). Le passage d'un piéton supplémentaire ne diminue pas non plus le niveau de satisfaction des autres. Il y a donc non-rivalité à la consommation et, corrélativement, il est impossible d'exclure quiconque, par le prix, de la consommation de ce service. Le risque existe que certains agents, désireux d'en bénéficier mais peu soucieux d'en payer le prix, se comportent en « passagers clandestins », en déclarant des dispositions marginales à payer inférieures à leur véritable utilité. Dans ce cas, la production de tels biens sera sous-optimale. C'est donc à l'Etat de remplacer le marché pour la production des biens publics en prélevant des impôts qui refléteront correctement la préférence collective pour plus d'éclairage (et, en généralisant plus de justice, plus de sécurité, etc.) que ce que le marché assure spontanément (Mougeot, 1989).

Enfin, les libéraux reconnaissent également l'existence des externalités. Leur traitement nécessite l'intervention publique. L'analyse des externalités a été principalement développée par l'économiste Britannique Pigou dans les années 1930 (Pigou, 1932). On parle d'effets externes quand l'action d'un agent économique exerce un effet positif ou négatif sur le bien-être d'un autre sans passer par un prix. Dans une économie composée d'individus agissant au mieux de leurs intérêts, l'Etat doit intervenir selon la logique de Pigou pour taxer les externalités négatives et au contraire subventionner les externalités positives. Une externalité négative peut être par exemple la pollution d'une entreprise qui rejette ses produits chimiques dans une rivière. Les dommages causés à l'environnement par l'activité de cette entreprise a un coût que cette dernière n'a aucune raison de supporter puisqu'il n'existe pas vraiment un marché où la perte de la valeur de l'environnement pourrait se mesurer. Personne ne peut aussi imposer à l'entreprise de modifier son comportement. En revanche du point de vue de la collectivité, la réparation des dommages causés entraîne des coûts qui diminueront le revenu disponible, dont l'utilité des agents concernés. On a ici l'exemple d'un effet externe (externalité), c'est-à-dire d'une situation où l'activité d'un agent modifie l'utilité ou le profit d'autres agents sans que le marché n'intervienne. Il est donc nécessaire d'introduire une autorité extérieure aux agents, l'Etat, pour pallier l'insuffisance du marché. Il existe

aussi des externalités positives comme l'éducation ou la recherche et développement, qui élève le niveau de la productivité du travail sans que les entreprises aient contribué directement à son financement. La proposition de Pigou pour résoudre les problèmes posés par les externalités revient à instaurer un système de taxation-subsidation qui décourage ou incite selon le sens de l'externalité. R. Coase (1960) propose lui de résoudre de façon nouvelle les problèmes posés par les externalités en organisant des relations marchandes entre les différents individus concernés par ces externalités, de façon à négocier entre eux un prix. Mais même dans cette version, l'Etat doit intervenir pour distribuer des droits de propriété exclusifs et transférables, sur toutes les ressources y compris celles qui étaient libres et gratuites jusqu'ici. Par ce moyen, l'Etat crée les conditions d'une négociation privée entre bénéficiaires et victimes de l'externalité, qui permet de rémunérer les premiers et indemniser les seconds.

Les théories de la croissance endogène ont repris également plus récemment, les notions d'externalité positive et de bien public pour tenter d'endogénéiser le progrès technique et rendre compte de taux de croissance positifs dans la longue période. En investissant sur les infrastructures publiques (Barro, 1990), sur le capital humain (Lucas, 1988) ou sur la R&D (Romer, 1990), l'Etat accroît la rentabilité du capital privé, donc le taux de croissance. Ce faisant, ces analyses réhabilitent le rôle de l'Etat comme producteur d'externalités positives par ses politiques structurelles.

Pour les économistes néoclassiques, cependant, en cas de défaillance du marché, l'Etat doit s'y substituer afin de financer un bien public par exemple à partir de fonds publics, mais rien n'empêche au pouvoir public de déléguer la production proprement dite à une entreprise privée. La décision de faire ou de faire faire, n'est pas liée ici au caractère public d'un bien. Pour réaliser un service public, le choix entre un établissement public administratif ou industriel ou une concession de service public délégué à une entreprise relève des considérations organisationnelles et politiques. D'une manière générale, le service public jusqu'au 20^e siècle ne s'identifiait pas à une administration publique, ni à un établissement public sauf pour des manufactures d'armes, d'arsenaux bâties à des fins régaliennes liées à la

défense du territoire ou encore des manufactures des tabacs ou allumettes tributaires de mobiles fiscaux. Ainsi selon Margairaz (2005, p. 134), dès le 19^e siècle, les Etats en Europe privilégiaient la forme de concession à un gestionnaire privé pour les services publics dits économiques ou services publics à caractère industriel et commercial.

On peut également ajouter ces activités gérées directement par les pouvoirs publics, la Poste ou le télégraphe sans doute pour des raisons fiscales ou stratégiques, mais dont les conditions de leur développement entraînent des effets économiques et financiers correspondant aux principes du service public (égalité de traitement, continuité...). Plus que les mobiles des gouvernements, ce sont les besoins de correspondance postale ressentis par la société tout entière qui apparaissent dans le cas de la poste, comme le principal fondement du service public en France (Laufenburger, 1939, p. 31). Ces services sont apparus comme indispensables à la vie économique sur tous les points du territoire national, en particulier pour diffuser des informations utiles à la vie économique.

De surcroît, pour la correspondance, le principe du tarif unique indépendamment de la distance s'est diffusé après 1845 en Angleterre et en France et a matérialisé l'exigence d'égalité d'accès qui se traduit par une uniformité du tarif, quelles que soient les charges financières réelles. De plus l'exigence de continuité du service impose également des frais supérieurs au coût effectif des lettres transportées.

Les concessions ont proliféré également au niveau des communes. Dès la seconde moitié du 19^e siècle, les communes en France avaient concédé à des compagnies privées la distribution ou le traitement des eaux, les pompes funèbres, le traitement des ordures et les transports urbains, la distribution du gaz, puis celle de l'électricité.

En conclusion, jusqu'à la seconde moitié du 20^e siècle, il apparaît d'une manière générale, qu'il n'y a pas eu au niveau des Etats, sauf en de brèves périodes et sous la poussée de pressions politiques nées d'événements exceptionnels (guerres, crises), de politique permanente d'organisation et d'extension du secteur public. La grande période de développement du secteur public dans les pays développés s'est produite dans les années 1945-1960. Cette période a connu une accélération forte du

développement du secteur public, tant sur le plan quantitatif à travers l'augmentation des effectifs employés ou l'importance des dépenses publiques, qu'au plan qualitatif avec l'apparition de nouvelles missions prises en charge par l'Etat (domaine social, énergie, transport, télécommunications.....).

1.1.2.2 L'Etat régulateur de l'activité économique et sociale et le développement du secteur public

Avec les deux guerres mondiales et la crise des années 1930, les Etats sont intervenus de manière beaucoup plus directe dans la sphère économique. La Première Guerre mondiale a joué un rôle majeur dans l'intervention économique de l'Etat. La mobilisation industrielle de guerre a fait prendre conscience aux responsables publics du caractère stratégique des infrastructures (le transport par exemple) et du lien étroit entre celles-ci et la défense nationale. D'autre part, la guerre a créé un précédent avec l'intervention massive de l'Etat dans l'économie. De nombreuses dépenses ne peuvent pas être évitées : reconstruction des régions dévastées par le conflit, entretien des mutilés des guerres. Cependant, bien que l'Etat ait en partie démontré une relative capacité à diriger l'économie, il va pourtant se désengager une fois la paix revenue. La foi dans les mécanismes du marché autorégulateur est restée intacte jusqu'à ce que la crise économique des années 1930, et surtout les idées nouvelles de Keynes remettent en cause les dogmes libéraux.

L'intervention plus large de l'Etat dans l'économie, au-delà des activités pour lesquelles le marché était défaillant s'est affirmée avec J.M Keynes. En effet l'analyse keynésienne prône l'intervention de l'Etat dans l'économie. Cela implique que l'on admette que l'ordre résultant d'une intervention de l'Etat est supérieur à celui qui découlerait spontanément du fonctionnement du système économique entièrement livré à lui-même. Selon Keynes (*Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie, 1936*), l'économie peut s'enliser dans des équilibres de sous-emploi durables que le marché ne peut seul résoudre. L'Etat peut relancer la machine économique en reconstituant un niveau adapté de la demande effective qui résulte des

dépenses de consommation et d'investissement. Par la politique budgétaire, l'Etat peut s'endetter afin de relancer par de nouvelles dépenses qui accroissent les commandes des entreprises. Le retour de la croissance économique permet de combler rapidement le déficit budgétaire.

Par la politique monétaire, l'Etat peut aussi accroître la masse monétaire en circulation dans l'économie, ce qui aura aussi pour effet de stimuler la demande, et donc la production des entreprises repartira à la hausse prévenant ainsi le risque d'inflation.

Toujours afin de stimuler la demande, l'Etat peut redistribuer les revenus, en prélevant sur les ménages les plus riches ayant une forte propension à épargner afin de donner aux ménages les moins riches qui ont au contraire une forte propension à consommer.

Le secteur public joue aussi un rôle important dans la macroéconomie keynésienne, en matière d'investissement, de croissance, mais aussi d'emploi. Pour Keynes, L'Etat veille aussi sur l'intérêt général : « *nous nous attendons à voir l'Etat, qui est en mesure de calculer l'efficacité marginale des biens capitaux avec des vues lointaines et sur la base de l'intérêt général de la communauté, prendre une responsabilité croissante dans l'organisation directe de l'investissement* », (1936, p. 176).

A partir de 1945, l'interventionnisme de l'Etat s'accroît de manière considérable pour répondre d'abord à des urgences matérielles sans précédents car les dégâts causés par la guerre sont considérables et les tâches de reconstruction s'annonçaient difficiles pour un certain nombre de pays dévastés par la guerre. Le secteur privé ne pouvait pas prendre l'initiative de la reconstruction industrielle, seul l'Etat était en mesure de mobiliser les moyens financiers indispensables (Delorme et André 1983, p. 229). Mais l'intervention croissante de l'Etat dans les pays développés dans l'après-guerre a fait l'objet de large consensus (Cohen, 1997). Elle n'a pas été appréhendée en termes d'intervention temporaire comme cela a été le cas après la Première Guerre mondiale où l'Etat se désengage de l'activité économique et sociale une fois la paix revenue, bien qu'il ait dirigé l'économie pendant la guerre. Il existait un consensus en faveur de l'interventionnisme de l'Etat. Celui-ci était responsable de la croissance

économique qu'il devait réguler par des politiques conjoncturelles et du bien-être social qu'il devait assurer, ce qui a contribué au développement du secteur public dans le pays développés. Peu à peu aux fonctions régaliennes vont se greffer des fonctions sociales. Et progressivement, la mission d'intérêt général dépasse l'aspect social pour s'étendre au domaine économique. L'Etat devient le principal investisseur du pays ; il se fait à la fois banquier, industriel et prestataire de service.

L'extension du rôle économique de l'Etat s'est opérée d'abord à travers des vagues de nationalisation destinées à contrôler des secteurs jugés vitaux ou stratégiques pour créer des champions nationaux. Le reste de l'économie est laissé aux mains d'investisseurs privés pour suivre les efforts étatiques. L'avènement de « l'Etat- patron », vision relativement nouvelle à l'époque se déroule sans contestation en France, au Royaume-Uni, en Italie, en Hollande où des établissements financiers, les charbonnages, l'électricité, le transport ont été nationalisés (Bôs, 1986).

Les arguments qui justifient l'existence du secteur public sont avant tout macro-économiques. L'existence des organisations publiques est plus efficace en présence de défaillance du marché ; elle permet en outre d'atteindre des objectifs formulés en termes de bien-être collectif et non uniquement en termes de profit pour les actionnaires (Hugouneng et Ventelou, 2002). Le secteur public permet une redistribution optimale en réduisant le prix des biens les plus demandés par les agents à faibles revenus (Charreaux, 1997, p.3). Enfin, un important secteur public serait censé favoriser la mise en œuvre d'une politique économique de stabilisation.

Les nationalisations des entreprises sont parfois imposées également pour des raisons financières parce que les charges de modernisation dépassent incontestablement les moyens dont pouvaient disposer une entreprise privée. C'est ainsi par exemple que la compagnie Air France est née en 1936 de la fusion de plusieurs petites compagnies aériennes, trop dispersées pour être rentables. De même, le chemin de fer français se constituait de six compagnies réparties en six zones géographiques distinctes. L'Etat crée la SNCF en 1936, en regroupant les six compagnies dont aucune d'entre elles n'était assez rentable pour reconstruire les réseaux détruits par la guerre (Anastassopoulos 1980, p. 13).

La nationalisation des entreprises publiques s'est accompagnée également durant la même période en France par exemple par d'autres formes d'extension ou réorganisation du secteur public : (création en 1945 du Commissariat à l'Énergie Atomique, Bureau de Recherche du Pétrole, Aéroport de Paris) afin de créer une infrastructure solide pour l'économie (Refait, 1997, p. 27).

La recherche systématique d'un certain équilibre entre les régions et par conséquent d'un soutien à la mise en valeur de celles dont le développement devait être stimulé est aussi à l'origine de l'élargissement du secteur public.

Sur le plan social, l'intervention de l'État s'inscrivait également dans une perspective de long terme. La seconde moitié du 20^e siècle a été marquée par une triple extension de la protection sociale (2001, p. 43) :

- extension géographique, notamment en Europe ;
- extension à de nouvelles catégories sociales pour englober la totalité de la population des pays avancés ;
- extension enfin à la couverture de nouveaux risques.

La typologie classique de protection sociale opposait le modèle bismarckien où la qualité de la protection sociale dépend de la profession et des revenus, selon une logique d'assurance et le modèle beveridgien où la protection sociale et les diverses prestations sont universelles car elles ne dépendent pas des revenus et, ainsi, profitent à tous. Mais au début des années 1960, les pays à économie de marché dépensaient à peu près le même pourcentage de leur PNB pour leur politique sociale (Esping-Andersen, 1999) et de toute façon l'État était toujours prêt à se substituer au marché en tant que pourvoyeur de bien-être (Myrdal, 1960). Il intervient pour protéger les individus contre les risques liés à l'emploi, la vieillesse, la santé et la famille. Ces actions de l'État ont abouti à la création des organismes sociaux publics.

Les pays en développement ont été influencés aussi à un stade ou un autre de leur développement par l'approche keynésienne. Jusque dans les années 1980, la tendance dominante en Afrique subsaharienne a été celle d'une extension continue du rôle de l'État. Certes, cette extension n'a pas

atteint le même degré dans tous les pays, en raison notamment de la diversité de leurs politiques économiques. Mais même dans les pays où le projet défendu par les partis au pouvoir était de créer une économie fondée sur les mécanismes de marché et le développement du secteur privé associé aux capitaux étrangers, les interventions de l'Etat apparaissent comme le vecteur naturel du développement (Jacquemont, 1988, p. 271). C'est dans cette optique que s'est fortement renforcé le rôle de l'Etat en Afrique, un rôle devenu à la fois celui d'Etat-entrepreneur, d'Etat-développeur, et d'Etat-régulateur (Chitou, 1991).

1.1.3 Le rôle charnière du secteur public dans l'économie africaine

Trois raisons principales ont justifiées le développement du secteur public dans l'économie africaine. Premièrement, au lendemain des indépendances, face à l'urgence des situations de sous-développement, seule une action énergique des pouvoirs publics semblait être capable de créer les conditions favorables au « décollage économique ». Le développement du secteur public faisait donc partie intégrante des stratégies de développement dans cette économie. L'inexistence d'un secteur privé moderne a aussi fortement contribué au développement du secteur public au cours des décennies qui ont suivi les années 1960 dans les pays africains. La recherche d'équité et de justice sociale constitue une troisième considération qui justifie le développement du secteur public dans certains domaines d'activités dans ces pays.

1.1.3.1 Le secteur public : un héritage historique et une stratégie de développement

La tradition interventionniste héritée de la colonisation par de nombreux pays africains a fortement contribué au développement du secteur public au cours des décennies qui ont suivi leurs indépendances. Durant l'entre deux-guerres, et avec la crise des années 1930, de nombreuses métropoles comme la France ou la Grande-Bretagne sont devenues de plus en plus interventionnistes, en multipliant notamment les investissements et la construction d'infrastructures routières, électriques et de communication

dans les anciennes colonies de l'Afrique (Sanni Yaya, 2004, p.22). On pourrait citer, à titre d'exemple, la construction grâce aux investissements publics des barrages d'Edéa au Cameroun, de Souapiti en Guinée, et la création de la Régie générale des chemins de fer coloniaux en 1944, reliant les capitales de nombreux pays.

Les années 1960 marquent le début de l'accession à l'indépendance de nombreux Etats africains, mais aussi et surtout les débuts du réel essor du secteur public dans ces pays. Pour les jeunes Etats indépendants, il fallait d'abord se substituer à l'ancienne métropole et développer les services publics. Ainsi, un vaste mouvement de création d'entreprises publiques s'est engagé, non seulement dans le domaine des services publics comme l'eau, l'électricité, les transports publics mais aussi et surtout dans les secteurs commerciaux et productifs. La création des entreprises publiques dans les pays en développement durant les premières décennies de l'accès à l'indépendance, traduisait l'expression d'une réelle volonté de continuer les stratégies d'accumulation et d'interventionnisme engagées durant la période coloniale par l'administration de tutelle (Bazeix, 1994, p.42). Des politiques de nationalisations des entreprises privées sont également mises en place à des degrés divers dans la majorité des pays en développement. Ces politiques de nationalisation étaient justifiées par des arguments économiques mais aussi politiques. Ainsi, les services et entreprises publics peuvent exercer des effets d'ensemble sur le développement industriel et économique. L'objectif de consolidation des acquis des indépendances conduit les nouveaux Etats à continuer dorénavant leur interventionnisme directement dans les secteurs productifs et commerciaux en se substituant progressivement aux entreprises devenues étrangères (Petiteville, 1998).

Après l'indépendance, pour de nombreux pays en développement, l'Etat devient aussi, le centre d'impulsion de développement économique. Il prend en charge l'élaboration et la conduite des grands projets industriels pour réaliser le développement en mettant en place une véritable politique industrielle. Celle-ci a pris la forme de la propriété publique pour de nombreuses entreprises dans des secteurs aussi variés que les chemins de fer, l'électricité, les banques, les assurances, le transport aérien, les

télécommunications, etc. De plus l'Etat a pris des participations dans des nombreuses sociétés privées. Tout cela correspondait à la volonté de construire une industrie nationale indépendante.

Il s'agissait aussi de profiter du marché créé par les importations de produits industriels pour développer, avec l'aide de l'Etat, une production nationale se substituant aux importations afin de réduire la dépendance des importations de biens manufacturés (Crozet 1993, p. 63). Des perspectives économiques intéressantes portent à ce moment là, cette volonté d'industrialisation. De 1965 à 1980, la croissance annuelle moyenne en volume du PIB s'est élevée à 6 % en Amérique latine, 7,3 % en Asie de l'Est, 6,7 % au Moyen Orient, et même 4,2 % en Afrique subsaharienne (Banque mondiale, 1981). Ces perspectives économiques favorables poussaient à un certain optimisme. La notion de « décollage économique », popularisée par W. Rostow⁶ (Rostow, 1960) est transposée des pays industrialisés aux pays en développement qui envisageaient pour la plupart la constitution de pôles publics de croissance industrielle (Passet, 2001, p. 81).

L'Etat des pays en développement était encouragé aussi par les bailleurs de fonds internationaux à posséder des entreprises publiques dans le but d'attirer des investissements étrangers et ainsi de promouvoir le développement. Ainsi, si la privatisation des entreprises publiques est devenue aujourd'hui une condition pour tout déblocage de fonds par les bailleurs de fonds internationaux, il est important de constater que cela n'a pas été toujours le cas. De 1945 à 1980, le développement du secteur public faisait aussi partie intégrante des stratégies de développement préconisées par les bailleurs de fonds (Holly, 2003). L'entreprise publique constituait même une structure privilégiée d'accueil de capitaux des organismes internationaux. La Banque mondiale a par exemple prêté des sommes importantes au pays en développement, sommes qui ont servi en grande partie à financer des entreprises industrielles et commerciales, des fermes

⁶ W. Rostow a publié en 1960: *Les étapes de la croissance* publié en 1960. Il développe dans cet ouvrage que la croissance économique était un processus comportant plusieurs étapes, stimulé par un désir inexorable d'amélioration des conditions de vie autant que de recherche de profits. Ce processus de modernisation était selon Rostow, caractérisé par une période cruciale, celle du take off : il s'agissait d'une période de croissance rapide stimulée par l'expansion d'un nombre limité de secteurs économiques.

d'Etat, des entreprises portuaires et aéroportuaires, des banques, des compagnies d'assurances, des entreprises de télécommunication, dans le secteur de l'énergie et de transports ferroviaires (Doura, 2003, p. 71). Certes, une part considérable de l'aide apportée sert souvent à payer des salaires exorbitants à des techniciens de pays donateurs. On peut aussi relever que les bailleurs de fonds accordaient des financements aux pays en développement pour l'importation d'équipements industriels et des pièces de rechange, essentiellement en provenance des pays développés. Mais face aux situations de sous-développement, l'intervention de l'Etat dans les pays en développement apparaissait comme une nécessité évidente. Cette certitude était partagée par tous les acteurs (Seyls, 1995, p. 14). Il faut souligner durant les premières années post-indépendance, l'idée maitresse du développement reposait sur une problématique économique de retard. Pour réduire l'écart entre pays développés et pays en développement et combler le retard de développement, le recours à l'investissement s'imposait comme une véritable mécanique, décisive et quasi suffisante. Le multiplicateur d'investissements assurait la logique de la croissance : plus le niveau des investissements était élevé, plus le pays pouvait compter sur une croissance forte. Ainsi, W. Rostow (1960) dans ses étapes de développement, caractérisait le décollage économique par l'augmentation rapide du niveau d'investissement.

Dans le domaine de la santé, l'objectif était de continuer à offrir les prestations gratuites souvent instituées au moment des indépendances mais aussi d'en étendre la couverture dans la campagne avec un soutien des hôpitaux pour les soins spécialisés. Au lendemain des indépendances, la gratuité des services de santé était la règle en Afrique subsaharienne (Tizio, 2005). Un effort sans précédent est réalisé par la plupart des gouvernements pour développer leur offre de soins en direction des zones rurales ou les plus enclavées. L'Etat jouait un rôle central dans ce dispositif, mais dans le contexte d'un modèle de développement axé sur le social et la résorption de la pauvreté, les donateurs bilatéraux soutenaient généreusement ces politiques.

1.1.3.2 Le développement du secteur public pour pallier l'absence du secteur privé

Au cours des dernières décennies qui ont succédé leurs indépendances, de nombreux pays en développement ont construit leur stratégie de développement autour de l'intervention de l'Etat (Albagli, Cazenave, 1984). Le secteur public est devenu presque partout important et tout-puissant. Selon les estimations du BIT (1988), durant la première décennie qui a suivi leur indépendance, plus de 120 entreprises publiques sont créées au Benin, contre 140 en Côte d'Ivoire, 110 en Guinée, 180 au Sénégal et 115 au Cameroun. Ces entreprises publiques occupaient au début des années 1980 dans ces pays environ un tiers des emplois salariés et mobilisaient près de la moitié des emprunts de l'Etat. Le secteur public était perçu comme un outil et un instrument de politique macroéconomique. Cependant, pour de nombreux auteurs, la justification du secteur public se trouve dans la nécessité pour l'Etat de pallier les insuffisances du marché pour une meilleure efficacité économique. Ce secteur a donc joué le rôle de palliatif des carences du secteur privé dans certains domaines de l'activité économique (Chitou, 1991 ; Amewokunu, 2000). En l'absence d'acteurs privés et vu le caractère rudimentaire des marchés, le passage de l'économie de subsistance à l'économie moderne nécessitait l'implication de l'Etat (Hugon, 1999). La complémentarité séculaire entre l'Etat et le secteur privé dans les pays développés ne trouve généralement pas d'équivalent dans les pays en développement. La capacité des capitaux privés est souvent limitée dans ces pays. Ainsi, en l'absence d'exploitants ou d'entrepreneurs privés nationaux capables de réunir les capitaux nécessaires pour créer des investissements dans le secteur moderne, l'Etat a dû se substituer aux entrepreneurs, en palliant le déficit qu'une telle situation aurait pu créer. A l'absence d'un cadre financier capable de soutenir le développement des firmes privées s'ajoute aussi le déficit des infrastructures (insuffisance des moyens de communication, mauvaise état des réseaux de communication par voie terrestre, aérienne ou maritime). Ce qui constitue un gros handicap pour le développement de l'entreprise privée. Le secteur public a alors joué

un rôle déterminant dans la mise en place des conditions de la modernité. Dans ces conditions, l'Etat vise :

- d'une part de contrôler l'inflation, d'assurer la politique économique de revenus, préserver l'équilibre de la balance des paiements par le canal des prix que pratiquent les entreprises publiques, les salaires qu'elles versent aux employés, leurs approvisionnements et leurs anticipations,

- d'autre part de garantir la croissance, d'assurer une politique de désenclavement, de stimuler le développement et de favoriser la naissance des activités connexes autour des grands pôles d'activité économique. Cette intervention de l'Etat sur le marché doit conduire à l'équilibre économique global ; de ce fait, le secteur public constitue un levier de la conduite de la politique économique.

1.1.3.3 Le développement du secteur public pour des raisons d'équité et de justice sociale

Après l'indépendance, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne se sont lancés dans une politique de développement économique contrôlé par l'Etat avec l'existence d'un large secteur public. La demande croissante pour le secteur public provenait de la reconnaissance que le secteur public constitue un moyen très important à la disposition de l'Etat pour atteindre des objectifs d'équité et de justice sociale. Ainsi, nombre de gouvernements des pays en développement recourent aux organisations publiques comme instrument d'élimination de la pauvreté, de réduction des disparités sociales, de création d'emplois. La nécessité de faire face aux immenses problèmes de pauvreté, d'inégalité, de manque d'infrastructures explique aussi que la plupart des pays en développement aient suivi un modèle économique dans lequel l'Etat a joué le rôle principal, que ce soit par les dépenses publiques, une implication directe, ou son influence sur l'organisation des différentes activités économiques. Ce rôle était d'ailleurs conforme aux modèles théoriques dominants de l'après-guerre, qu'ils soient d'influence keynésienne, structuraliste, socialiste, nationaliste (Assidon, 1992). L'Etat a souvent assumé davantage des rôles par nécessité pour trouver des solutions pratiques à des problèmes immédiats plutôt que par une

obstination dogmatique des élites des pays en développement. Les Etats africains ont organisé leur secteur public sur le modèle colonial. L'une des missions fondamentales que se sont assigné les Etats est la prestation de services publics aux citoyens par le biais de leur secteur public. Par ces prestations, les Etats réalisaient leurs objectifs de redistribution sociale et de respect des droits fondamentaux de l'homme tels que précisés dans la plupart des constitutions des Etats africains et dans la déclaration universelle de droit de l'homme⁷.

Un taux de croissance longtemps positif, conjugué à l'aide au développement et aux prêts externes, a permis aussi de créer un système d'accumulation et de redistribution à partir de l'Etat, dans lequel les contraintes économiques tenaient souvent une place secondaire. Cependant, de la littérature sur les services publics en Afrique, il ressort que ces services connaissent un mauvais fonctionnement et subissent une forte désagrégation. Ces appréciations négatives sont alimentées par des rapports et écrits sur les pratiques qui gangrènent le secteur public, régi par des logiques clientélistes et souffrant d'un manque de croissant de productivité et d'un déficit d'efficacité. Ainsi, selon M. Béné (1991, p.457) : « *d'une manière générale, l'expansion du secteur public en Afrique subsaharienne a été dans l'ensemble mal contrôlée et a occasionné des déficits qui ont pesé lourdement sur l'équilibre des finances publiques* ».

Les obstacles à la fourniture satisfaisante de services publics sont aussi amplifiés en Afrique subsaharienne par des décennies de programmes d'ajustement structurel imposés de l'extérieur, et qui ont eu des conséquences désastreuses au plan social, économique et institutionnel.

L'entrée en force de l'Etat dans le champ des activités productives notamment a été l'une des manifestations essentielles du mouvement de croissance qu'il a connu au cours du 20^e siècle : hégémonique dans les pays socialistes, du fait de la socialisation de l'économie, dominant dans les pays

⁷ Selon l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de l'invalidité, de veuvage ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

en développement, en raison de l'insuffisance du capital privé, le secteur public avait également conquis dans les pays développés à économie libérale une place stratégique ; par-delà les variantes résultant de la diversité des contextes nationaux, toutes les économies libérales étaient en fait devenues des « économistes mixtes », les entreprises publiques étant fortement implantées dans les secteurs de base (énergie, transports, télécommunications) mais aussi dans l'industrie, les banques, les assurances, etc. Les économistes néoclassiques eux-mêmes jugeaient cette présence indispensable pour pallier les défaillances et les insuffisances des mécanismes de marché. Cette conception est devenue caduque à partir des années 1970 du fait des pressions internes et externes (Chevalier, 2004, p. 54). Les dépenses publiques ont fortement progressé et l'Etat a eu du mal à se financer. Ce qui a conduit diverses réformes du secteur public dans les pays développés puis dans les pays en développement. Les vertus de la gestion publique sont également de plus en plus contestées.

1.2 Les services publics menacés par le marché

Apparue au début des années 1980 dans un contexte de renforcement du libéralisme économique et du déclin de l'Etat-providence, la marchandisation est une stratégie qui vise d'abord à désengager l'Etat de la sphère de la production en recourant au secteur privé dans l'offre, la prestation et le financement des services publics. Elle consiste aussi à réduire l'étendue et le rôle du secteur public, ses prérogatives et son influence en transférant au secteur privé la responsabilité entière et totale des politiques dont l'Etat assurait préalablement le fonctionnement. Elle fait également référence à la réduction de l'ensemble des services assurés directement par l'Etat, avec forte délégation au privé, ainsi qu'à la soustraction et à la limitation des ressources financières de tous les organismes fonctionnant sous financement public afin d'inciter ceux-ci à se diriger vers le privé. Elle implique également la libéralisation de certains secteurs traditionnellement publics notamment (les télécommunications, les transports, l'eau.....) afin de faciliter l'entrée en concurrence des investisseurs privés et réaffirmer l'urgence et la nécessité d'une compétitivité

accrue dans un contexte concurrentiel qui ne pourrait pas se concevoir dans un marché monopolistique réglementé. Des pressions sont également exercées sur les organisations publiques pour transposer des concepts et des pratiques provenant du secteur privé affirmant par là même la supériorité de notions de gestion que l'on croit dévolues aux entreprises privées.

Ces politiques économiques mises en œuvre par les gouvernements pour modifier l'équilibre entre le secteur public et le secteur privé sont considérées pour certains comme synonyme de la modernisation de l'Etat. Les politiques de modernisation qui se sont développées d'abord dans les pays occidentaux puis dans les pays en transition et en développement sous la pression des institutions financières internationales, sont sous-tendues par une volonté de transformation globale des principes d'organisation de l'Etat (Chevalier, 2004, p.73). Cette modernisation va de pair avec un rôle beaucoup plus indirect de l'Etat, qui doit créer un environnement institutionnel incitatif au secteur privé pour la réalisation notamment des activités de services publics. Cette tendance s'étend aussi bien aux pays de tradition libérale (Etats-Unis), qu'à ceux dont l'histoire et la société reste profondément marquées par le modèle social-démocrate (Suède) et de multiples pays en développement. La définition de ce concept de marchandisation sera approfondie par l'analyse des facteurs justificatifs et par l'étude de ses différentes formes.

1.2.1 Les principaux facteurs justificatifs de la marchandisation

La tendance à la marchandisation du secteur public est apparue vers la fin des années 1970 dans quelques pays anglo-saxons ; et se veut comme un mouvement « mondial » de nos jours. Cette tendance est observable à l'évidence dans l'ensemble des activités du secteur public, et ne continue pas moins de s'accroître. Sans prétendre à l'exhaustivité, deux facteurs ont concouru à rendre « soutenable » l'idée de la marchandisation du secteur public. On observe d'abord une certaine limite de l'intervention directe de l'Etat dans un contexte international de crise économique, de mondialisation

accompagnée d'une concurrence internationale devenue plus rude et du développement de nouvelles technologies.

Le deuxième facteur résulte de la montée en puissance de l'idéologie néolibérale et de la croyance dans les marchés autorégulateurs et à l'inefficacité des politiques publiques de relance. Même s'il y a souvent forte distance entre les politiques économiques préconisées et leurs fondements théoriques, dans les années 1970 et 1980, les économistes de référence sont Friedman (Monétarisme), Laffer (économie de l'offre). L'analyse du rôle de l'Etat et des politiques publiques s'est réalisée dans le cadre du public choice (Buchanan, 1971). Ensemble ces économistes ont participé à une renaissance de la doctrine libérale. Leurs analyses et leurs propositions ont eu un formidable écho dans tous les pays développés (Euzeby, 1998). Leur conservatisme économique, connu sous l'appellation générique de néolibéralisme, a remplacé le keynésianisme comme principal corpus doctrinaire en matière de politique économique (Hufty, 1998, p. 23). Les idées néolibérales apparues notamment dans les pays anglo-saxons au début des années 1980 reposent sur les idées que les Etats ne sont plus en mesure de gérer l'économie et qu'il faut pour dynamiser l'accumulation, donner la primauté à l'initiative individuelle et à l'entreprise privée (Laperche et Uzunidis, 2003). Et tout ce qui relève du domaine public (route, infrastructures et organisations publiques, santé, éducation, sécurité publique, traitement de la pollution, etc.) pourrait être avantageusement cédé au privé pour des raisons d'efficacité, d'efficience.

1.2.1.1 Les limites de certaines formes d'intervention directe de l'Etat dans un nouveau contexte

Depuis le milieu des années 1970, l'environnement international s'est profondément modifié. L'économie mondiale est rentrée dans une période de crise et d'endettement permanent. Dans ce contexte les Etats cherchent à trouver des ressources financières pour soulager leur budget. Ce qui passe par un appel total ou partiel, aux financements privés au profit de certains types d'activités auparavant gérées par l'Etat et, par conséquent, par un

retrait, lui aussi total ou partiel de l'Etat dans les secteurs qu'il avait auparavant investis. L'économie mondiale est aussi entrée dans une nouvelle ère : celle de la globalisation, conduisant les Etats à une concurrence plus rude en matière d'investissement des capitaux internationaux. Enfin, le développement des nouvelles technologies a permis de produire avec une quantité moindre de facteurs. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la nature des missions de service public, sur le régime de propriété et le mode d'organisation interne des opérateurs historiques, ainsi que sur les modalités de régulation des marchés (question du partage des pouvoirs entre pouvoirs publics et autorités de régulation indépendantes).

1.2.1.1.1 Les besoins de financement des Etats dans un contexte de restriction budgétaire

Un premier facteur qui a conduit à la marchandisation des services publics est l'incapacité du secteur public à faire face seul au financement des services publics et notamment aux besoins d'infrastructure dans un contexte de raréfaction des ressources. Bien que de nombreux programmes de marchandisation soient conduits sans avoir pour objectif principal de réaliser des économies, il est évident que, dans la plupart des pays qui se sont lancés dans une démarche de marchandisation, la crise des finances publiques a été un des déclencheurs majeurs du processus de transformation du secteur public. A partir du début des années 1980, la plupart des pays ont mis en œuvre des réformes touchant l'organisation de leur secteur public, à la suite de la crise économique de l'Etat-providence ayant entraînée une forte augmentation du chômage et un net déséquilibre de leurs finances publiques (Finger et Ruchat, 1997). La persistance et l'ampleur des problèmes économiques qui touchent les Etats à l'échelle planétaire ont donc conduit les décideurs politiques à un plus grand réalisme et on admet qu'il est aujourd'hui important de dépasser des considérations qui sont de « *l'ordre des paradigmes* » et qui visaient jadis à opposer l'Etat et le marché, alors qu'on devrait les examiner dans une dynamique de partenariat et de collaboration (Lévesque, 2001). Le Livre

Blanc de la Commission européenne sur *la croissance, la compétitivité et l'emploi* (1993) soulignaient d'ailleurs à cet égard l'absolue nécessité d'établir des partenariats entre capital privé et capital public. Inévitablement, ces partenariats s'accompagneront ou seront précédés par une libéralisation des réglementations applicables aux grands secteurs de réseaux notamment.

Grâce surtout aux politiques économiques et sociales de l'Etat-providence, les pays développés pensaient avoir trouvé la recette d'une croissance continue : absence de chômage et ampleur des gains de productivité facilitent le maintien de la paix sociale ; la croissance continue des revenus soutient la demande, encourage l'investissement privé et l'investissement public permet le financement d'un secteur public en extension et de transferts sociaux de plus en plus généreux. Ces succès macroéconomiques permettent à leur tour d'asseoir le crédit des institutions et des politiques économiques qui semblaient garantes d'un progrès permanent. Le terme providence n'était même plus accolé à celui d'Etat car les bienfaits de l'intervention publique sont appréciés à la quasi-unanimité (Cassiers et Reman, 2007, p. 22). Cette évolution est toutefois contrariée depuis les années 1970 car l'Etat doit faire face à des difficultés financières : la fin de la forte croissance économique des Trente Glorieuses remet en cause le mode de financement de l'Etat tandis que la prise en charge sociale et économique des victimes de la récession accroît ses dépenses. Les impôts qui touchent une part toujours croissante de la population deviennent impopulaires (D. Cohen, 1997, p. 77). Ce qui se traduit par des mesures draconiennes d'austérité dans le domaine social mais également dans la sphère économique avec les nombreux programmes de privatisation dans les pays développés.

Dans les pays en développement, on assiste aussi au cours des années 1980 à la remise en cause de l'hégémonie exercée par l'Etat sur l'économie. Les difficultés économiques nées de l'effondrement du cours des matières premières et du fardeau écrasant de la dette ont conduit ces pays dans le cadre de « plan d'ajustement structurel » (PAS) imposés par les institutions financières internationales, à adopter des mesures drastiques de

rigueur, passant par l'allégement des dépenses publiques, la réduction du nombre des fonctionnaires, la privatisation des entreprises publiques. Le mouvement touche, aussi bien les pays ayant opté pour la voie libérale (Maroc, Côte d'Ivoire) que les pays d'Amérique latine où avait longtemps prévalu un modèle de développement « auto centré », défendue par la CEPAL⁸, donnant à l'Etat un rôle essentiel, ou encore les pays à orientation socialiste comme l'Algérie (Chevalier, 2004). En Afrique subsaharienne, le durcissement de la contrainte budgétaire est plus sévèrement ressenti qu'ailleurs. La marchandisation du système de santé s'inscrit dans des réformes destinées à transférer la charge du financement public sur les ménages, à modifier le rôle de l'Etat et à promouvoir le secteur privé. Compte tenu des pénuries de ressources financières publiques, un consensus se fait jour entre les principales institutions multilatérales (Banque mondiale, UNICEF, OMS) à la fin des années 1980 sur le caractère inéluctable d'un financement privé de la santé, ce qui a donné naissance à l'Initiative de Bamako notamment.

1.2.1.1.2 Une concurrence plus rude dans un contexte de mondialisation des échanges

Dans une période de crise économique, de mondialisation des échanges et de la concurrence, les Etats tentent d'accroître leur compétitivité en donnant la priorité à la réduction de leurs coûts salariaux et de leurs budgets sociaux. La maîtrise des dépenses de santé fait partie des objectifs qu'ils se sont fixés (Chamorand, 1996, p.5). La globalisation de l'économie, conduit les Etats à une concurrence plus rude en matière d'investissement des capitaux internationaux (Euzéby, 1998). Elle entraîne aussi à une perte générale de pouvoir en tant qu'Etats nationaux (Faugère, 1994, p. 95). La capacité de l'Etat à jouer un rôle actif dans la croissance économique serait réduite. L'Etat ne peut plus soutenir les entreprises nationales en incitant à la consommation car dans le contexte du libre-échange, cette consommation supplémentaire pourrait se transformer en importation de produits étrangers

⁸ Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes

qui déstabiliseraient la balance des paiements. Ensuite le risque d'inflation inhérent aux politiques de relance économique et de lutte contre le chômage est néfaste pour la compétitivité mondiale des entreprises nationales, car elle entraîne une hausse des coûts salariaux. En outre, le « dumping social » pratiqué par les pays émergents constituerait une concurrence croissante menaçant les systèmes de protections des pays riches. Plus globalement, selon J. Chevalier, (2004, p. 29), la mondialisation des échanges et de l'information permet aux acteurs économiques de comparer le coût du travail et de mettre en concurrence les différentes espaces afin de réduire les coûts et répondre aux pressions de la concurrence et des consommateurs réclamant des baisses de prix.

Enfin dans une économie mondiale où circulent de plus en plus librement marchandises, capitaux et informations, le maintien dans des secteurs vitaux, de forteresses monopolistiques dont les comportements resteraient étrangers aux forces du marché devient intenable. Parmi les tenants de cette perspective, on retrouve souvent les organisations internationales : BM, FMI, OMC etc. En effet, pour ces institutions internationales, la croissance pour les pays pauvres notamment ne peut s'opérer que dans le cadre d'échanges marchands de nature privée et qui en plus dans un marché mondialisé, c'est à dire sans entrave. Les pays en développement sont tenus de l'admettre s'ils veulent se développer et combattre efficacement la pauvreté. L'interventionnisme de l'Etat serait en contradiction avec le contexte de la mondialisation.

A ce mouvement plus large de la globalisation et de la mondialisation de l'économie qui limite les marges de manœuvre des Etats et qui redessine les contours des interventions publiques, s'ajoute pour les pays de l'Union européenne, l'action volontariste dans laquelle se sont engagés ces pays et qui a conduit à mettre l'accent sur une application effective des règles de concurrence visant à abattre les barrières frontalières encore subsistantes et à créer un véritable *level playing field* communautaire selon C. Rakovsky (1994). Cela s'est notamment traduit par une vigilance accrue en matière de discipline des aides d'Etat (la Commission n'hésite pas à exiger la récupération des aides « indument versées »), et par un accroissement

sensible du montant des amendes imposées aux entreprises qui enfreignent les règles de concurrence (particulièrement lorsque ces comportements visent à cloisonner les marchés) ; de même des compétences nouvelles ont été reconnues à la Commission (règlement sur les fusions et concentrations), tandis que les règles de concurrence ont été de plus en plus appliquées aux secteurs des services publics (transports, électricité, etc.). Une telle évolution a conduit à reconsidérer la situation des monopoles, pour la plupart actifs dans les secteurs des services et qui constituent le dernier obstacle substantiel à l'ouverture effective des marchés. D'ailleurs selon C. Stoffaes (1995), dans le contexte de l'Union européenne, l'usage même du terme « service public » est banni pour deux raisons principalement :

- l'existence d'un large mouvement de libéralisation dans l'Europe actuelle visant à « moins d'Etat » remet en cause le maintien d'un service public qui met en avant explicitement la possible action publique pour l'accomplissement des services en question ;

- le terme service public véhicule une conception de la mise en place de certains domaines d'activités au profit des citoyens qui se présente comme très éloignée de la culture et de la pratique juridique anglo-saxonne et du cadre institutionnel européen consacrant le marché comme étant la règle et pour lesquels l'intervention publique incarne l'exception.

De même, l'égalité de traitement entre entreprises publiques et privées, consacrée par le droit communautaire⁹ entraîne une certaine perte de spécificité de l'interventionnisme direct des pouvoirs public dans l'économie, sous réserve, importante il est vrai, de la gestion de service économique général,¹⁰ et conduit par conséquent les Etat à s'interroger sur l'utilité de conserver un secteur public important (Thirion, 2002). Dans le cas de la France, par exemple, qui a une longue tradition de service public, nombre d'économistes français reconnaissent qu'une conception du service public assimilant intérêt public et puissance publique a pu servir, en son temps, l'innovation. Cependant, la plupart d'entre eux, soucieux de sortir de l'ère d'un service public colbertiste régi par « des despotes éclairés¹¹ », insistent

⁹ Article 86, § 1^{er}, du traité instituant la Communauté européenne (CE).

¹⁰ Article 86, § 2, du traité CE

¹¹ Selon les propres termes d'E. Cohen et C. Henry (1997, p. 55).

désormais sur la nécessité de « distinguer entre les missions de service public et les institutions qui les assurent ». Ainsi pour E. Cohen et C. Henry (1997), dans un contexte d'ouverture progressive des marchés à la concurrence rien ne justifie et surtout pas les impératifs d'efficacité ou de compétitivité pour que le pilotage des services publics soient confié à des établissements publics.

1.2.1.1.3 Les évolutions technologiques modifiant les caractéristiques de la fonction de production

Les évolutions technologiques ont aussi dans certains cas modifié les caractéristiques de la fonction de production : certaines activités à « rendement croissant » se sont vues transformées en activités dites normales. Les nouvelles technologies de l'information et des communications ont permis de raccourcir les distances, de faire des économies de transport et de gestion, donc de produire avec une quantité moindre de facteurs. C'est le cas du secteur des télécommunications où les innovations technologiques ont permis l'adoption d'un réseau hertzien plutôt que filaire. Du fait d'un avantage en coût d'investissement qui les caractérise par rapport aux réseaux filaires, les réseaux non filaires sont de plus en plus mis en œuvre surtout par des firmes télécoms en concurrence avec les opérateurs en place (Kiambu, 2008). La mise en concurrence entre plusieurs opérateurs se fondant sur des technologies et des approches commerciales différentes serait susceptible de réduire les coûts et donc d'assurer une meilleure couverture des besoins des usagers. Plus globalement, les évolutions technologiques entraînent dans ce secteur une série de conséquences économiques que nous résumons à travers les points suivants :

- elles altèrent les délais d'amortissement et de retour sur investissements (de rentabilité) en réseaux télécoms ;
- elles permettent l'entrée de nouveaux concurrents (baisse des barrières à l'entrée et des coûts en général) ;
- elles modifient les caractéristiques économiques des réseaux (remise en cause de certaines situations de monopole) ;

- elles entraînent une extension et une diversification des produits et services proposés.

Créés à l'origine pour assurer le transport de la voix et des messages télégraphiques, les monopoles de télécommunications sont aujourd'hui confrontés à une demande multiforme à laquelle ils ne peuvent plus y faire face, tant deviennent spécifiques les besoins de chaque usager (ou du moins des utilisateurs professionnels). Le progrès technique ayant eu pour résultante la multiplication des services télécoms, et l'émergence d'une clientèle particulière faisant demandes pour une offre de plus en plus ciblée vont permettre de rendre effectif l'infiltration progressive de la concurrence dans le domaine des services à valeur ajoutée (Belkous, 2007, p. 21). A cette diversification des produits répond à une interpénétration toujours plus poussée entre les secteurs sous monopole et les secteurs hors monopoles : télécommunications et informatique, par exemple. Cet effacement des frontières entre des activités économiques autrefois étrangères rend de plus en plus injustifiable qu'on leur applique des régimes juridiques différents selon cet auteur.

En outre les monopoles publics (électricité, télécommunication) tendent naturellement à pénétrer les marchés voisins du point de vue sectoriel (réseaux de chauffage, traitement des déchets,...) et géographique (développement des réseaux du sud ou de l'est de l'Europe pour EDF par exemple). Cette politique d'expansion vers l'extérieur n'est pas cohérente avec la préservation de chasses gardées nationales couvrant les activités traditionnelles de ces monopoles (Brillet, 2004, p. 19). Ainsi selon cet auteur, la France a par exemple, pendant longtemps empêché la prise de participation étrangère dans ses monopoles quand, dans le même temps, ceux-ci faisaient montre d'une stratégie agressive à l'international.

Le développement dans les services publics des logiques commerciales, puis souvent d'activités complémentaires et internationales, qui ne faisaient pas partie des fondements initiaux, a déstabilisé l'unité contradictoire qui avait longtemps prévalu entre logique d'entreprise et logiques de service public (Bauby et Boual, 1994, p. 138).

1.2.1.2 Une forte influence de la pensée néolibérale

La décennie 1970 marque le début d'une crise économique caractérisée par la stagflation : coexistence d'une croissance ralentie, d'une forte inflation et d'un chômage en augmentation. La régulation keynésienne semblait impuissante face à ce problème nouveau (Yacoub, 2009, p.7). Cette crise économique était interprétée par des nouveaux penseurs du système économique international critique à l'intervention de l'Etat. Ces nouveaux penseurs sont tous attachés aux mécanismes du marché, au libre échange et à la libre entreprise. Ils estiment que les interventions de l'Etat sont excessives et nuisibles au dynamisme de l'économie. Ils préconisent en conséquence, le désengagement de l'Etat, la privatisation des entreprises publiques et la déréglementation de certaines activités. On s'intéressera successivement :

- aux critiques des monétaristes et notamment, la contribution de Friedman qui attribue la responsabilité de la crise économique vécue par plusieurs pays aux politiques économiques interventionnistes,
- aux économistes de l'offre qui ont mis l'accent au cours des années 1980 sur les coûts économiques et sociaux induits par les prélèvements obligatoires excessifs,
- à la théorie des choix publics qui explique le faible rendement du secteur public par les jeux politiques qui caractérisent les dirigeants publics et l'excès bureaucratique des organisations publiques,
- la théorie des marchés contestables critique à l'égard du secteur public qu'elle considère moins efficiente que le secteur privé soumis à la pression concurrentielle,
- et au Consensus de Washington, conçu à l'origine pour répondre à des problèmes que l'on pouvait considérer comme spécifiques aux pays latino-américains, mais ensuite jugé applicable au monde entier.

1.2.1.2.1 Les succès rencontrés par les politiques monétaristes dans les années 1980-1990

Dans l'après-guerre, alors les idées keynésiennes connaissent un grand succès dans les années 1950-1960, se développe dans l'ombre toute une critique de la théorie keynésienne, notamment à l'Université de Chicago, qui regroupe des économistes renouant avec la théorie classique. Leur raisonnement repose sur trois postulats de base :

- la quantité de monnaie en circulation a un effet direct sur le prix (théorie quantitative de la monnaie) ;
- le taux de chômage naturel¹² ne dépend que des conditions structurelles de l'économie, c'est-à-dire des variables réelles (effectifs de la population active, investissement, degré de la générosité de l'indemnisation du chômage...) et se révèle insensible à l'illusion monétaire ;
- les autorités monétaires ont les moyens de contrôler la masse monétaire.

La consécration, par le prix Nobel, de Friedman en 1976 et de nombreux économistes de l'Université de Chicago¹³ a renforcé de façon considérable l'audience de ces économistes qualifiés de néolibéraux par de nombreux économistes hétérodoxes. Ils ont fait du monétarisme non seulement un instrument technique destiné à rééquilibrer les comptes externes des pays mal administrés selon eux, mais aussi une « *arme contre l'Etat social* » (Anderson, 1996). La synthèse des différentes écoles du monétarisme (école de Chicago, école autrichienne, etc.) qui réfutent les idées keynésiennes (fonction de consommation, investissement, rôle de l'Etat...) est faite par Milton Friedman. Dans son principal ouvrage de 1968 « *Inflation et systèmes monétaires* », Friedman soutient aussi que « *l'inflation est toujours et partout un phénomène monétaire* », C'est donc une croissance excessive de la masse monétaire qui engendre l'inflation. Avec cette théorie et l'introduction du taux de chômage naturel, Friedman remet en cause le bien fondé des

¹² Pour les monétaristes, la politique keynésienne bute fatalement « le taux de chômage naturel ». C'est un taux en dessous duquel on ne peut pas descendre car il dépend des structures du marché et de celle de l'économie, c'est-à-dire du fonctionnement même de l'économie. C'est en fait le niveau de chômage que l'on observe lorsque l'économie fonctionne de manière « naturelle », c'est à dire déterminé par le seul fonctionnement du marché et sans intervention de l'Etat.

¹³ Même si tous ne partagent pas les postulats monétaristes, les lauréats de l'Université de Chicago sont outre Friedman, Schultz en 1979, Stigler en 1982, Coase, 1991, Becker en 1992, Fogel en 1993 et Lucas en 1995.

politiques de relance qui, pour lui ne peuvent que provoquer de l'inflation contre laquelle il faut lutter. A cette fin, il proposa l'instauration d'un taux constant de croissance de la masse monétaire.

Friedman remet également en cause les monopoles publics. Il considère que la première et la plus urgente des nécessités est l'élimination des dispositifs qui apportent un soutien direct au monopole quel qu'il soit. La meilleure solution, conseille t-il « *consiste à privatiser les aéroports, comme l'a fait la Grande Bretagne et comme l'Italie et comme la Pologne songent à le faire* » (Friedman, 1999).

Au début des années quatre-vingt, les idées économique de Milton Friedman sur la monnaie, la fiscalité, les privatisations et la déréglementation furent dès lors mises en application par de nombreux gouvernements à travers le monde, notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et au Canada. L'approche de Friedman s'est traduite aussi dans les politiques de certaines organisations financières internationales comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international dans leurs politiques d'ajustement structurel des pays en développement (Uzundis et Yacoub, 2008). Le monétarisme s'est également trouvé au cœur du traité de Maastricht (Euzéby, 1998).

La crise économique des années 1970, présentait des particularités inédites qui vont inciter à repenser le fonctionnement de l'économie. Alors que dans le schéma habituel des crises ; une baisse ou une stagnation de la production s'accompagne d'une hausse du chômage et d'une chute des prix, la crise économique des années 1970 cumule à la fois l'augmentation du chômage et celle des prix. Ce phénomène baptisé « stagflation » résistant aux mesures politiques d'inspiration keynésiennes, permet aux thèses de Friedman de rencontrer certains succès. Le passage fréquent des théoriciens de l'université au gouvernement (comme conseillers) a permis aussi de transformer un modèle théorique en politiques publiques. Le monétarisme n'a pas permis pour autant de sortir les pays développés de la crise économique.

1.2.1.2.2 Les applications économiques inspirées par les économistes de l'offre

La critique de l'Etat-providence est aussi relancée par les théoriciens de l'offre comme Arthur Laffer, pour qui la hausse des taux d'impositions décourage le travail ou l'épargne et réduit l'activité. Cette analyse débouche dans sa version la plus critique sur la célèbre formule, « trop d'impôt tue l'impôt » : l'impôt excessif, en décourageant l'activité, détruit sa base même. L'idée qu'un impôt exagéré détruit la base sur laquelle il porte n'est pas nouvelle et remonte aux économistes classiques tels qu'Adam Smith et Jean Baptiste Say. Mais, il revient à l'économiste Arthur Laffer de théoriser à la fin des années 1970, ce qu'il nomme l'allergie fiscale. Le raisonnement développé par les économistes de l'offre, en particulier Arthur Laffer (1981) est basé sur une relation positive entre l'augmentation du taux d'imposition et la croissance des recettes de l'Etat. Lorsque les prélèvements sont déjà élevés, une augmentation de l'impôt conduirait alors à une baisse des recettes de l'Etat, parce que les agents économiques surtaxés seraient incités à travailler moins à cause du faible revenu issu de travail ou pratiquer la fraude fiscale. Dans cette optique le moyen d'action essentiel d'un Etat passe par la réduction des impôts, et des cotisations sociales, et au respect de l'équilibre budgétaire. Cette politique économique en diminuant l'imposition et les cotisations sociales sur les entreprises et la population, réduirait une pénalisation du travail et de l'épargne. Il conviendrait parallèlement de diminuer les compétences de l'Etat-providence, qui sont généralement à l'origine de la hausse des impôts, et diminuer l'endettement public (Weber 1997, p.183). Ce fut la politique du président Ronald Reagan (Etats-Unis) ou de Margaret Thatcher (Royaume-Uni), dans les années 1980. Trop d'impôts signifie trop d'Etat, trop de déficit et pas assez des recettes alors que le transfert au secteur privé, des activités de télécommunications, des transports, d'entreprises informatiques, des institutions financières et de crédit immobilier ainsi que le chemin de Fer se traduirait par une augmentation de leur productivité et par une baisse de prix de leurs produits ou services. Ce serait en définitive, un gain net important pour l'économie d'un pays (Mac Tighe, 2005).

Les analyses et les propositions de Laffer ont eu aussi un écho dans tous les pays développés en raison des exigences de compétitivité liées à l'intensification de la concurrence internationale et à la mondialisation des marchés. La plupart des grands pays développés ont en effet, dans le sillage des Etats-Unis, réduit leurs taux d'imposition sur le revenu des ménages, ceux des tranches les plus élevées du barème dans les années 1980. Les pays dont la protection sociale repose sur un financement par cotisations ont également mis en place des mesures d'allègement de ces cotisations, salariales comme patronales (Firmin, 2008). Une objection assez simple a été cependant apportée à la thèse de Laffer : L'impôt prélevé par l'Etat sert aussi à financer les dépenses publiques (éducation, santé, recherche, infrastructures...) qui sont elles-mêmes sources créatrices de richesses.

1.2.1.2.3 L'Etat et l'intérêt personnel dans la théorie des choix publics

La théorie des choix publics est aussi à la base de l'implication accrue du secteur privé dans des domaines généralement réservés au secteur public. Sont attachés à cette école de Public Choice des noms comme J. Buchanan (prix Nobel en 1986) et G Tullock. C'est au cours des années 1970 que l'analyse économique des choix publics prend véritablement son essor, notamment avec les travaux de l'Ecole de Virginie, compte tenu de l'appartenance académique et institutionnelle de ses principaux auteurs au point de devenir presque hégémonique au début des années 1980 (Guex, 2003).

A la différence de Keynes, le courant de Public Choice pense que l'Etat n'est pas une autorité impartiale et garante de l'intérêt général. Il est représenté selon cette approche par des responsables politiques et des hauts fonctionnaires qui défendent avant tout leurs propres intérêts. G. Tullock (1976, p. 34), écrit par exemple: « *tout comme le marché, l'Etat est conçu comme un mécanisme au travers duquel les hommes tentent de réaliser leur objectif* ». J. Buchanan (1977, p. 96) est encore plus explicite en écrivant : « *dans une démocratie, la pression qu'exerce sur les politiciens la concurrence*

de ceux qui aspirent à prendre leur place ressemble à la pression exercée sur les entrepreneurs privés. Les entreprises sont en concurrence entre elles pour s'attacher la clientèle des consommateurs. De manière similaire, les politiciens sont en compétition pour obtenir le soutien de l'électorat ».

L'argumentation de l'École du Public Choice est que les personnes qui sont supposées prendre les décisions publiques, notamment les administrateurs des entreprises publiques, les politiciens et les bureaucrates, le font non pas en privilégiant les intérêts de la société dans son ensemble, comme l'affirme le discours officiel étatiste, mais plutôt leurs intérêts propres comme c'est le cas pour tout autre individu dans d'autres contextes de la vie privée. Pour obtenir des voix, les hommes politiques proposent généralement des programmes ambitieux de dépenses publiques, en occultant la question de leur financement ou en rejetant sur des budgets ultérieurs (recours au déficit budgétaire). Les élus politiques interfèrent également fréquemment dans la gestion des organisations publiques, en accordant des avantages et des bénéfices à des groupes précis en vue d'assurer leur réélection, attitude qui se révélerait définitivement antagoniste à une gestion saine et efficiente des organisations publiques (Vickers et Yarrow, 1991). Ils privilégient en troisième lieu, les interventions les plus visibles à court terme par rapport aux actions structurelles, dont les effets sont moins rapides et plus discrets (tyrannie du court terme). Enfin, selon (Niskanen, 1971), les gestionnaires des services publics ont toujours tendance à exiger des moyens supplémentaires et à développer les services administratifs au-delà de ce qui est nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins des citoyens. Il en résulte des gaspillages de crédits liés à l'absence de concurrence et de sanction dans la production des services publics et, également, des demandes de crédits inconsidérées et irresponsables conduisant à une augmentation injustifiée des dépenses et des services publics. Selon Buchanan, (1987, p. 5) : *« les déficits naissent parce que les politiciens accroissent leurs perspectives de survie politique en augmentant les dépenses publiques ».*

Pour contrer les effets pervers de cette dynamique attribuée aux comportements opportunistes des gestionnaires publics, cette école propose d'abord d'introduire une logique de marché dans la gestion des affaires publiques en privatisant les services publics qui correspondent aux fonctions les plus traditionnelles des pouvoirs publics ; le marché étant considéré comme le mécanisme d'allocation efficiente par excellence des ressources. L'idée de base est que l'entreprise privée est plus soucieuse d'efficacité, car elle est soumise à la concurrence, et donc exposée au risque de faillite.

Les tenants de l'École du Public Choice s'inspirent du concept de l'individualisme méthodologique selon lequel les individus adoptent les mêmes comportements et attitudes, tant dans leurs transactions marchandes que non marchandes, à savoir qu'ils sont guidés par leur propre intérêt et cherchent à maximiser leurs avantages personnels.

De nombreuses critiques ont cependant accompagné le développement de cette approche depuis ses origines. Au cœur de ces critiques figure, notamment le manque de validité empirique du modèle proposé. « *Les tentatives de vérification auxquelles il a donné lieu depuis plus de vingt ans, la plupart conduites par des adeptes du Public Choice ont abouti sur des résultats qui soit ne lui accorde qu'une influence marginale, soit l'infirmes* » (Guex, 2003). Le postulat d'un égoïsme généralisé de l'ensemble des acteurs d'une société qui ne sont capables que de défendre leurs propres intérêts, soutenu par l'école du Public Choice est aussi difficilement défendable car dans cette condition, l'existence même de cette société deviendrait problématique (Le Masne, 2007, p. 54).

1.2.1.2.4 Un secteur public moins efficient que les entreprises privées soumises à la concurrence selon l'approche des marchés contestables

A l'instar des courants précédents, le courant économique de marchés contestables est critique sur les pratiques du secteur public qu'il considère moins efficient que les firmes privées soumises à la menace de la concurrence. La concurrence, lorsqu'elle n'est pas confrontée à des

contraintes de barrières à l'entrée et à la sortie, garantit l'efficacité des organisations présentes sur le marché. Et même si toutes les conditions traditionnellement exigées pour une concurrence pure et parfaite ne sont pas réunies, il suffit que les marchés soient contestables, c'est-à-dire qu'une entreprise puisse y entrer, ou même que la menace d'une telle entrée pèse sur les entreprises présentes sur le marché (Baumol, Panzar, et Willig, 1982). Ces auteurs définissent le marché contestable comme étant un marché dans lequel toute nouvelle entreprise peut à tout moment venir s'installer. Afin d'arriver à une organisation économique optimale du secteur public, il serait judicieux que l'Etat favorise une concurrence. Cette concurrence ferait en sorte que les entreprises qui sont en place puissent être contestées par des concurrents potentiels disposés à les supplanter (meilleur produit ou service au coût le moins élevé possible, innovation, etc.).

En effet cette théorie postule que lorsque les concurrents potentiels d'une entreprise s'aperçoivent que les coûts de production de cette dernière sont supérieurs au coût minimal du marché, ceux-ci entreront spontanément sur le marché et élimineront l'entreprise en question en produisant de façon plus efficace. Ainsi, il ne s'agit plus pour l'Etat d'imposer des contraintes coercitives d'ordre réglementaire au secteur privé, mais de créer plutôt les conditions normales afin que ce dernier puisse concurrencer le secteur public dans l'offre et la production de biens et services. Par ailleurs, l'existence d'entreprises intégrées en situation de monopole, surtout lorsqu'elles sont publiques, est fortement remise en question. Ce qui s'est traduit au cours de dernières décennies par des mouvements de dérégulation, des transferts de gestion, de sous-traitance et des partenariats public-privé afin de permettre à l'Etat d'accroître sa performance.

L'apport majeur de la théorie des marchés contestables est sa compatibilité avec toutes les structures possibles des marchés. L'intensité concurrentielle existant sur un marché n'est pas liée à l'importance du nombre de ses participants. Pour Baumol, Panzar et Willig, un marché est

considéré comme parfaitement contestable (1982, p. 3), c'est-à-dire soumis au jeu normal de la concurrence, dès lors que :

« - l'entrée sur celui-ci s'avère totalement libre, c'est-à-dire que toute barrière à l'entrée due à la législation ou à un abus d'ordre économique doit être bannie, - la sortie en est totalement libre ». La liberté de sortie signifie que, sur un marché, une entreprise peut cesser sa production et quitter le secteur sans supporter des coûts irrécupérables. En d'autres termes, cela signifie qu'un offreur peut renoncer à produire sans subir lors de sa sortie du secteur d'autres coûts que ceux liés à la dépréciation normale du capital engagé. La quasi-gratuité de la sortie conditionne d'ailleurs directement la liberté d'entrée. Il serait en effet, souvent trop risqué de pénétrer sur un marché, même si une nouvelle entreprise était, en mesure de produire plus efficacement que les entreprises en place si en cas d'échec, l'addition à payer s'avérait trop élevée. Le rôle du pouvoir public doit consister selon cette approche à assurer les conditions de libre entrée et sortie.

Du point de vue macroéconomique, un marché parfaitement contestable offre un certain nombre d'avantages à la collectivité (Kiambu, 2008, p. 53). Premièrement, la pression concurrentielle qui en résulte est de nature à renforcer l'efficacité de l'industrie en incitant les entreprises en place à ne pas fixer un prix plus élevé que le coût marginal pour éviter une guerre commerciale que pourraient mener des concurrents potentiels qui vont pénétrer rapidement sur ce marché pour réaliser des profits si les prix sont plus élevés que les coûts marginaux. En outre, sur un marché parfaitement contestable, les phénomènes d'inefficiences si souvent évoqués pour justifier l'intervention des autorités concurrentielles sur les marchés concentrés et dominés par quelques firmes de grande taille, ne peuvent être présents que dans le très court terme. La contestabilité d'un marché interdit aussi une stratégie des prix prédateurs. La pratique d'une tarification prédatrice pour une firme consiste à adopter de manière volontaire des prix qui impliquent la perte des profits sur un marché concurrentiel, de façon à éliminer le concurrent ou l'entrant potentiel afin de bénéficier ultérieurement des rentes de monopoles. Enfin, le marché contestable permet également l'absence de prix ou de profits excessifs comme le monopole. Le monopole,

lorsqu'il n'est pas soumis à une pression concurrentielle, est peu incité à adopter de lui-même un comportement efficient en termes des coûts et à répondre de manière satisfaisante aux demandes du marché et a tendance à fixer des prix excessifs (Vialle, 1998, p. 74).

Dans le même temps, la théorie des marchés contestables a soulevé un ensemble de critiques car elle est basée sur des hypothèses fortes comme l'absence de coûts d'entrée et de sortie. Les coûts fixes sont un facteur important pour expliquer une structure monopolistique dans un secteur donné. L'hypothèse que toute entreprise entrante puisse s'appropriier la demande existante sans réaction des firmes déjà présentes reste forte également, parce qu'il est important pour les firmes en place de conserver leurs marchés lorsqu'elles sont sujettes à quelconque forme de concurrence. Pour W. G Shepherd (1984), il existe même une contradiction entre l'absence de réaction des firmes déjà installées et la définition d'un marché contestable. Toute entrée pouvant se substituer à la firme installée, la firme installée ne peut rester inerte.

1.2.1.2.5 Le Consensus de Washington : Un programme conçu pour répondre à des problèmes spécifiques mais appliqué au monde entier

L'analyse monétariste et les politiques économiques des choix publics se concrétisent également dans une certaine mesure dans le Consensus de Washington. Au début des années 1980, les pays en développement connaissent une profonde crise économique : (un surendettement, une hyperinflation dévastatrice, des finances publiques déficitaires, déséquilibre de la balance de paiement.....). L'ensemble des solutions concoctées par les organisations financières internationales et les pays développés pour les pays en développement surendettés est désigné sous le nom de consensus de Washington » par l'économiste américain John Williamson (1990 et

2000)¹⁴. Ce consensus est un accord tacite du Fonds Monétaire International et de la Banque mondiale soutenus par le Département du Trésor américain n'accordant des aides financières aux pays en développement qu'à la condition que ceux-ci réduisent l'intervention de l'Etat dans la politique de développement économique. Ce consensus proclame la suprématie du marché dans l'allocation des ressources et prône des politiques macroéconomiques restrictives. Il était d'ailleurs à la base des politiques d'ajustement structurel mises en place par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale dans la majorité des pays en développement. Les institutions de Bretton Woods procédaient ainsi une transformation globale des économies des pays en développement pour les « ajuster » aux exigences du marché mondial. En effet, pour ces institutions, le développement ne peut s'opérer que dans le cadre d'échanges marchands de nature privée et dans un marché mondial. La plupart des pays en développement, lourdement endettés, n'avaient alors d'autres choix que de se soumettre aux conditions liées aux prêts octroyés par ces institutions. La crise de la dette ôte de surcroît toute velléité de contestation aux pays en développement puisque, s'ils veulent obtenir une restructuration de leur dette, les débiteurs doivent préalablement avoir conclu avec le FMI un accord concernant un programme d'ajustement structurel, ce qui s'est traduit dans les faits par une mise sous tutelle de leurs économies.

Les idées qui constituent ce consensus avaient été à l'origine élaborées en réaction aux problèmes de l'Amérique latine, où des Etats avaient totalement perdu le contrôle de leur budget et mené des politiques monétaires peu rigoureuses qui avaient donné lieu à une inflation galopante. Elles ont ensuite été jugées applicables au monde entier. Au début des années 1990, John Williamson a donné son interprétation du Consensus à travers quelques mesures que nous listons dans ce tableau.

¹⁴ C'est à la fin des années 1980, au cours d'un séminaire réuni à Washington et animé par J. Williamson, qu'un groupe d'économistes et universitaires et experts du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale a mis au point une série des mesures néolibérales destinées à stabiliser les économies des pays émergents d'Amérique Latine : ouverture des marchés, privatisations, contrôle de l'inflation, déréglementation et discipline budgétaire, etc.

Tableau 1 : Les principales mesures recommandées par le Consensus de Washington

<p>La discipline budgétaire</p>	<p>les déficits keynésiens ne sont plus considérés comme une solution. L'équilibre budgétaire doit être atteint à moyen terme. Des déficits budgétaires trop importants sont source d'inflation, de crises de la balance de paiement. A cet égard, Stiglitz (2002, p.308) souligne que les pays en développement ne comprennent pas pourquoi les Etats-Unis, lorsqu'ils sont confrontés à une crise économique, se prononcent pour des politiques budgétaires et monétaires expansionnistes, alors que quand ils se trouvent, eux dans la même situation, on exige qu'ils fassent exactement le contraire.</p>
<p>La réorientation de la dépense publique</p>	<p>Il convient selon Williamson de réduire les subventions des entreprises publiques afin de réorienter les dépenses publiques vers d'autres secteurs comme l'éducation et la santé.</p>
<p>La privatisation des entreprises publiques</p>	<p>La privatisation serait nécessaire car les entreprises privées sont supposées être mieux gérées que leurs homologues publiques. Les mesures de privatisation visent en outre à restaurer l'équilibre budgétaire et réduire l'investissement public, donc le poids de l'Etat.</p>
<p>La réforme fiscale</p>	<p>L'objectif est d'accroître le nombre de contribuables en élargissant la base fiscale par la généralisation de la TVA et de réduire le taux d'imposition.</p>
<p>Politique monétaire orthodoxe</p>	<p>Les taux d'intérêt doivent être déterminés par le marché et les taux réels doivent être positifs et modérés afin de pouvoir attirer les capitaux internationaux, nécessaires au financement du développement.</p>
<p>La déréglementation</p>	<p>L'objectif est d'abolir, ou à défaut de réduire, les barrières à l'entrée et à la sortie des marchés, donc</p>

	éliminer les règles qui freinent l'initiative économique et la libre concurrence. Il s'agit ici notamment de transposer aux pays en développement l'expérience américaine de déréglementation initiée par l'administration Reagan.
La sécurité des droits de propriété	Il s'agit de renforcer les droits de propriété afin de promouvoir la création des richesses par le secteur privé et permettre au secteur informel d'avoir ces droits à des coûts acceptables.
Taux de change compétitif	L'objectif est de favoriser les exportations, donc la croissance. Pour cela, il convient de dévaluer la monnaie (dans un régime de changes fixes) ou de la laisser se déprécier (dans un régime de changes flexibles).
La libéralisation des échanges et des mouvements de capitaux	Dans sa version initiale, le consensus de Washington envisage simplement dans une logique de promotion des exportations, de libéraliser les échanges commerciaux. Il s'agit de limiter, voir de supprimer, les barrières tarifaires et non tarifaires. La libéralisation des mouvements de capitaux est ensuite imposée dans les années 1990 sous la pression des institutions financières internationales.

Source auteur

Dans les pays développés, les systèmes sociaux, dont la santé fait partie, évoluent et se transforment progressivement. Ceci a souvent pour effet d'atténuer les effets des cycles économiques : en période de récession, on continue à bénéficier des acquis des périodes de prospérité. Ce phénomène n'est pas observé dans les pays en développement qui, sous l'effet de contraintes externes, doivent ajuster rapidement aux analyses de l'environnement économique faites par des acteurs internationaux. Les réformes opérées dans le secteur de la santé au titre de l'ajustement structurel ont fait plafonner l'emploi dans le secteur public et ont limité les

investissements dans la formation du personnel sanitaire, ce qui a eu pour effet de tarir l'offre en jeunes diplômés. Le gel de l'embauche dans le secteur public a provoqué une concentration accrue des professionnels de santé en milieu urbain et accéléré les migrations internationales des pays les plus pauvres vers les plus riches (Rapport de la santé dans le monde de l'OMS 2006). La situation qui en résulte au niveau du personnel de santé dans un grand nombre des pays pauvres se traduit par de graves sous-effectifs, une gamme de compétences inappropriées et des lacunes dans la couverture des prestations. La situation des systèmes de santé déjà préoccupante dans la majorité des pays en développement s'est encore aggravée. Une baisse impressionnante de la qualité de formation de base, une moindre utilisation des services de santé, une diminution des taux de couverture vaccinale, une augmentation de la morbidité infantile ont été identifiées depuis le milieu des années 1980 (Cornia et al, 1987).

D'un point de vue économique aussi, le bien fondé de ce Consensus est mis en cause entre autres par J. Stiglitz, (2002.) Pour cet ancien vice-président de la Banque mondiale, le consensus de Washington est centré sur la seule croissance économique. Le post-consensus doit selon lui reconnaître que le développement implique aussi une croissance du niveau de vie, de la santé et de l'éducation, qu'elle doit être soutenable, équitable et doit préserver l'environnement. Pour E. Assidon, (2002, p. 68), on dispose de peu d'exemples de pays qui ont réussi à s'en sortir grâce aux recettes de ce Consensus, en débouchant sur la croissance. La crise financière partie de Thaïlande et qui a progressivement déstabilisé une grande partie de l'Asie, a aussi montré que certains pays qui appliquaient des solutions très éloignées des recettes des politiques d'ajustement structurel, avaient beaucoup mieux résisté à la tourmente économique que les bons élèves du Fonds monétaire international (Dujardin, 2003). Pour Uzunidis et al., (2010, p. 12) aussi, les politiques du Consensus Washington n'ont pas porté leurs fruits. Premièrement, les modèles proposés sont globaux alors que les problèmes économiques des pays en développement nécessitent d'être examinés au cas par cas. Une forte dose du libéralisme a été administrée à des pays ayant souvent des diagnostics différents. Deuxièmement, les politiques

économiques du Consensus affaiblissent le rôle économique et social de l'Etat. Le rôle économique et social de l'Etat ne pouvait être sous-estimé, même lorsque l'objectif est de promouvoir des économies ouvertes aux flux commerciaux et financiers internationaux. Selon Uzunidis et al., (2010) : « *les faits se sont souvent chargés d'apporter un reniement à l'assertion contraire* ». En effet, un des premiers objectifs du Consensus de Washington est notamment de réduire le rôle et l'intervention de l'Etat au profit de l'initiative privée. Obligé d'accepter les conditions économiques et structurelles imposées par la Banque mondiale, obligé de vendre les entreprises publiques au privé, obligé de se désengager des domaines sociaux tels que la santé, l'éducation, les transports, l'Etat perd son rôle centralisateur et régulateur. Un Etat affaibli ne peut plus donc assurer ses responsabilités, entre autres : la protection des plus faibles, la mobilisation des ressources de la communauté pour assurer l'investissement des projets dont la rentabilité ne se conçoit qu'à long terme, la redistribution plus équitable des richesses nationales. Le rôle de l'Etat demeure crucial notamment dans la garantie de l'accès universel aux soins.

Dans son rapport annuel de 1997, la Banque mondiale infléchit d'ailleurs sa position sur les institutions publiques en affirmant que la bonne gouvernance est indispensable au bon fonctionnement du marché. Le FMI et la Banque mondiale mettent l'accent sur la nécessité d'institutions publiques efficaces pour accompagner le développement économique et sur le respect de certaines exigences d'ordre politique qui conditionnent les financements octroyés par les bailleurs de fonds. La bonne gouvernance implique entre autres pour ces institutions que la sécurité des citoyens soit assurée et le respect de la loi garanti, notamment par l'indépendance des magistrats (Etat de droit) ; les organisations publiques doivent être gérées de façon correcte (bonne administration) ; les dirigeants politiques doivent rendre compte de leurs actions (responsabilité) ; l'information doit être disponible et accessible pour tous (transparence) ; etc.

La Banque mondiale, après avoir milité en faveur d'une réduction substantielle de l'Etat, notamment par le biais des privatisations, défend « le renforcement des capacités de l'Etat » (Guislain, 1997). Pour Otondo, (2008)

aussi l'adoption du vocable de la bonne gouvernance par la Banque mondiale nous permet de souligner une certaine évolution de cette institution. Pour d'autres économistes cependant, cette apparente évolution de la vision de la Banque mondiale s'inscrit dans une continuité, la perspective néolibérale de la transformation de l'Etat en subordonnant l'Etat au marché. Elle conduit selon M. Finger, (1998, p. 59) : « à une *instrumentalisation de l'Etat par les principaux acteurs de l'économie globale, par ailleurs souvent plus intéressés aux parts de marché qu'au marché lui-même* ». La réduction du rôle de l'Etat est aussi toujours d'actualité en ce qui concerne la production et la fourniture des services, elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit de faciliter le développement et le fonctionnement du marché.

Dans le domaine social, la Banque mondiale a reconnu aussi le bien-fondé de ces critiques en mettant en place depuis les années 1990, des programmes sociaux dans le domaine de la santé, de l'éducation mais réservés aux pays en ordre « d'ajustement structurel ». Ces programmes financés par de nouveaux prêts qui alourdissent encore la dette des pays en développement, sont dirigés vers les effets négatifs des programmes d'ajustement structurel. On en arrive ainsi à une situation paradoxale où d'un côté les politiques préconisées par la Banque mondiale détruisent les systèmes de santé de pays en développement et de l'autre des prêts accordés par la même Banque, essaient de réparer les dégâts occasionnés.

En tout état de cause, pour de bonnes ou mauvaises raisons, le champ du secteur public s'est vu redéfini. L'effort est maintenant non plus de faire apparaître les raisons qui ont conduit à ce retrait, mais plutôt la forme concrète du repli : quelles sont aujourd'hui les principales formes de marchandisation du secteur public ?

1.2.2. Les formes de marchandisation du secteur public

Le mouvement de marchandisation n'obéit pas à un schéma unique. Il prend plusieurs formes. La privatisation des entreprises publiques est la plus visible, la plus commentée et concerne aujourd'hui l'ensemble de la planète, pays développés et pays en développement confondus. Mais la marchandisation n'implique pas nécessairement le transfert intégral de la propriété et du contrôle d'une organisation publique vers le secteur privé. L'externalisation des activités du service public constitue également une formule importante de recours aux entreprises privées. Enfin le Nouveau Management Public (NMP), appelé aussi Nouvelle Gestion Publique, cherche à intégrer également dans le secteur public des méthodes de management traditionnellement employées dans le secteur privé.

1.2.2.1 La mondialisation de la privatisation

A travers les différentes définitions proposées dans la littérature, la privatisation est étroitement liée à la notion de transfert du contrôle de l'entreprise du secteur public vers le secteur privé. Ainsi selon A. Bizaguet (1992, p. 65) : « *au sens strict la privatisation vise le transfert à titre définitif d'entreprises du secteur public ou parapublic au secteur privé, sous la forme d'une cession de titres ou d'actifs ou d'une cession de contrôle* ». Initiée au cours des années 1980 dans les pays anglo-saxons (Grande-Bretagne et Etats-Unis), la privatisation des entreprises du secteur public s'est progressivement étendue dans le reste du monde. Les opérations de privatisation des entreprises publiques et parapubliques se sont multipliées de manière exponentielle à travers le monde à partir des années 1980 pour atteindre près de mille milliards de dollars américains (Mahboodi, 2001). L'Amérique du Nord et l'Europe Occidentale sont les zones géographiques sur lesquelles le programme de privatisations a été le plus important en valeur (Alaxandre, 2005). Mais en volume le mouvement de privatisation se révèle encore plus prononcé dans les pays en développement, les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. A partir des années 1980, l'espace

politique, économique et juridique des pays en développement a été énormément occupé par le processus de privatisation considéré comme une solution appropriée à la situation difficile des entreprises de l'Etat. Le lancement de programmes de privatisations conçus sous la pression des bailleurs de fonds était perçu comme la panacée qui devait ramener les pays sous ajustement structurel à la croissance (Plane 1998, p. 42).

A la lecture de la littérature, on relève l'existence d'une multitude d'objectifs assignés à la privatisation. Ceci pose déjà le problème de savoir comment peut-on avec l'aide d'un seul instrument, en l'occurrence la privatisation, atteindre simultanément plusieurs objectifs. De plus, certains objectifs sont d'ordre économique alors d'autres motivations relèvent de la conception politique de l'Etat. Les objectifs de la privatisation diffèrent d'un pays à l'autre, selon, le contexte qui lui est propre. Au-delà des particularités nationales, trois objectifs principaux expliquent l'ampleur du « *phénomène* » (Voisin, 1995, p. 58). En premier lieu, la privatisation se justifie par l'efficacité supérieure supposée des opérations productives réalisées dans les cadres des entreprises devenues privées. La propriété privée repose sur un principe économique simple : la recherche du profit conduit le chef d'entreprise tout d'abord à répondre aux désirs des consommateurs, ensuite à stimuler le progrès technologique, enfin à rechercher une plus grande efficacité et à réduire les coûts des unités produites. Ceci est considéré comme devant bénéficier à l'ensemble de l'économie, puisqu'en réduisant le coût de production d'un produit, on libère des ressources pour en produire d'autres (Wright, 1993). Les programmes de privatisations s'apparentent alors à une reconnaissance de la supériorité de la gestion privée par rapport à la gestion publique, thèse d'ailleurs soutenue par de nombreux travaux sur la performance des entreprises privatisées (Boardman et Vining, 1989 ; Villalonga, 2000, Dumontier et Laurin, 2003, etc.).

L'efficacité supérieure systématique des entreprises privatisées est cependant loin d'être évidente. Même en prenant uniquement, le seul critère de profit, très réducteur pour des organisations publiques assumant aussi des missions de service public, les résultats des études comparatives sont souvent peu concluants. J. Stiglitz (2000), ancien économiste en chef de la

Banque mondiale, que l'on peut difficilement soupçonner d'être favorable à un capitalisme d'Etat, constate par exemple au Canada que les deux entreprises de chemin de fer, l'une privée et l'autre publique, ont la même efficacité.

Deuxièmement, la politique de privatisation s'analyse comme l'une des réponses aux problèmes structurels des déficits budgétaires de nombreux pays. L'assainissement des finances publiques constitue l'un des objectifs les plus patents des privatisations. La cession exerce un effet direct sur la situation financière de l'Etat. Par le transfert au secteur privé de ses participations dans les entreprises, l'Etat se libère des obligations de financement à l'égard de ces dernières, notamment à travers des dotations budgétaires sous forme de subventions. En ce sens la privatisation, en diminuant certaines dépenses budgétaires, a un effet positif sur l'équilibre des finances publiques. En outre en raison des contraintes budgétaires de l'Etat dans la plupart des pays, les subventions accordées aux entreprises publiques devenaient de plus en plus faibles et ne correspondaient plus aux besoins de financement de ces dernières, ce qui peut constituer un handicap pour leur développement et leur position concurrentielle. Une fois privatisées, ces entreprises pourront rechercher le financement nécessaire en recourant directement au marché des capitaux. Cela suppose notamment qu'elles affichent une situation financière saine et attractive, ce qui nécessite dans certains cas une restructuration financière importante préalablement à leur privatisation.

Enfin, la mise des titres sur le marché participe au développement d'un actionariat populaire propice, non seulement à la restauration des fonds propres des entreprises, mais aussi au renforcement de la « démocratie économique » (Voisin, 1998). Cet objectif, d'ordre économique et social, vise à étendre au sein de la population l'esprit et la mentalité d'actionnaire. En proposant aux individus l'achat de participation dans des entreprises saines et attractives, la privatisation vise à favoriser une meilleure allocation de l'épargne. De même, en étant actionnaire dans l'entreprise qui les emploie, les salariés peuvent développer de nouvelles motivations au travail de nature

à améliorer leur productivité. La privatisation apparaît donc ici comme une opportunité nouvelle de développer un capitalisme populaire où serait moins forte l'opposition entre efficacité et équité.

En plus de ces trois objectifs, d'autres motivations de la privatisation peuvent être retenues selon le contexte. Dans le contexte français, par exemple G. Charreaux et H. Alexandre (2000), montrent aussi que la privatisation des entreprises publiques françaises s'explique aussi par le fait que le caractère public constituait un handicap aux stratégies de développement internationales fondées, soit sur des acquisitions (impossibilité de procéder à des Offres Publique d'Echange), soit sur des accords de coopération. La fusion manquée entre Renault et Volvo en 1993 représente un exemple de ces difficultés selon ces auteurs.

Pour les pays en développement et ceux en transition, la privatisation n'est pas seulement motivée par des considérations internes, elle fait suite à l'intervention des institutions financières internationales telles que le FMI ou la Banque mondiale. Le poids de l'endettement extérieur oblige la plupart des pays en développement à recourir au FMI dont le concours est assorti d'un certain nombre de conditions, notamment une réduction substantielle du déficit public. La satisfaction de cette dernière nécessite souvent la mise en place d'un vaste programme de privatisation. Quant aux pays en transition, les institutions internationales visaient à transformer une économie centralisée et planifiée avec propriété publique des moyens de production en économie de marché avec propriété privée des moyens de production. L'obtention de cette transformation constitue une motivation essentielle à la privatisation selon J. Ziller (1995).

Dans le domaine de la santé, certaines analyses ont mis l'accent sur les coûts économiques et sociaux induits par les prélèvements obligatoires servant à financer le niveau élevé de protection sociale et préconisent de privatiser le régime public de protection. Elles escomptent un avantage global en termes d'allocation des ressources et, au travers de la privatisation des régimes de pensions et de la capitalisation qui lui est liée un moyen de

développer l'épargne privée et de relancer l'investissement. C'est la thèse défendue notamment en France par C. Bébéar (1995). Cependant, le financement privé n'est pas l'apanage de l'assurance privée et de la production privée de services de santé. Les services publics de santé peuvent avoir aussi recours au financement privé en imposant des frais aux utilisateurs de services, associant de façon directe, immédiate et visible l'utilisation de services de santé à leur paiement.

La privatisation peut aussi consister à réduire l'étendue et le rôle du secteur public, ses prérogatives et son influence. L'Etat moderne serait un Etat dont le poids se réduit progressivement à travers la privatisation, mais aussi par l'externalisation d'activités relevant du secteur public.

1.2.2.2 L'externalisation des activités relevant du secteur public

L'externalisation des services publics constitue également une autre forme de marchandisation largement appliquée par les pouvoirs publics. Elle s'apparente à une forme de sous-traitance d'une activité publique à un acteur privé. L'externalisation peut être entendue dans sa forme la plus basique comme l'achat d'un bien ou d'un service qui était auparavant réalisée en interne. Il y a externalisation lorsqu'une entreprise, un hôpital ou une administration confie une activité à une firme indépendante spécialisée dans ce type de tâches. Les solutions retenues sont extrêmement variables et peuvent aller de contrat à court terme ne portant que sur une partie d'un service à des contrats plus ambitieux qui s'appliquent à tout un service et pour une durée plus longue. Le tableau suivant permet de synthétiser les différentes formes de participation du secteur privé dans les services publics.

Tableau 2 : Les options de participation proposées aux investisseurs privés dans les services publics

<p>Contrat de sous-traitance</p>	<p>Avec un accord de sous-traitance, l'acteur privé n'est pas directement responsable de la fourniture du service public mais il doit, en contrepartie, mener à bien des tâches spécifiques, telles que l'apport des facteurs de production, la construction des installations, la maintenance des actifs. Le sous-traitant est tenu de se conformer aux directives ou spécifications techniques ou au cahier des charges que le donneur d'ordre arrête en dernier ressort.</p>
<p>Contrat de gestion et contrat de concession</p>	<p>Dans un contrat de gestion, une entreprise privée prend en charge la gestion d'un service public, souvent à un prix forfaitaire pendant une période donnée (Berthélemy et al., 2004, p. 50). L'Etat finance les investissements.</p> <p>La concession est similaire au contrat de gestion, à ceci près que l'entité privée supporte aussi bien les risques d'exploitation et d'investissement.</p>
<p>Les partenariats public- privé (PPP)</p>	<p>Dans sa définition la plus large, le terme de partenariat public-privé (PPP) couvre toutes les formes d'association du secteur public et du secteur privé destinées à mettre en œuvre tout ou partie d'un service public (Athias et Saussier, 2007). Au-delà de cette définition très générale, le terme de partenariat public-privé est de plus en plus utilisé pour désigner une nouvelle forme de contrats publics née au Royaume-Uni et transposée dans de nombreux pays. Reprenant des techniques de financement de projet venues du secteur privé, elle se distingue de formes plus anciennes de partenariat, le contrat de sous-traitance par exemple sur deux points. Elle vise tout d'abord à réaliser un partage optimisé de risques. Celui-ci doit permettre d'allouer les responsabilités à la partie qui sera à même de les assumer le plus efficacement. Ensuite, elle ouvre la possibilité d'avoir comme client principal du service fournit une collectivité publique et</p>

	de ne plus être ainsi tenue de tirer une part essentielle de ses ressources des paiements directs des usagers (Marty et al., 2006). Cette nouvelle génération de contrats est étroitement liée au « nouveau management public », qui promeut la gestion par la performance. Introduits en France notamment sous des contrats de partenariat créés en juin 2004, les « PPP » suscitent aujourd'hui des interrogations quant à leur efficacité économique et sociale.
--	---

Source auteur

L'externalisation des activités relevant du secteur services suscite aujourd'hui une grande préoccupation publique et de plus en plus de gouvernements à travers l'échelle planétaire, privilégient comme forme de livraison et de prestation des services publics dans des secteurs comme l'environnement, l'éducation, le transport, la santé, les services municipaux, l'énergie, l'eau la télécommunication, la distribution de l'électricité et autres, qui à l'origine relevaient presque exclusivement du secteur public. Elle devient donc un outil de management public qui s'inscrit dans une dynamique plus générale de transformation des mentalités, des pratiques, des moyens et des modes de gestion au sein du secteur public.

Dans le cadre de la modernisation de l'Etat, le principe directeur est de recentrer l'Etat sur ses missions régaliennes. Ceci signifie qu'à priori, toutes les autres missions pourraient être externalisées. La réduction des coûts et l'amélioration de la qualité de service public figurent parmi les principales raisons invoquées par les organisations publiques pour envisager l'externalisation. En transférant un service public vers le privé, l'Etat offrirait aux usagers un service de bonne qualité et à moindre coût dans la mesure où le privé est beaucoup plus sensible à la relation coûts/bénéfices et à l'utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières (Leloup, et al., 2005, p. 329). Le secteur public bénéficie des fonds privés rapidement mobilisables tout en transférant les risques de surcoût vers les prestataires privés (Mendes, 2006, p. 548). En effet, les exigences d'un environnement économique de plus en plus complexe et en perpétuelle

mutation, les défis posés par le développement (lutte contre la pauvreté, exigences en termes de sécurité, protection de la santé et de l'environnement, développement des infrastructures dans un contexte de raréfaction des ressources), requièrent la mobilisation totale de différents acteurs (public et privé). Cette mobilisation doit viser à cultiver les atouts des uns et les qualités des autres et à mieux utiliser les compétences de chacune des parties afin de répartir les risques et partager les bénéfices communs pour le plus grand bien de la collectivité (Osborne, 2000).

D'autre part, sans embaucher des spécialistes ni assumer des charges de formation, l'externalisation, permettrait d'accéder à des compétences dont le secteur public ne bénéficie pas en interne. Ce qui ferait de l'externalisation un vecteur privilégié de la modernisation des appareils de l'Etat. En concentrant leurs ressources financières sur une seule activité, les prestataires privées spécialisées, souvent des grands groupes disposent de plusieurs avantages par rapport aux organisations publiques clientes : « *un niveau d'expertise élevé, une bonne maîtrise de technologies les plus récentes et le personnel le plus qualifié* » (Barthélemy 2002, p.48).

En outre avec la réduction du nombre des fonctionnaires dans la plupart des pays (par non compensation de tous les départs en retraite) le secteur public n'aura plus les moyens nécessaires en personnel pour faire face à toutes ses obligations. L'externalisation participe de ce fait la recherche des solutions innovantes.

Mais telle qu'elle est aujourd'hui menée, l'externalisation s'inscrit très directement dans la continuité des efforts de privatisation des entreprises publiques. Le recours systématique à l'externalisation des activités du secteur public devient un modèle de fonctionnement quasi-obligatoire. Mais cette systématisation de la référence à la compétition et au marché se dégage implicitement une critique de l'organisation publique voulant que l'approvisionnement en interne n'est pas efficient. La plupart des organisations publiques vit également en période de restrictions financières, de financement réduit et de rationalisation des effectifs, de nombreux organismes publics se tournent vers l'extérieur et examinent l'option de l'externalisation. Ce mode de fonctionnement est perçu comme une façon de

réduire les coûts plus particulièrement ceux de la formation et des avantages sociaux des employés ainsi que les coûts d'immobilisation d'un organisme. Il est par ailleurs plus facile de s'adapter à la conjoncture économique en régulant des crédits de fonctionnement que des crédits de personnel. En confiant une part croissante de leurs missions, les institutions publiques cherchent à réaliser des économies en faisant appel à des sous-traitants qu'elles sélectionnent sur des critères de prix, de qualité de service et de délais. Mais si à court terme, l'externalisation des services publics peut être présentée comme une solution économiquement avantageuse permettant de gérer des tensions budgétaires s'exerçant sur le secteur public, on peut également souligner les difficultés d'évaluer les économies réalisées sur le long terme, compte tenu des incertitudes liées à cette forme de contrat.

D'autre part en choisissant d'externaliser un service public, les pouvoirs publics sont contraints de rechercher à l'extérieur, des partenaires pouvant réaliser aussi bien, si non mieux et moins cher, le service qu'ils choisissent de transférer au secteur privé. Rien ne prouve que ce service soit mieux géré qu'en interne. Le secteur privé n'est pas toujours plus efficace que le secteur public. Certaines politiques sont mieux à même d'être traitées par le secteur public notamment lorsqu'elles revêtent une dimension temporelle de long terme ou bien d'une dimension sociale. L'expertise constamment mise en avant par le prestataire privé n'est pas forcément toujours réelle.

En plus comme ce mode de fonctionnement est généralement considéré comme une façon de faire des économies, on peut craindre aussi qu'il n'entraîne une baisse de qualité de service. La pratique de l'externalisation occasionne, également, le risque de dépendance qui entraîne la perte de contrôle de la qualité de ses prestations puisque les pouvoirs publics ne peuvent plus influencer directement sur le mode opératoire du prestataire privé. La dépendance peut être accentuée par le nombre assez limité de prestataires car aujourd'hui de plus en plus de nouvelles fonctions comme la gestion informatique, la gestion de parc automobile, la formation du personnel, le placement du personnel sont externalisées par les pouvoirs publics et les prestataires compétents sont limités.

Après la privatisation des entreprises publiques et l'externalisation d'activités relevant des services publics, l'extension de la marchandisation du secteur public se manifeste par une nouvelle approche de la gestion publique appelée Nouveau Management Public (NMP) ou Nouvelle Gestion Publique (NGP).

1.2.2.3 Une Nouvelle Gestion Publique (NGP)

L'idée principale développée par la Nouvelle Gestion Publique ou Nouveau Management Public est que les méthodes de management du secteur privé peuvent être intégrées au secteur public. Les organisations publiques se doivent d'être efficaces, efficientes et économes. Pour cela, l'entreprise privée semble représenter le modèle à suivre s'opposant à une bureaucratie symbole de tous les dysfonctionnements. Les 3 E « *Economie, Efficacité, Efficience* (Urio, 1998), thèmes qui se sont imposés depuis fort longtemps dans le secteur privé, doivent être une préoccupation permanente de tout responsable, de tout niveau hiérarchique du secteur public (Trosa, 2008, p. 7). Si la réflexion sur l'optimisation et l'amélioration de la performance des organisations publiques n'est pas nouvelle, le rapport avec les organisations privées l'est davantage. Née dans les années 1980, la Nouvelle Gestion Publique se développe au départ dans les pays anglo-saxons (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, Australie). Concrètement, de nombreuses actions peuvent s'inscrire dans le champ de la Nouvelle Gestion Publique (Hood, 1991, 1995, Urio, 1998, Bouckaert Pollitt, 2000, Bezes, 2007). Nous pouvons les regrouper par fonction dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Les différentes actions s'inscrivant dans le champ du NMP

Fonction stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion par les résultats • Mise en place d'une planification stratégique • Généralisation de l'évaluation (culture de la performance) • Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre) • Déconcentration et/ou décentralisation • Utilisations des nouvelles technologies de l'information et de la communication en interne (intranet permet de cloisonner les services) • Simplification des formalités administratives
Fonction finance	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des déficits • Budgétisation par programme • Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple par la mise en place d'une comptabilité analytique pour comparer les résultats avec les prévisions) •
Fonction marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du marketing public (consultations, sondages, enquêtes, etc.) • Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en externe (pour une meilleure communication)
Fonction ressource humaine	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des effectifs • Responsabilisation et motivations des fonctionnaires : individualisation des rémunérations, primes au rendement, etc. • Développement de la participation

Source : d'après Hood, 1991, 1995 ; Urio, 1998 ; Bouckaert Pollitt, 2000 ; Bezes, 2007 ; Amar et Berthier 2010.

Le concept de NGP touche de nombreuses fonctions du secteur public (financement, ressources humaines, organisations, etc.). Il préconise quelques principes d'organisation déclinés en différents mesures :

- la séparation dans l'administration entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre et d'exécution ; la fragmentation du secteur public en unités administratives autonomes (des agences), par décentralisation ;
- le recours systématique aux mécanismes de marché : individualisation des incitations, une recherche active de moyens de production à moindre coût, un mouvement vers un contrôle des

organisations publiques par des managers visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire, les usagers assimilés à des clients, etc.) ;

- la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'Etat ;
- la mise en place d'une gestion par les résultats fondés sur la réalisation d'objectifs, et la mesure et l'évaluation des performances dans le cadre de programmes de contractualisation et la mise en avant de la mesure du résultat, etc.

Ces recettes sont au cœur des multiples politiques de réformes administratives conduites dans les Etats occidentaux depuis les années 1980 (Pollitt et Boukaert, 2004). Par importation et par mimétisme, elles ont aussi alimenté les discours et les réformes des Etats dans les pays en développement et dans les pays en transition (Bezes, 2007, p. 12). Les organisations internationales de financement et de coopération ne sont pas étrangères à la diffusion de ces standards. Les recettes du nouveau management public sont intégrées aux projets inspirés du paradigme de la « bonne gouvernance ». Au cœur de normes internationales préconisées par la Banque mondiale ou le FMI, le nouveau management public constituerait un « langage » commun aux réseaux internationaux qui mêlent consultants, technocrates nouvellement nommés dans les hautes administrations et élites politiques, parfois issues des milieux des affaires (Dezalay et Garth, 2006). Les emprunts aux recettes du nouveau management public dans les programmes de développement datent de la seconde moitié des années 1990. Ils se développent sous la forme de slogans (responsabilisation des fonctionnaires, impératifs d'efficacité, gestion par la performance, transparence, etc.) déclinés en instruments (mécanismes de contractualisation et mesure des résultats, obligation de rendre compte, de réformes des procédures budgétaires, standards de qualité pour les usagers, etc.).

L'adaptation des méthodes de management privé au secteur public découle premièrement des critiques portées contre le secteur public. Ce secteur est jugé inefficace, incapable de produire vite et bien, excessivement

bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur son propre développement, non innovant et ayant une hiérarchie trop centralisée (Amar et Berthier, 2007, p.3). Dès lors, pour le perfectionner, il est nécessaire d'accroître les marges de manœuvre des gestionnaires des organisations publiques pour leur permettre de mieux répondre et au moindre coût aux attentes des citoyens. Ces derniers sont désormais aussi assimilés à des clients tandis que les administrateurs deviennent de véritables managers¹⁵ autonomes et responsables.

Le développement ou l'apparition d'un certain nombre de logiques gestionnaires issues du secteur privé repose aussi sur la croyance que les organisations privées ont une manière d'agir considérée comme l'unique et meilleure manière d'agir. Les organisations publiques sont alors gérées et managées selon le mode de fonctionnement de l'entreprise privée et notamment à travers une rationalisation de l'activité. Les méthodes de management du secteur privé ne sont pas cependant parfaites et infaillibles comme nous le montrent les nombreux scandales financiers de ces dernières années. Le management privé, s'il peut être un exemple dont on peut s'inspirer dans le secteur public, ne doit pas pour autant être survalorisé ou sacralisé.

Les préceptes managériaux dans l'administration s'expliquent aussi par les multiples intérêts que peuvent avoir les différents acteurs. Ce sont d'abord des administrations transversales (ministère des Finances surtout mais aussi ministère de la Fonction publique) qui s'intéressent au management public. Dans une configuration marquée par l'accroissement des acteurs dans l'action publique (fragmentation étatique, Europe, collectivités locales, etc.) et par l'accentuation de nouvelles contraintes financières notamment, ces institutions centralistes ont connu une perte de leur capacité de maîtrise de l'ensemble d'action étatique. Elles investissent dans des nouveaux instruments managériaux pour tenter de conserver, en le recomposant, leur pouvoir de direction, de coordination de contrôle (Bezes, 2005). Les élus politiques, ensuite, voient dans l'explication d'objectifs et

¹⁵ Responsables financiers, ou administratifs, directeurs d'organismes publics (hôpital, universités, etc.), d'entreprises publiques.

d'indicateurs de performance un moyen de rationaliser les processus d'action publique et de revendiquer, pour leur électorat, des buts et des résultats. Les démarches de contractualisation leur offrent aussi la possibilité de redistribuer les responsabilités d'échecs éventuels de politiques, en transfert une partie vers les fonctionnaires directement en charge de la gestion opérationnelle des politiques publiques. Le succès des outils de gestion dans l'administration est également selon D. Saint-Martin (2001), le reflet de l'essor de l'industrie de l'audit et du conseil, principaux promoteurs et vendeurs des systèmes de gestion et du « gouvernement par la performance ». Les données manquent pour analyser précisément l'influence et l'implication des cabinets de consultants dans l'administration mais les réformes « appellent » souvent les consultants et favorisent la diffusion des pratiques d'outils et de contrôle gestionnaire et financier développés dans les grandes entreprises. La concentration rapide du secteur de conseil conduisant à l'émergence de multinationales du conseil dominées par l'informatique alimente également les rationalisations à base de systèmes d'information et de gestion (Power 2004).

Cette nouvelle approche de la gestion publique se présente comme inéluctable et unidirectionnel en vue d'atteindre le degré le plus élevé de la modernisation du secteur public. Il revendique l'application des mêmes méthodes, (celles du secteur privé) quelle soit l'hétérogénéité des problèmes rencontrés par les organisations publiques ou le contexte institutionnel dans lequel celles-ci sont amenées à évoluer...) en oubliant sciemment ou non que le secteur public n'est pas un champ où l'on exerce uniquement des activités commerciales.

Le nouveau rapport entre l'administration et les autorités politiques se caractérise dans le cas du nouveau management public, par un échange de type prestation contre autonomie de gestion. Dans ce contrat l'administration centrale s'engage sur un certain nombre de prestations avec une définition claire de la qualité, des quantités en contrepartie de ces prestations, les autorités politiques lui accordent une enveloppe budgétaire. Ce partage de rôle ne règle pas tous les problèmes pour autant et pose même d'autres questions : en cas de non respect des objectifs fixés par les

politiques, une administration centrale subira-t-elle comme une entreprise privée des opérations de restructuration ? Ce partage des responsabilités entre les politiques qui décident d'en haut et les gestionnaires de service public qui exécutent est-il vraiment nouveau ? Cette forme de gestion ressemble plutôt à une gestion taylorienne où les conditions de fonctionnement imposées par les autorités politiques aux gestionnaires de service public ne sont pas formulées en termes d'objectifs de politiques publiques et de service public mais en terme de contraintes de gestion.

Ce nouveau management public implique également une délégation de moyens mais avec un mode de financement global dépendant de l'attente des résultats et non de la réalisation d'un certain nombre d'activités, il impose au secteur public une contrainte supplémentaire. Celui-ci doit faire plus et mieux avec moins de budget. Aucune activité n'est à l'abri de cette exigence, qu'il s'agisse de la recherche, de la justice ou de la santé publique.

Ces différentes formes de la marchandisation mises en œuvre par les gouvernements sont considérées par certains comme synonyme de modernisation de l'Etat. En théorie, elles ne doivent pas entacher les missions primordiales du secteur public. En réalité elles privilégient d'autres valeurs que ceux du service public. Les valeurs d'efficacité, d'efficience, etc. l'emportent sur ceux de continuité et d'égalité de traitement. Elle fait référence aux règles du marché. Pour beaucoup en effet, le danger serait grand d'abandonner au seul marché la production des biens et services dont la satisfaction est jugée essentielle à la cohésion sociale d'un pays. La logique du marché est celle de la demande solvable. Un entrepreneur commercial ne fournira pas normalement un produit ou un service à un prix inférieur au coût de revient il en résulte ainsi que, par exemple, le service postal soumis à la seule loi du marché, ne serait pas fourni dans les zones rurales isolées, ou alors à des tarifs jugés socialement insurmontables. Plus généralement, le marché n'est pas toujours en mesure de prendre en compte les économies externes ; or l'on sait par exemple le service qu'une desserte téléphonique convenable des zones rurales représente un avantage non seulement pour les personnes directement intéressées et qui paient le

raccordement et l'abonnement mais aussi pour les autres usagers du réseau qui peuvent ainsi entrer en contact avec ces personnes (Kiambu, 2008, p.45).

Le critère de capacité à faire des profits ne coïncide pas aussi forcément au critère du service public. Cette capacité à faire du profit peut être acquise en rétrécissant le service, en éliminant des services publics par exemple certains besoins qui coûtent chers alors que le service public vise à répondre de façon universelle à des besoins sociaux, dont certains ne sont pas rentables selon des critères des entreprises privées (Le Masne, 2004, p. 17). Par rapport à une entreprise privée, une organisation publique est souvent contrainte de supporter des obligations qu'elle est en droit de considérer comme « anormales », eu égard à son activité principale, mais que l'Etat lui impose au nom de l'intérêt général. Ces obligations peuvent se traduire par des pertes de recettes. L'exemple le plus évident est celui de réductions tarifaires ou d'exonération accordée à certaines catégories d'usagers : familles nombreuses, personnes à faibles ressources, etc. Ces obligations peuvent se concrétiser également par une augmentation des coûts, par rapport à ce qu'ils seraient si l'obligation n'existait pas. Dans cette catégorie on peut aussi ranger les maintiens de l'exploitation de lignes déficitaires par exemple pour les compagnies publiques de transport. La vocation des organisations publiques repose au moins en partie sur la notion d'intérêt général. La recherche systématique de rentabilité dans le service public peut conduire à la fermeture d'hôpitaux, à réduire la qualité de la distribution du courrier ou se concentrer sur les lignes de chemins de fer les plus rentables mais souvent aux dépens des objectifs sociaux, écologiques ou d'aménagements du territoire.

En outre le service public est basé sur le principe d'égalité. Il s'agit de produire par exemple le même type de soin pour tous et en tous lieux en prenant en considération tous les usagers, et pas seulement ses meilleurs clients.

CONCLUSION

Ce premier chapitre avait objectif de fournir une définition complète de la marchandisation en étudiant les raisons du retrait de l'Etat et les formes qu'elle prend. Après la Deuxième Guerre mondiale et jusque dans les années 1980, le secteur public avait conquis une place stratégique dans la plupart des pays. Il était à priori considéré comme efficace (Hugouneng et Ventelou, 2002, p. 58). L'une des missions fondamentales que se sont assignés les Etats était la prestation de services aux citoyens par le biais de leur secteur public. Par ce secteur, les Etats réalisent leurs objectifs de redistribution sociale. Cependant, le secteur public doit aujourd'hui faire constamment, la preuve de son efficacité au regard d'un secteur privé toujours crédité d'une meilleure performance : fournir le même service à un moindre coût. Cette tendance s'étend aussi bien les pays développés que ceux en développement.

Certes, les dérives qu'ont connues certains secteurs publics en particulier dans les pays en développement, dérive bureaucratique et dérive de coûts notamment, appellent une réflexion approfondie sur l'évolution du secteur public. L'idée d'instaurer une gestion « nouvelle » rendant ce secteur plus transparent, plus ouvert aux usagers, plus innovant et moins dispendieux relève d'intentions louables et recommandables, mais la marchandisation participe d'une autre ambition : faire du marché le prestataire des services publics et transférer les fonctions de l'Etat vers le marché.

La marchandisation est une stratégie qui vise d'abord à désengager de l'Etat de la sphère productive. Elle consiste aussi à réduire l'étendue et le rôle du secteur public, ses prérogatives et son influence en transférant au secteur privé la responsabilité entière et totale des politiques dont l'Etat assurait préalablement le fonctionnement. Elle fait également référence à la réduction de l'ensemble des services directement assurés par l'Etat, avec forte délégation au privé, ainsi qu'à la sous-traitance et à la limitation des ressources financières de tous les organismes fonctionnant sous financement public afin d'inciter ceux-ci à se diriger vers le privé. Elle implique également la libéralisation de certains secteurs traditionnellement publics notamment (les télécommunications, les transports, l'eau.....) afin

de faciliter l'entrée en concurrence des investisseurs privés et réaffirmer l'urgence et la nécessité d'une compétitivité accrue dans un contexte concurrentiel qui ne pourrait pas se concevoir dans un marché monopolistique réglementé.

En oubliant sciemment ou non que le secteur public n'est pas un champ où l'on exerce uniquement des activités commerciales, la marchandisation vise à aussi imposer dans le secteur public les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée.

Bien qu'elle prenne des formes différentes : privatisation, externalisation des activités du secteur public, nouvelle gestion publique, bonne gouvernance ou autre, les origines de la marchandisation sont cependant identiques. La marchandisation résulte notamment de la convergence entre deux principaux facteurs :

- une difficulté croissante de l'Etat à remplir son rôle et à répondre au besoin du public dans un nouveau contexte de crise économique, d'endettement permanent et de mondialisation de l'économie.

- le deuxième facteur résulte d'une forte influence de la pensée néolibérale qui cherche à réduire depuis longtemps les activités du secteur public. Au début les années 1980, les économistes de référence sont Friedman (Monétarisme). L'analyse du rôle de l'Etat et des politiques publiques s'est réalisée dans le cadre du public choice. Les analyses et les propositions formulées par les économistes se rattachant à ces écoles ont eu un formidable écho dans tous les pays développés. Leurs idées se sont largement imposées aussi dans les pays en développement par l'intermédiaire des institutions financières internationales, en particulier dans le diagnostic de la crise économique et dans les propositions formulées en vue d'y remédier. L'analyse néolibérale entend « déclasser » l'Etat en le cantonnant à des strictes fonctions régaliennes. Les appareils d'Etat, ou les organismes qui sont assimilés, sont aussi systématiquement perçus comme inefficaces, bureaucrates, envahissantes par l'approche néolibérale ; tout ce qui relève du domaine public (route, infrastructures et organisations publiques, santé, éducation, sécurité publique, traitement de la pollution,

etc.) pourrait être avantageusement cédé au privé pour des raisons d'efficacité ou d'efficience.

Les bénéfices espérés de la marchandisation peuvent varier en fonction des pays et des contextes économiques. Cependant, sur la base de la littérature étudiée jusqu'ici trois principaux avantages sont attendus de la marchandisation. Premièrement, la pression budgétaire exercée sur l'ensemble des organisations publiques les a contraintes à fournir leurs prestations à un moindre coût. La marchandisation devrait aider en premier lieu à la consolidation de l'équilibre des finances publiques en réduisant les dépenses prises en charge par le budget de l'Etat. D'abord, les Etats n'ont pas les ressources nécessaires pour compenser les pertes de certaines entreprises publiques ni pour procéder aux augmentations de capital indispensables à leur développement. En outre les Etats cherchent à trouver pour eux-mêmes des ressources financières pour soulager leur budget. Ce qui passe par un appel total ou partiel, aux financements privés au profit de certains types d'activités auparavant gérées par l'Etat et, par conséquent, par un retrait, lui aussi total ou partiel de l'Etat dans les secteurs qu'il avait auparavant investis. La marchandisation du secteur public attribue également une grande importance à l'équilibre des finances publiques, notamment parce que les Etats sont maintenant presque obligés de se comporter comme une entreprise, ce qui fait que l'endettement devient un handicap sérieux pour la compétitivité nationale. Dans ce contexte, afin de mieux répondre aux attentes et aux exigences des citoyens qui sont aussi, selon les cas, des usagers, des contribuables, des bénéficiaires et des électeurs et dans le but d'encadrer, de rationaliser voire réduire les coûts, des solutions ont été envisagées en termes de management public. Ainsi, après les privatisations des entreprises publiques des méthodes de management traditionnellement employées dans le secteur privé se sont peu à peu diffusées dans le secteur public, constituant la nouvelle gestion publique ou nouveau management public.

Deuxièmement, les bénéfices attendus de la marchandisation englobent également la recherche par l'Etat d'une plus efficacité économique en encourageant l'initiative privée et l'expansion du secteur privé. Il s'agit

souvent de moderniser l'économie nationale en transférant au secteur privé la responsabilité des investissements nécessaires à son expansion. La mise en concurrence entre plusieurs opérateurs se fondant sur des technologies et des approches commerciales différentes est susceptible de réduire les coûts et donc assurer une meilleure couverture des besoins des usagers. On attend de la concurrence qu'elle encourage l'efficacité des organisations publiques, fasse baisser les prix et améliore l'accès aux services autrefois fournis par le secteur public.

Troisièmement, la marchandisation relève aussi d'une recherche d'amélioration des résultats des organisations publiques. Les performances techniques et économiques du secteur public sont jugées insuffisantes. La solution proposée pour améliorer la productivité ou la qualité de service réside dans la privatisation complète ou partielle des services publics et /ou dans la mise en place de mécanismes substitutifs analogues au marché. Le principe de l'efficacité économique en question ici est fondé sur le postulat d'après lequel le marché est le meilleur moyen pour optimiser la production et la distribution de richesses. Ce dernier renvoie à son tour aux concepts de concurrence et de compétitivité.

Dans les chapitres suivants où nous présenterons les formes et les impacts de la marchandisation à Djibouti et dans un domaine particulier, le secteur de la santé. Ces avantages attendus de la marchandisation seront affinés et vérifiés en les confrontant à la réalité économique djiboutienne. Une analyse du secteur de la santé ne saurait être pertinente si elle ne prend pas en compte les contraintes macro-économiques auxquelles l'économie djiboutienne est confrontée. Notre deuxième chapitre se propose donc de faire un état des lieux de politiques de marchandisation à Djibouti.

Chapitre 2 : Les politiques de marchandisation à Djibouti : état des lieux

Les politiques de marchandisation de système de santé s'inscrivent à Djibouti dans un vaste programme d'ajustement macro-économique et structurel engagé par le Gouvernement au début des années 1990 visant, d'une part, à alléger le poids de l'Etat dans l'économie à travers une compression des dépenses publiques, un désengagement de celui-ci de certains secteurs d'activité, et de l'autre, à mettre en place des réformes structurelles pour créer un environnement propice au développement du secteur privé et améliorer la compétitivité de Djibouti. L'étude du système de santé djiboutien ne peut se faire sans l'examen du contexte dans lequel il évolue, sous peine de ne pas prendre en compte des éléments qui peuvent être déterminants pour sa compréhension. C'est pourquoi nous avons choisi d'abord dans ce deuxième chapitre de présenter brièvement dans une première section le contexte historique, démographique et socio-économique de Djibouti. La deuxième section met l'accent sur l'analyse des facteurs à l'origine de la marchandisation à Djibouti. La troisième section traite les formes de marchandisation privilégiées par les pouvoirs publics à Djibouti. Seules la privatisation et l'externalisations de la gestion qui concernent avant tout les entreprises publiques seront abordées dans cette section. La nouvelle gestion publique qui concerne davantage le système de santé sera analysée dans le troisième chapitre.

Les données utilisées dans ce chapitre proviennent des documents d'analyse économique produits notamment par la Banque mondiale (1996, 2000, 2002, 2006) ; le PNUD (2004, 2007) ainsi que des données nationales fournies par le ministère de l'Economie et des Finances, le ministère de la Santé, la Banque centrale de Djibouti, etc. La principale difficulté de collecte des données réside à Djibouti dans le fait que les données sont produites par les pouvoirs publics uniquement quand elles sont demandées et financées par les bailleurs de fonds. La rareté des données fiables et exhaustives explique que certaines données sont parfois anciennes. A titre d'exemple, jusqu'en juin 2009 et plus de 30 ans après l'indépendance, le chiffre

concernant le nombre d'habitants de Djibouti était inconnu faute de dénombrement de la population. Cette situation a contribué à fausser les autres données basées la population.

2.1 Présentation du contexte historique, démographique et socio-économique de Djibouti

La République de Djibouti située à l'entrée sud de la Mer Rouge bénéficie d'une position géostratégique privilégiée au carrefour des principales routes maritimes. Elle partage ses frontières terrestres avec la Somalie au sud-est, l'Éthiopie au sud-ouest et à l'ouest, et l'Érythrée au nord-ouest (voir carte de Djibouti p.vii). Djibouti accède à l'indépendance en juin 1977. Ancienne colonie française depuis 1862, le pays a connu diverses appellations : Côte Française des Somalis (CFS) de 1862 à 1967 ; Territoires Français des Afars et des Issas (TFAI) jusqu'à l'indépendance. Les langues officielles sont le Français et l'Arabe et les langues les plus couramment parlées sont l'Afar et le Somali.

Dans les années 1990, le pays s'est engagé dans un processus de démocratisation marqué par l'adoption d'une constitution en 1992. L'organisation politique actuelle de Djibouti résulte de la constitution adoptée par référendum le 4 septembre 1992. Le président de la République est élu au suffrage universel pour 6 ans et cumule à la fois les fonctions de chef de l'État et le chef du Gouvernement. Il nomme le Premier Ministre qui, outre ses propres prérogatives, coordonne les activités des différents ministères. Le pouvoir législatif est composé de l'Assemblée nationale, chambre unique de 65 députés, élus au suffrage universel pour cinq ans.

Le processus de décentralisation en cours dans ces dernières années a permis de diviser le pays en six régions administratives : une région centrée sur la capitale (Djibouti-ville) qui a un statut particulier (collectivité territoriale subdivisée en trois communes : commune de Ras-Dika, commune de Boulaos et la commune de Balbala) et cinq autres régions de l'intérieur (Ali Sabieh, Arta, Dikhil, Obock et Tadjourah).

La population djiboutienne est estimée à environ 820 000 habitants par le dernier recensement de juin 2009. Le taux d'accroissement démographique naturel de 3% par an situe Djibouti parmi les pays à croissance démographique élevée mais le pays a aussi un accroissement migratoire de l'ordre de 3% par an. La population est jeune, les moins de 15 ans représentent plus de 40% de la population. Selon les résultats de ce dernier recensement, la taille moyenne des ménages ordinaires est de 6,2 personnes. La population de 0 à 4 ans représente 12 %, celle de 5 à 14 ans 24 % personnes. La population de 15 à 59 ans : 60%. Le pays connaît aussi l'un des taux d'urbanisation les plus élevés en Afrique subsaharienne avec 85 % de la population habitant dans les villes contre une moyenne d'environ 40 % pour l'Afrique subsaharienne (ONU HABITAT 2010).

La répartition de la population djiboutienne est inégale. La capitale Djibouti-ville reste le plus grand centre urbain du pays et accueille plus de 7 djiboutien sur 10. Elle concentre également la totalité de la vie économique et commerciale du pays. Toutes les infrastructures publiques et privées (d'éducation, sanitaires et culturelles, etc.) y sont aussi localisées au détriment du développement des autres régions.

L'économie du pays est lourdement tributaire du secteur des services qui compte pour 80 % du PIB et 80 % des emplois. Les services sont principalement axés sur les activités portuaires et les connexions routières. Le port qui est le poumon économique du pays assure la desserte des pays voisins surtout l'Éthiopie, dont Djibouti est le seul débouché maritime. Pauvre en ressources naturelles, le pays est doté d'un secteur primaire et industriel peu développé représentant respectivement 3 % et 15 % du PIB. Le secteur primaire se limite à l'élevage, à la production maraîchère et à la pêche artisanale. Avec des terres peu fertiles et une faible pluviométrie, l'agriculture joue un rôle restreint. Le secteur secondaire est de même peu développé à Djibouti en raison notamment d'un coût de production élevé (surtout énergétique), d'un marché intérieur étroit, d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée et de ressources naturelles rares. La majorité des

entreprises dans ce secteur intervient dans la branche « bâtiments et travaux publics ».

Djibouti continue de jouer un rôle important dans le contexte géographique régional. Occupant une position stratégique sur la pointe Est de la Corne de l'Afrique et à l'entrée de la Mer Rouge, Djibouti évolue au cœur d'un ensemble géographique qui connaît des crises politiques récurrentes et où elle peut être considérée comme un pôle de stabilité. Profitant de cet emplacement stratégique et de sa stabilité, Djibouti reste bien présent dans la région en fournissant des services de transport et des services bancaires aux pays de la région. Les effets des événements du 11 septembre 2001 et de la guerre contre le terrorisme mondial et la piraterie dans la corne d'Afrique plus récemment font que, outre la France dont la présence militaire est ancienne, les Etats-Unis y font stationner des troupes ; ceci constitue une source d'activité et de ressources non négligeables pour l'économie nationale.

Une autre caractéristique importante de l'économie djiboutienne est sa stabilité monétaire qui n'est pas indépendante du système de Currency Board (système de Caisse d'émission) par lequel la création de monnaie se régule automatiquement par le solde des paiements internationaux. Depuis 1949, Djibouti a opté pour le système de Caisse d'émission qui repose sur le principe que la Banque centrale ne peut pas accorder de crédits ni au Gouvernement, ni au système bancaire, ni à tout autre acteur. Le rôle de cette dernière se limite à faire respecter les règles du jeu de la « caisse émission », de contrôler et de superviser la liquidité du système en lui imposant des ratios prudentiels. Les banques n'ont rien à attendre d'un refinancement de la Banque centrale qui leur permettrait de faire face à d'éventuelles tensions de liquidité ou à des problèmes plus structurels de gestion du risque sur les créances. Cette dimension du système monétaire djiboutien explique la faiblesse structurelle de l'inflation, voisine de celle observée dans les pays développés, et l'attachement de long terme des autorités à un taux de change fixe du franc djiboutien envers sa monnaie de rattachement au taux 177,721 francs djiboutien pour un dollar des Etats-

Unis. Par contre le Gouvernement abandonne la politique monétaire comme instrument économique.

Sur le plan sanitaire, sous l'effet conjugué de la pauvreté et des faibles investissements dans le secteur de la santé, l'état des populations demeure préoccupant. L'espérance de vie est l'un de plus faible au monde. Les taux de mortalité infanto-juvénile se sont améliorés par rapport au niveau des années 1990, mais demeure néanmoins les plus élevés des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique subsaharienne (Banque mondiale, 2006, p.165). Le pays est confronté aux maladies infectieuses souvent à caractère épidémique et ou endémique tel que le paludisme, la tuberculose, le choléra, la fièvre typhoïde, les diarrhées, le VIH/Sida et aux maladies non transmissibles tels que les maladies cardiovasculaires, le diabète, la malnutrition, etc. L'évolution des indicateurs socio-économiques de Djibouti sont consignés dans le tableau synthétique ci-après.

Tableau 4: L'évolution des indicateurs socio-économiques de Djibouti (1980-2000-2007)

Indicateurs	1980	2000	2007
Population totale	340 000	714 000	820 000 (2009)
Croissance annuelles de la population (%)	...	3	2,8
Espérance de vie à la naissance	46 ans	52 ans	53 ans
Pauvreté extrême (moins 1\$ par jour)	...	9,6 % (1996)	42 %
Taux de chômage	...	44 % (1996)	60 % (2009)
Indice de Développement Humain	...	0,34 ou 139ème/174	0,403 ou 165ème/186
Revenu National Brut per capita (\$)	792	700	1099
PIB (en millions de \$ US)	463	556	1259
PIB par habitant (PPA, \$ US)	1 980	1 560	2 420
Taux de croissance annuelle du PIB (%)	4,70	0,80	5,3
Taux d'inflation annuel	11,70	2,50	5,02

Agriculture (% valeur ajoutée)	4	3,50	3.50
Industrie (% valeur ajoutée)	29	15,40	16,40
Services (% valeur ajoutée)	66	81,10	80,10
Taux mortalité maternelle	...	790	650
Taux de mortalité infantile	...	114	103

Source : Banque mondiale (2007), DISED (2009), PNUD (2007), Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 (ministère de la Santé, 2007).

2.2 Les facteurs à l'origine de la marchandisation

Après l'indépendance, le Gouvernement a engagé un vaste programme d'investissements publics pour doter le pays des infrastructures économiques de base. Dans les premières années de l'indépendance, l'investissement public a fortement augmenté, passant de 8 % du PIB en 1978 à 22 % du PIB en 1982 (Banque mondiale, 1984). La part des investissements privés quant à elle est restée faible, moins de 5 % du PIB durant cette période. Cette situation a conduit l'Etat à être présent dans tous les secteurs de l'économie : transport, télécommunication, production et distribution de l'eau, de l'énergie, etc. En 1983, le Gouvernement a mis en place un ambitieux plan quinquennal de développement économique (1984-1988). Le tableau suivant décrit le niveau et la répartition sectorielle de l'investissement public sur la période de 1984-1988.

Tableau 5 : Répartition sectorielle des investissements publics durant 1984-1988

Secteur d'activité	Montant de d'investissement en millions de dollars US	Pourcentage d'investissement public par secteur
Eau, agriculture, élevage	38,8	8,06
Industrie, énergie	125	25,96

Transport e télécommunications	171,10	35,53
Développement urbain	66,50	13,81
Formation, jeunesse et sport	64, 20	13,33
Santé	9,90	2,06
Tourisme	6,00	1,25
Total	481,50	100

Source Banque mondiale, 1988.

L'interventionnisme de l'Etat a été notamment justifié par un déficit d'initiative privée. Cette situation était à l'origine d'une augmentation substantielle de l'emploi public avec des salaires et rémunérations absorbant jusqu'à 68 % des dépenses courantes (Banque, mondiale, 2001). L'Etat est aussi devenu le premier créateur d'entreprises en détenant la quasi-totalité des entreprises produisant des biens et services pour pallier l'insuffisance du secteur privé. Les investissements publics ont stimulé la croissance qui s'est située autour de 4 % dans les années 1980. De plus l'investissement public accorde une attention particulière à l'attractivité du territoire et à la consolidation de la position stratégique du pays en renforçant le système de transport et de télécommunications : plus de 35 % des investissements publics sont consacrés aux secteurs de transport et des télécommunications. Ce qui a permis notamment :

- une modernisation des équipements portuaires avec la construction d'un terminal à conteneur en 1984 pour attirer le trafic de transbordement et pallier la baisse des activités de transit éthiopien,
- une extension des infrastructures routières pour désenclaver le Nord du pays avec la construction d'une route reliant la capitale et le district de Tadjourah,
- l'élargissement de la capacité d'accueil de l'Aéroport international de Djibouti.

La stratégie de développement de l'Etat visait aussi à amorcer une diversification de l'économie nationale en cherchant à accroître les

contributions des secteurs industriel et agricole (Gombor, 2011, p. 213). Plusieurs unités de production industrielle comme l'embouteillage de l'eau de Tadjourah, la laiterie d'Ambouli ont été réalisées pour remplacer progressivement les importations par des productions nationales. Dans le secteur agricole, l'Etat a créé un grand projet d'exploitation à 20 km de la capitale pour produire du blé.

Après l'indépendance, L'Etat s'était engagé également dans un vaste programme social (soin gratuit, subvention tout azimut de différentes professions, logements gratuits pour les fonctionnaires, etc.).

Mais ce scénario n'était pas viable à long terme car l'économie djiboutienne est tombée dans une longue récession avec une croissance négative à partir de 1991. Le secteur public a connu d'importantes réorganisations. La marchandisation de ce secteur suscite un fort engouement. Elle résulte principalement de deux contraintes dont les effets se cumulent. On assiste d'abord à une forte pression budgétaire due notamment à une crise économique aiguë et au ralentissement des aides de bailleurs de fonds obligeant le Gouvernement à adopter des nouvelles pratiques visant à améliorer le rapport coût/bénéfice de l'argent investi dans le secteur public. La marchandisation résulte aussi d'une contrainte externe : comme beaucoup de pays en développement souffrant des difficultés économiques, la stratégie de développement privilégiée par les institutions internationales est essentiellement axée sur le désengagement de l'Etat.

2.2.1 Une contrainte budgétaire due à une crise économique aiguë et à une assistance extérieure en baisse

Au début des années 1990, Djibouti a connu une crise économique aiguë qui se caractérise notamment par des déséquilibres macroéconomiques importants : déficit de la balance des paiements, déficit budgétaire, accumulation d'arriérés internes et externes, taux de croissance négatif, etc. De 1992 à 1996, la croissance est ainsi devenue négative (- 3,6 % en 1995), le déficit budgétaire a atteint en 1994 un niveau record d'environ 7 milliards de francs Djibouti, soit 9 % du PIB. Par ailleurs, les

factures impayées de l'Etat aux établissements publics (eau, électricité, téléphone....) s'accumulent et le déficit de la balance courante représentait 27 % du PIB en 1994. Les quelques indicateurs présentés dans ce tableau rendent compte la situation économique difficile de Djibouti durant les années 1990.

Tableau 6 : Quelques indicateurs économiques du pays de 1994 -1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Taux de croissance du PIB (%)	- 4,5	-3,6	-1,5	0,0	1,7	1,4
Inflation en % du PIB	2,5	2,2	2	2,4	1,8	3,2
Solde budgétaire global en % du PIB	- 9	- 8,10	- 3,90	- 4,30	0,90	- 2,10
Dépenses d'investissement en % du PIB	3,2	3,7	3,9	4,3	6,7	3,1
Solde compte courant en millions de dollars EU	- 27	-17,00	- 16,20	-11,50	- 3,20	- 18,50
Dettes extérieures officielles en % du PIB	56	57,4	59,5	54,2	56,1	54,1
Stock de la dette intérieure en % du PIB	19,6	18,7	19,0	18,8	17,6	17,9
Stock des arriérés intérieurs en % du PIB	25,40	23,1	22	23,9	22,4	23,4

Source : Banque mondiale 2000, Rapport n° 21414 DJI

Cette détérioration de la situation économique et financière du pays entraîne un cercle vicieux où une accumulation continue des arriérés de l'Etat envers les entreprises publiques et privées a affaibli leur situation financière et leur capacité à payer des impôts, à rembourser leurs prêts bancaires et à investir. Cette crise économique engendre également une augmentation de chômage, une aggravation de la pauvreté ainsi qu'une

déliquescence de l'appareil administratif et de la crédibilité de l'Etat. Les commandes de l'Etat n'étaient plus acceptées par les fournisseurs locaux et étrangers. C'était le cas notamment pour l'achat des médicaments. L'Etat n'était plus également en mesure de verser les salaires des fonctionnaires. L'accumulation des arriérés internes notamment les salaires et pensions impayées se poursuit jusqu'en 1999. A la fin de l'année 1999, ces arriérés représentaient 20,8 milliards de Francs Djibouti (117 millions de \$,) soit plus de 23 % du PIB, dont 6,8 milliards de FD (38 millions de \$ d'arriérés en salaires et rémunérations, 3,6 milliards de FD (20 millions de \$) aux fournisseurs locaux privés, 2,9 milliards de FD (16 millions de \$ aux entreprises publiques) et 7,3 milliards de FD (41 millions de \$ aux caisses de retraites (Banque mondiale, 2006).

Cette crise économique trouve son origine dans l'environnement extérieur. La croissance de Djibouti dépend des facteurs externes, notamment de la demande régionale des services. Les activités de transport, et plus précisément celles du port qui constituent les principales sources de devises et de croissance du pays sont complètement dépendantes de la conjoncture politique et socio-économique des pays limitrophes. L'Ethiopie, pays enclavé de plus 80 millions d'habitants et la Somalie constituent l'arrière pays naturel de l'économie djiboutienne. Le trafic éthiopien représente plus de 85 % des activités du Port de Djibouti (Banque centrale de Djibouti, 2006, p. 22). Les conflits régionaux qui ont secoué la région au cours des années 1990 ont eu des impacts négatifs sur l'économie djiboutienne, extravertie et vulnérable aux fluctuations économiques régionales. Ces conflits régionaux ont aussi drainé vers Djibouti des mouvements importants de populations. Vis-à-vis de sa région, Djibouti vit dans une situation paradoxale. L'instabilité chronique de ses voisins lui bénéficie directement. Les transactions financières et le trafic de marchandises qui empruntent ses infrastructures, lui offrent un volume d'affaires inespéré pour un si petit pays. Mais en même temps, cette instabilité de la région prive Djibouti d'un potentiel réel de développement. Djibouti bénéficie d'une position géographique enviable qui la met au carrefour du trafic commercial et maritime international. Mais elle est en

même temps victime de sa localisation dans la Corne de l'Afrique régulièrement secouée par des conflits armés, civils et frontaliers. La proximité des pays ayant traversé à diverses reprises des catastrophes naturelles et des conflits politiques au cours des dernières décennies a un impact négatif sur Djibouti. Ces pays ont en outre un revenu par habitant et des barèmes salariaux nettement inférieurs que Djibouti. Ils sont aussi plus grands que Djibouti en termes de population et des superficies, ce qui a tendance à accroître la vulnérabilité de Djibouti face aux événements qui s'y déroulent. Depuis son indépendance en juin 1977, Djibouti a vécu au rythme des conflits de la sous-région, et de l'afflux de réfugiés et du déplacement massif des populations sinistrées vers le territoire national. En 2007, Djibouti est d'ailleurs classé 4ème pays migratoire au monde, avec 26 réfugiés pour 1000 habitants par la Communauté européenne (Document de stratégie pays et programme indicateur national pour la période 2008-2013). En 2006, la Banque mondiale a aussi estimé que plus de 60 % des personnes hospitalisées pour une tuberculose à Djibouti viennent des pays limitrophes. En raison de l'histoire et de la situation socio-politique de la région, le système de santé de Djibouti est amené à prendre en charge des patients qui ne sont ni ses ressortissants ni ne résident durablement dans le pays. Le poids de cette charge se ressent au niveau de l'état des infrastructures sanitaires.

La dépendance de l'assistance de bailleurs de fonds demeure aussi une autre source de vulnérabilité pour la situation budgétaire et commerciale de Djibouti. Au début des années 1990, dans un contexte de crise économique, les contributions extérieures, constituées pour l'essentiel des dons et des financements sur projets se sont nettement ralenties en passant de 15,6 milliards de FD (88 millions de \$) en 1993 à 6,5 milliard de FD (37 millions de \$) en 1999, soit une diminution de 62 % (voir tableau 7). Djibouti est tributaire de l'aide extérieure pour financer ses programmes de développement mais aussi pour équilibrer son budget. Le budget djiboutien est structurellement déficitaire et le déficit est généralement comblé par des apports étrangers, essentiellement des dons et des crédits concessionnels. Le taux de prélèvement public, ratio de l'ensemble des ressources publiques

rapportées au PIB, ne permet pas d'assurer un équilibre budgétaire satisfaisant. La pression fiscale est pourtant assez forte à Djibouti. Le ratio des recettes fiscales rapportées au PIB de Djibouti, de l'ordre de 30 % est l'un des plus élevés de l'Afrique subsaharienne (CNUCED, 2009)¹⁶.

Tableau 7 : Assistance extérieure par bailleur de fonds (décaissements annuels, en millions de francs Djiboutiens).

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
IDA	713	158	466	470	424	507	267
Japon	1728	2307	2919	2562	766	2930	267
Italie	3602	3254	885	71	71	71	90
Chine	802	135	153	350	523	367	279
Banque africaine de développement	1685	1485	1635	1577	807	803	338
Banque islamique de développement	13	4	13	106	1129	810	64
Banque européenne de développement	608	55	408	133	548	810	64
France	4142	4223	3852	3802	5162	4831	3291
Fonds arabes pour le développement économique et social	618	447	0	0	0	300	1365
Fonds koweïtien pour le développement	853	684	587	1170	296	0	84
Fonds saoudien pour le développement	879	784	883	798	622	638	262
Total	15643	13536	11801	11039	10349	11498	6500

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, Djibouti 2004 : « Bilan de 1999 à 2004 ».

¹⁶ Selon le *Rapport sur l'investissement dans le monde* de CNUCED de 2009 : « après être restés presque inchangés entre le début des années 90 et le début des années 2000, les chiffres des recettes publiques en pourcentage du PIB, se sont constamment améliorés dans la plupart des pays africains, puisque ces recettes sont passées de 18,8 % en moyenne au cours de la période 1997-2002 à 25,4 % en 2007 ».

En tant que petit pays doté de faibles ressources naturelles, Djibouti dépend de l'assistance extérieure. Plus de 50 % des dépenses publiques totales de Djibouti et plus de 84 % des dépenses d'équipements sont financées par les bailleurs de fonds (Banque mondiale, 2006, p.23).

Les transferts officiels sans contrepartie reçus par l'Etat sont importants : « *depuis l'indépendance, Djibouti a reçu en transferts sans contrepartie environ 100 dollars américains par an et par habitants* » (PNUD, 2004, p. 6). Ces statistiques situent Djibouti sans doute parmi les plus gros bénéficiaires par tête de l'assistance internationale. L'aide est principalement assurée par la France (dont un appui budgétaire), l'Italie, le Japon et les pays du Golfe (Arabie Saoudite, Koweït...). Les financements sont également axés sur les secteurs sociaux (éducation, santé) et les infrastructures. Cette forte présence de ressources extérieures a au moins le mérite de ne pas se traduire jusqu'ici par un endettement excessif. Djibouti se trouve dans une situation où son faible « taux d'endettement » ne lui permet même pas de bénéficier de l'Initiative pour l'allégement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE). A la fin de 2010, l'encours global de la dette extérieure est estimé à 427 millions de dollars américains ou 56 % du PIB par la Banque centrale de Djibouti. Cette dette a été contractée auprès des bailleurs multilatéraux pour 75 % et 25 % auprès des créanciers bilatéraux principalement l'Arabie Saoudite et le Koweït.

L'impact de l'aide sur la population reste cependant décevant. La faiblesse des indicateurs de développement témoigne de cette triste réalité. Dans la gestion de l'aide, les populations bénéficiaires ne sont pas plus associées ou consultées (Mahamoud, 2008, p. 27). Du fait notamment de son faible niveau d'éducation, la population « bénéficiaire » est considérée comme étant incapable d'influer sur le déroulement des différentes phases d'exécutions des projets.

Le pays souffre aussi d'un faible niveau des capacités institutionnelles et administratives, ce qui ne permet pas souvent l'absorption de l'aide, surtout lorsque le volume de celle-ci est important. Ce qui se traduit par des projets peu fiables donc voués à l'échec. En 2001, un rapport de la Banque

mondiale sur Djibouti, indique que « la Banque a surestimé l'état de préparation de l'emprunteur pour la mise en œuvre des projets et son niveau de familiarité avec les procédures de la banque, notamment en ce qui concerne les passations des marchés et les décaissements. En conséquence l'exécution des projets a enregistré des retards. Le niveau de la capacité institutionnelle et d'exécution est faible, tout comme la planification, la coordination et le suivi des projets et programmes de développement ».

L'aide extérieure crée aussi une dépendance financière écrasante. La disponibilité du financement extérieur dépend souvent du niveau de confiance des bailleurs de fonds quant à l'engagement de l'Etat bénéficiaire sur des réformes structurelles. Le financement extérieur est vital pour Djibouti afin d'assurer sa pérennité budgétaire. Les actions du Gouvernement sont donc souvent déterminées selon les offres de prêts et des dons de la communauté internationale. Plus que les résultats des réformes, c'est la confiance des institutions internationales qui compte davantage dans la mesure où elle permet de bénéficier de nouveau de leurs financements. Pour rétablir les équilibres macroéconomiques en matière de budget, de balance des paiements et relancer la croissance économique de façon durable, les institutions internationales et les pays donateurs impliqués à Djibouti ont prôné au début des années 1990, des réformes centrées principalement sur l'assainissement des finances publiques et la mise en œuvre d'une politique de privatisation des entreprises publiques. Contraint de réduire drastiquement les dépenses publiques, l'Etat s'est engagé dans une politique de rigueur se traduisant par des mesures de réduction dans les dépenses du personnel et de matériel. Depuis 1998, les comptes publics ont renoué avec l'équilibre. Le pays a aussi retrouvé la croissance. Cependant cet équilibre reste précaire et la conjoncture sociale du pays a évolué négativement puisque le pays doit faire désormais face à une pauvreté généralisée.

2.2.2. Une pression des bailleurs de fonds pour modifier le rôle et la place de l'Etat dans l'économie

Les réformes structurelles prônées par les institutions internationales et les pays donateurs aboutissent à un retrait de l'Etat. Pour les bailleurs de fonds, si l'Etat a eu le mérite de jeter les bases économiques du développement en investissant dans les secteurs-clés (éducation, santé, infrastructures économiques), il n'a toutefois pas fait preuve de performance dans sa gestion du développement du pays. La marchandisation du secteur public est présentée à Djibouti comme une solution à une gestion publique défaillante. La politique de marchandisation vise aussi à créer un cadre attractif pour le développement du secteur privé considéré comme le moteur du développement économique mais très atone à Djibouti. Pour les bailleurs de fonds ce secteur ne pouvait pas se développer dans un contexte où l'Etat est omnipotent et omniprésent.

2.2.2.1 La marchandisation présentée comme une solution à une gestion publique défaillante

Ce sont d'abord les performances techniques et économiques des entreprises publiques qui sont jugées insuffisantes. L'efficacité sociale des dépenses publique est également mise en doute. Une faible interaction entre les dépenses publiques et les résultats atteints notamment dans les secteurs sociaux comme l'éducation ou la santé est soulignée dans les différents rapports des organisations internationales.

2.2.2.1.1 Les services publics de base fournis par les entreprises publiques jugés chers et insuffisants

La production et la distribution de l'eau, de l'électricité et de la communication sont confiées à Djibouti à des monopoles publics. Les services publics marchands sont jugés à la fois chers et insuffisants. Le prix de l'eau participe peut être à la compétitivité d'un pays, mais l'eau a aussi une dimension sociale importante. Les tarifs de l'Office Nationale des Eaux et d'Assainissement de Djibouti (ONEAD), composés de six tranches

croissent avec le niveau de la consommation en mètres cubes. Les trois premières tranches sont destinées à la consommation des ménages. Leurs prix varient de 62 FDJ pour une consommation inférieure à 30 m³ à 120 FDJ pour une consommation dépassant 120 m³. Les trois tranches suivantes dont les prix varient de 200 à 250 FDJ sont destinées aux usages professionnels. Cependant en l'absence des bornes fontaines publiques en état de fonctionnement, la distribution de l'eau est assurée par le secteur privé via des camions citernes dans les zones périurbaines et dans les quartiers défavorisés. Le prix de mètre cube payé au comptant dans les quartiers pauvres est de 500 FDJ. Il est donc 2 fois supérieurs à celui de 250 FDJ, consenti au Port de Djibouti qui refacture à 350 FDJ le mètre cube d'eau à ses utilisateurs professionnels. A Djibouti l'eau reste également 3 fois plus chère qu'en Ethiopie. Même si toute comparaison avec les pays voisins est difficile à établir, en Ethiopie, la fourchette tarifaire varie entre 23FDJ pour la tranche sociale est de 53 FDJ pour les utilisateurs professionnels (PNUD, 2004). L'Office de l'eau de Djibouti pompe l'eau par l'intermédiaire des 28 forages et distribue l'eau par un réseau vétuste d'environ 90 km. Le branchement des logements sur ce réseau varie fortement et va de 100 % dans les quartiers résidentiels à moins de 5 % dans les quartiers à habitat précaire.

L'énergie se distingue aussi à Djibouti par son insuffisance et sa cherté. Son accès est estimé en moyenne à 49 % de la population et ne concerne exclusivement que les urbains. L'électricité, produite dans des centrales thermiques fort polluantes, est peu distribuée faute de réseaux de transport et des ruptures de production dues à la vétuste des équipements. Les factures d'électricité constituent un poste important des dépenses des ménages, mais le prix de l'électricité est aussi un problème permanent pour les entreprises à Djibouti. L'étude de l'USAID en 2000, « Djibouti Investors Roadmap » relève que le prix d'une nuit à l'hôtel est absorbé pour plus de 25 % par le seul coût de l'électricité. Les délestages fréquents dans le pays, impliquent aussi que les entreprises et les ménages réalisent des investissements en générateurs et supportent des dépenses en consommation d'essence. L'environnement djiboutien ne crée pas selon cette

étude les conditions minimales pour une rentabilité financière privée et ne favorise pas les flux d'investissement directs étrangers qui permettraient l'essor du tourisme. Les tarifs de l'électricité sont pourtant fixés par arrêté présidentiel et comportent également des tranches sociales. Comme pour l'eau, la comparaison avec l'Ethiopie fait ressortir un prix relatif supérieur d'environ 50 % vis-à-vis des tarifs du voisin éthiopien (DSRP, 2004, Banque mondiale, 2006).

De même le prix des communications demeure trop cher à Djibouti. Les services de télécommunication sont assurés par un monopole public, Djibouti Telecom qui présente un caractère multi produits. Cette structure est née en 1999, d'une réforme institutionnelle fusionnant les services de télécommunications nationales que gérât l'Office des Postes (OPT), et les communications internationales qui étaient assurées par la Société des Télécommunications Internationales de Djibouti (STID). La communication locale est 4 à 5 fois plus chère à la minute qu'en pays de la région. Ce prix de communication élevé se traduit donc par une faible densité de lignes téléphoniques à Djibouti même si aujourd'hui le téléphone portable qui bénéficie d'une large diffusion depuis l'attribution de la licence GSM, en mai 2001, est de nature à pallier les conséquences du sous dimensionnement du réseau fixe. Pour un pays à revenu intermédiaire, le niveau de développement du réseau de Djibouti est plutôt inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne pourtant dominée par les pays à faible revenu (voir tableau 8).

Tableau 8 : Caractéristiques comparées des réseaux

Indicateurs	Djibouti	Afrique
PC / 100 personnes	1,09	1,06
Serveurs Personnes IP/1000	0,13	1,38
Utilisateurs Internet pour 10 000	51,3	85,21
Densité Téléphonique (fixe)	1,53	2,6
Téléphones mobile/ 100 pers	0,47	5.9

Source : PNUD, 2004, Etude Diagnostique d'Intégration par le Commerce.

La responsabilité de surcoût des services publics marchands notamment pour l'eau et l'énergie, peut s'expliquer à Djibouti en partie par des facteurs exogènes. Djibouti est un pays aride. L'eau se caractérise par une rareté impliquant des coûts de captage élevés : le climat désertique est chaud et sec avec une moyenne pluviométrique variant de 100 à 200 millimètres par an et tombant de façon irrégulière. Ces dernières années, le prix des hydrocarbures a été aussi particulièrement élevé pour l'électricité.

Le prix élevé de services publics est aussi et surtout attribué par les bailleurs de fonds à une gestion publique défaillante. Les entreprises publiques présentent d'abord des charges d'exploitation très importantes dues notamment à leur masse salariale élevée. A titre d'exemple, l'Electricité de Djibouti gère un effectif d'environ 900 salariés pour alimenter 36 000 abonnés à un courant d'origine thermique. Compte tenu du volume de la distribution et de la concentration des abonnés dans la capitale le sureffectif apparaît important. Djibouti ne compte en effet que 36 raccordements par employé, ratio peu important en comparaison d'autres petits Etats d'Afrique : Ile Maurice (179 raccordements/employé) ou Cap Vert (70). Les pratiques internationales performantes indiquent une fourchette entre 70-100 raccordements par employé. Par ailleurs, la compagnie octroie de généreuses subventions au personnel sous la forme d'une consommation électrique fortement subventionnée (à un taux de 5,15 FD/KWh). Cette incitation a engendré une consommation moyenne parmi le personnel de l'EDD double de celle d'un client normal et coûte à l'EDD environ 1,5 million de \$EU par an. Quant à l'Office de l'eau, elle compte 21 employés pour 1 000 raccordements actifs, la pratique performante étant de l'ordre de quatre à six salariés pour 1 000 raccordements. Cette surcharge d'exploitation est d'autant plus coûteuse que les salaires des entreprises publiques sont relativement élevés à Djibouti. Le salaire moyen annuel des entreprises de l'Etat est d'environ 8 850 dollars américains. A titre de comparaison le salaire moyen par employé de la compagnie nationale d'électricité du Yémen est d'environ 1 500 dollars (Banque mondiale, 2006).

La responsabilité de l'Etat actionnaire unique est également pointée du doigt lorsqu'il s'agit des paiements des factures. L'Etat gros consommateur d'énergie, de téléphone et d'eau est aussi un mauvais payeur. A l'absence de sanction en cas de non paiement s'ajoute celle de non responsabilisation de chaque ministère sur ses propres consommations d'énergie, d'eau, de téléphone puisque le paiement des factures de l'administration est centralisé auprès du Ministère de l'Economie et des Finances. Les débordements des ministères dépensiers se reportent sur le ministère de l'Economie et des Finances. Celui-ci présente des arriérés de paiement envers les entreprises publiques qui se soldent parfois par des compensations avec des créances fiscales.

Le faible recouvrement des factures de l'administration impose aux entreprises publiques de rechercher des crédits de trésorerie ou de constituer des arriérés de paiement envers ses propres fournisseurs. A titre d'exemple en 2002, la Banque mondiale a estimé que les arriérés de paiement accumulés par le Gouvernement sur la facture de l'électricité étaient de l'ordre de 5,3 milliards de Francs Djibouti (30 millions de dollars américains). Outre les arriérés de paiement du Gouvernement aux entreprises publiques, il faut ajouter les arriérés interentreprises. L'électricité par exemple représente une part importante des coûts de l'Office de l'eau. Le non paiement de l'Etat a contraint l'Office de l'eau à accumuler des arriérés de paiement sur les factures des services dus à l'Electricité de Djibouti, au point que l'EDD est aujourd'hui l'un des plus importants créanciers de la compagnie des eaux. Il s'agit de deux grandes entreprises publiques qui dans une large mesure sont étroitement interconnectées.

Les manques à gagner inhérents au non-paiement des factures de l'administration s'accompagnent aussi d'un certain nombre des gaspillages de la part de cette même administration. Au niveau du ministère de l'Education nationale par exemple, l'absence de relation directe entre la consommation et le paiement conduit à l'absence de surveillance interne des branchements localisés dans les écoles. Il en résulte des consommations d'eau aussi anormalement élevées en période scolaire qu'en période de vacances. Les branchements publics sont donc utilisés à des fins privées

(Houssein, 2011, p.51). Les implications de ces dérives risquent de s'aggraver avec la politique d'ouverture de nouvelles écoles selon ce dernier.

Les problèmes auxquels font face les entreprises publiques relèvent aussi de l'incapacité de l'Etat à réaliser des investissements de renouvellement et d'extension du réseau. A Djibouti, la population est jeune et citadine, la demande en infrastructure reste donc élevée. La production des entreprises publiques ne répond plus à l'accroissement démographique. L'approvisionnement en eau potable pour la capitale ainsi que pour les districts est critique. L'ONEAD ne peut produire qu'environ 13 millions de m³ d'eau par an alors que le besoin du pays en eau dépasse les 20 millions de m³ et que 40 % de volume de l'eau de l'Office de l'eau sont perdues à cause de la vétusté des équipements, du mauvais entretien des matériels et des branchements illégaux. L'alimentation en eau de la ville de Djibouti souffre des problèmes d'insuffisance de production auxquels s'ajoutent des défaillances de la qualité chimique de l'eau distribuée. En 2000, dans son rapport d'activité, l'ONEAD estime que la plupart des forages en exploitation dépasse la limite de 600 milligrammes par litre en concentration de chlorure de sodium préconisée par l'OMS. Cette concentration importante d'éléments minéraux dans les eaux de la nappe est due en partie à l'intensification de l'exploitation qui fait remonter les eaux salées profondes. Des investissements considérables sont nécessaires d'une part pour remédier à la perte d'eau et d'autre part pour trouver d'autres points d'alimentation d'eau. L'Etat actionnaire unique n'a pas les moyens. Loin d'apporter les financements nécessaires aux investissements des entreprises, il a au cours de ces dernières années, prélevé sur la trésorerie de ses entreprises. D'après le cabinet d'audit Price Waterhouse qui a étudiée la situation financière de l'ONEAD en 1999, sans un changement des statuts, l'avenir des entreprises publiques et donc celui du pays serait engagé de façon directe et à bref échéance : « *la situation de l'ONEAD est compromise à bref échéance si des décisions importantes, notamment dans le domaine de l'investissement, ne sont pas prises rapidement d'autant plus s'agissant d'une denrée aussi importante que l'eau. L'avenir de l'ONEAD engage de façon très directe l'avenir économique de Djibouti et le bien être de sa population. Il est vital pour*

le pays que l'ONEAD puisse mettre en valeur de nouvelles ressources afin de répondre à la demande actuelle et future de la population. Des investissements considérables sont nécessaires pour la mise en œuvre de ces travaux. Seule l'intervention des bailleurs de fonds ou d'investisseurs privés peut permettre à l'ONEAD de sortir de l'impasse », (Price Waterhouse, 1999, p.14).

2.2.2.1.2 Une critique de l'efficacité de dépenses publiques par les bailleurs de fonds

Le secteur public est à Djibouti le principal employeur du pays. Il comprend à la fois l'administration et les entreprises publiques. Jusqu'en 1995, la masse salariale de l'administration publique représentait en moyenne 25 % du PIB (Banque mondiale, 2001). Pour les bailleurs de fonds, un niveau de dépense aussi importante ne peut pas constituer un élément sain de gestion budgétaire. Avec l'installation de la crise, l'Etat entreprend un programme de diminution de la masse salariale : réduction de l'effectif de l'armée, réduction de 10 % des salaires nominaux supérieurs à 80 000FDJ par mois, gel des recrutements dans le secteur public, non remplacement des agents de la fonction publique partant à la retraite. En raison de ces compressions, la masse salariale est ramenée à 16,4 % du PIB en 1998 puis à 14 % du PIB en 2003. Mais ces mesures restent insuffisantes pour les bailleurs de fonds. En 2006, la Banque mondiale estimait que : *« malgré des importants progrès réalisés pour réduire la masse salariale au cours des dernières années, Djibouti a toujours l'une des masses salariales les plus importantes parmi les pays d'Afrique subsaharienne, notamment lorsque l'on considère le faible niveau de service : elle représente, 14 % du PIB, 60 % des recettes budgétaires totales, et 50 % des dépenses courantes totales et plus de 40 % des dépenses publiques totales ».*

En moyenne, comparativement à l'Ethiopie et au Yémen, deux pays frontaliers de Djibouti, les salaires nominaux, au taux de change courant, sont à Djibouti 3 à 6 fois supérieures (PNUD, 2004). Les écarts sont généralement plus importants pour les employés qualifiés et semi qualifiés (agents de la fonction publique, et personnel des hôtels et restaurants) que

pour les travailleurs non qualifiés (travailleurs manuels et gens de maison). Le salaire moyen du secteur public djiboutien est estimé environ 600 dollars US) soit plusieurs fois le salaire du secteur public en Ethiopie (100 dollars US) et du Yémen (150 dollars américains). Ce salaire élevé et la structure du barème du secteur public, résultent à Djibouti d'un héritage de l'administration coloniale française et ont peu changé depuis. Les comparaisons internationales ont cependant leurs propres limites. Le salaire moyen du secteur public demeure élevé au regard du salaire moyen des pays voisins, mais pas par rapport au coût de la vie. Le pays dépend totalement des importations et la parité du franc djiboutien étant liée au dollar américain, le coût de la vie est élevé à Djibouti par rapport aux pays voisins. Les importations représentent plus de 90 % de la consommation totale. Les biens produits localement dans les secteurs manufacturier et agricole représentent moins de 5 % du PIB. Compte tenu de l'étroitesse des biens échangeables avec les économies de la région, les achats de biens proviennent essentiellement des pays industrialisés. L'Union européenne est d'ailleurs le premier fournisseur de Djibouti : plus de 40 % des importations proviennent de cette zone au sein de laquelle la France concentre plus de la moitié des achats.

Le pays est confronté également à un niveau de pauvreté et un chômage qui ont atteint des niveaux préoccupants. Le chômage est de loin, le plus grave problème économique de Djibouti. Les données sur l'emploi révèlent à ce sujet la présence d'une crise structurelle du marché du travail, avec un taux de chômage officiel de 60 % (Initiative Nationale pour le Développement Social 2011- 2015¹⁷) en forte augmentation par rapport à son niveau des années 1990 (44 %). Cela résulte de la conjonction de plusieurs facteurs, notamment la croissance rapide d'une population active amplifiée par l'immigration des pays voisins, les défaillances du système éducatif qui échoue à constituer une matrice de formation de l'éducation de base et de qualifications professionnelles, mais aussi selon le Gouvernement, par des dysfonctionnements du marché du travail. La déréglementation du

¹⁷ Document rédigé par le Gouvernement en 2011 qui a pour ambition de faire de Djibouti d'ici 2015 selon le Gouvernement « *un pays paisible, moderne, équitable, ouvert, économiquement performant, mieux géré et où la fracture sociale, la pauvreté, la marginalisation et l'exclusion sont combattues et à terme supprimées* ».

marché du travail opéré par le Gouvernement en 1997 a conduit à un abandon des conventions nationales de travail et a remis en cause l'intervention de l'Etat.

Les mécanismes formels de filet social sont aussi inexistants. Seule, la robustesse des liens familiaux agit toutefois comme un mécanisme de redistribution des revenus et les salaires relativement élevés versés aux agents de la fonction publique ont des retombées positives sur un plus grand nombre d'individus.

Quant à la pauvreté, les résultats de l'enquête djiboutienne auprès des ménages (EDAM-2¹⁸) montrent que l'extrême pauvreté, c'est-à-dire les personnes vivant avec moins de deux dollars par jour touchent plus de 40 % de la population. La situation de pauvreté¹⁹ peut être partiellement attribuée à Djibouti à ses faibles dotations en ressources naturelles : sévères pénurie d'eau, climat chaud et aride avec des températures de l'ordre de 50° C en été, et rareté des terres arables. On peut ajouter à ces contraintes, une série de facteurs politiques, sociaux et économiques qui entravent la croissance et aggravent la pauvreté. A titre d'exemple, la main-d'œuvre serait coûteuse mais principalement non qualifiée, ce qui minimise les perspectives de développement d'un secteur privé. Mais le net déclin du revenu par habitant à partir des années 1990 et l'augmentation du chômage ont aggravé également le phénomène de pauvreté.

¹⁸ Il s'agit d'une enquête approfondie sur la pauvreté réalisée en 2002 par la Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques (DISED), sous financement de la Banque mondiale, le PNUD, la Mission de la coopération française.

¹⁹ La pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui renvoie à la fois à une insuffisance de revenus, au manque d'emploi et aux difficultés d'accès aux besoins essentiels. La pauvreté monétaire retrace ainsi une insuffisance de revenus monétaires pour faire face aux dépenses alimentaires et non alimentaires indispensables. Elle est appréhendé à partir de deux seuils en dessous desquels une personne est considérée comme pauvre relatif ou extrême : un seuil de pauvreté relative, calculé à partir de la part de la dépense alimentaire dans la dépense totale des ménages du deuxième quintile de dépenses équivalentes adultes, et un seuil de pauvreté extrême, déterminé sur la base des besoins alimentaires minimaux correspondant à un apport calorifique journalier de 2115 calories par équivalent adulte. Le seuil de pauvreté relative a été estimé à 198 229FD et le seuil de pauvreté absolue à 114 096FD par an en 2002, ce qui correspond respectivement à 3.3\$ et 1.8\$ par personne et par jour (1US\$ = 177,721FD). Le seuil de pauvreté relative particulièrement élevé, comparé à celui fixé dans le cadre de la Déclaration du Millénaire (2\$ par personne et par jour), traduit le niveau élevé des prix à Djibouti et son incidence sur les conditions de vie des ménages. Ainsi, la pauvreté monétaire est engendrée par une insuffisance de revenus et un faible pouvoir d'achat dans un contexte fortement marqué par une crise du marché du travail (DSRP- 2004).

Il existe aussi à Djibouti une certaine « tribalisation » de la politique héritée de la colonisation (Dubois et Pénel 2007, p. 45). Le fractionnement ethnique est l'un des principaux obstacles à la croissance économique en Afrique subsaharienne (Collier, 2002). L'argument avancé par cet auteur est que le fractionnement ethnique aboutit souvent à l'instabilité politique et peut avoir un impact négatif sur l'investissement et la croissance. La population djiboutienne est composée de trois communautés : les Afars, les Somalis et les Arabes. Il existe un partage des pouvoirs entre les différents groupes ethniques au sein de l'Assemblée nationale (tableau 9). Afin de préserver la cohésion nationale, des efforts sont faits depuis toujours pour que toutes les composantes de la population nationale soient représentées dans le secteur public et au sein du Gouvernement. Djibouti demeure un pays stable de la région de la Corne de l'Afrique, fait qui a contribué à accroître son importance régionale par rapport à sa petite taille et ses faibles ressources.

Tableau 9 : Répartition des sièges de l'assemblée nationale par communauté

Ethnie	Nombre de députés à l'Assemblée Nationale	Pourcentage
Somalis	35	53,8
Afars	28	43,1
Arabes	2	3,1
Total	65	100

Source : élections parlementaire d'avril de 2005

Cependant, les défis pour le service public djiboutien ne sont pas seulement liés au niveau de dépenses, mais concernent aussi et principalement l'impact de ces dépenses. Pour les bailleurs de fonds, le bénéfice tiré d'un salaire « élevé » ou d'un effectif important dans le secteur public reste faible à Djibouti : selon la Banque mondiale (2006, p. 135) : « à Djibouti les résultats en matière de prestation de services publics sont parmi les plus faibles au monde, malgré son PIB relativement élevé et le montant

important des subventions étrangères par habitant (environ 1 000\$ EU et 100 \$ EU respectivement)». Le revenu relativement élevé par habitant de Djibouti cache souvent des niveaux de pauvreté, d'analphabétisme, de morbidité et de mortalité maternelle et infantile élevés comme le montre le tableau n°10.

Tableau 10 : Indicateurs sociaux sélectionnés de Djibouti et des autres pays de la région

	Djibouti	Afrique subsaharienne	Yémen
Esperance de la vie à la naissance	50	50	56
Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	106	92	82
Scolarisation brutes à l'école primaire	39	78	70
Mortalité à l'accouchement pour 100. 000	740		350

Source : Banque mondiale : Rapport n° 34624-DJI, 2006

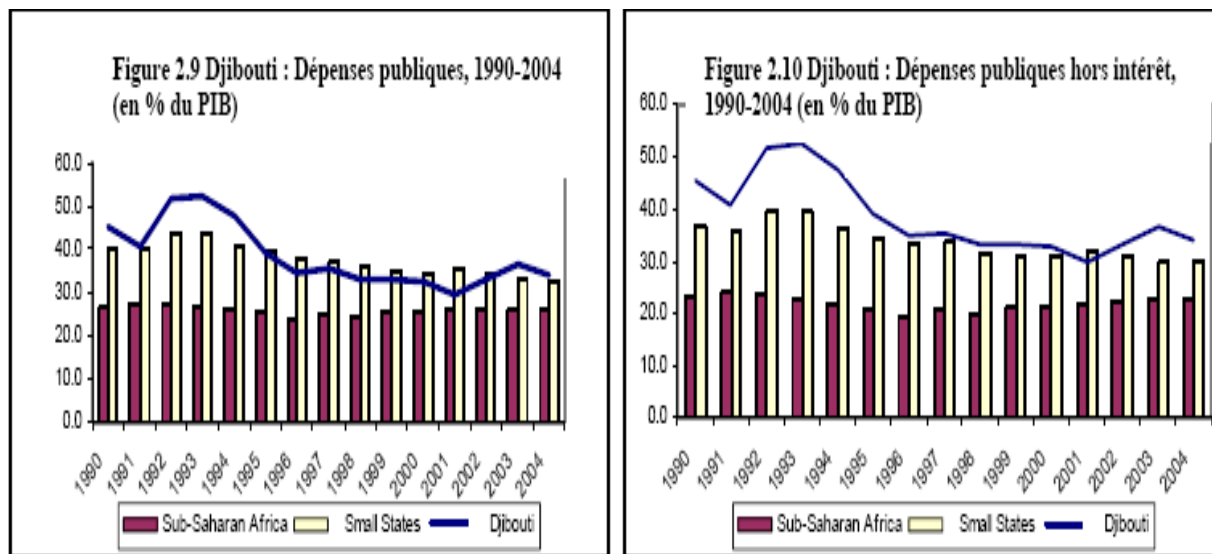
Le revenu national brut par habitant de Djibouti 1400 dollars américains est environ 2 fois plus élevé que la moyenne d'Afrique subsaharienne. Dans le classement de la Banque mondiale, Djibouti figure dans la tranche inférieure des économies à revenu intermédiaire²⁰. Le pays présente cependant des indicateurs sociaux en dessous des normes des pays en développement à revenu faible. Sur l'Indice de Développement Humain du PNUD, Djibouti occupe en 2010, le 169ème rang sur 177 pays. Le pays enregistre aussi des taux extrêmement élevés d'analphabétisme adulte, de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. La mortalité infantile est à 103‰, contre une moyenne de 92‰ pour l'Afrique subsaharienne, 82‰ pour le Yémen. Dans l'ensemble, l'espérance de vie de Djibouti est identique

²⁰ Les économies sont divisées par groupe selon le revenu par habitant. En 2008, les groupes sont les suivants : faible revenu, moins 975 dollars US, revenu moyen inférieur, de 975 à 3855 dollars US, revenu moyen supérieur, 3856 à 11905 dollars US, revenu élevé 11906 dollars US.

à celle de l'Afrique subsaharienne mais moindre que celle du Yémen 56 ans dont le PIB par habitant est nettement inférieur à celui de Djibouti. Les taux de scolarisation bruts à l'enregistrement primaire se situent à moins de la moitié de la moyenne pour l'Afrique subsaharienne (39 % de la population en âge scolaire par rapport à 78 % pour l'Afrique subsaharienne).

Le niveau agrégé de la dépense publique de Djibouti est élevé compte tenu de la taille du pays et en comparaison avec d'autres pays africains. Au cours de la période 1990-2004, les dépenses publiques globales ont représenté en moyenne plus de 40 % du PIB (voir graphique 1). Les indicateurs sociaux de Djibouti sont pourtant parmi les plus faibles du monde. Il existe donc une faible interaction entre les dépenses publiques et les résultats dans les secteurs sociaux clés comme la santé ou l'éducation (Rapport de la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique, 2007). Selon ce rapport : « *à priori, si l'on fait référence aux normes internationales, le niveau agrégé de la dépense publique de Djibouti est jugé élevé. On dénote cependant de l'absence d'une approche de planification stratégique axée sur les résultats, ce qui explique en partie la faible interaction entre les dépenses publiques et les résultats atteints notamment dans les secteurs sociaux (éducation et santé)* ». Autrement dit, malgré un niveau élevé de dépenses publiques, Djibouti n'a pas de bons résultats en comparaison aux autres pays en développement.

Graphique 1 : Aperçu du niveau global des dépenses publiques de Djibouti entre 1990-2004



Source : Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique, Rapport sur la gouvernance, Djibouti, 2007.

Le volume optimal de la dépense publique est souvent fixé en fonction du contexte national. L'analyse de la composition des dépenses globales de Djibouti de la période 1990-2004 laisse apparaître cependant un certain déséquilibre. Une large part des dépenses publiques est réservée aux salaires et aux traitements des fonctionnaires au détriment d'autres domaines. Plus de 60 % des ressources intérieures disponibles financent les dépenses obligatoires (rubriques de dépenses dérivées des obligations législatives ou contractuelles sur lesquelles la branche exécutive n'a pratiquement aucun pouvoir). Il s'agit notamment les traitements et salaires qui absorbent 52% des dépenses totales, des transferts 8%, et du service de la dette 1 %. Contrairement à d'autres pays en développement, le paiement d'intérêt ne constitue pas un fardeau trop lourd à Djibouti. Ceci s'explique par les conditions fortement libérales des prêts négociés avec les créanciers multilatéraux et bilatéraux. Pour sauvegarder le paiement des salaires, les autorités doivent compresser d'autres dépenses considérées comme prioritaires pour la réduction de la pauvreté. Pour la Banque mondiale, une réforme du secteur public visant à réduire la masse salariale publique pourrait contribuer à stimuler la croissance et la réduction de la pauvreté.

« Outre l'éviction de dépenses sociales, la masse salariale surdimensionnée a un effet d'éviction sur l'investissement productif aux infrastructures ce qui entrave la croissance et la compétitivité » (Banque mondiale, 2006). Le Gouvernement est pris dans un dilemme à Djibouti : d'une part, il doit maintenir la stabilité macroéconomique et la pérennité budgétaire et réduire la masse salariale du secteur public pour garder la confiance des bailleurs de fonds, d'autre part, les pressions démographiques croissantes et les faibles niveaux actuels de la prestation des services impliquent une hausse substantielle des dépenses publiques en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Dans le cadre de réduction de pauvreté, et des objectifs du développement pour le millénaire, les autorités djiboutiennes se sont engagées en 2002 à un ambitieux programme dont les principaux objectifs sont les suivants :

- réduire l'extrême pauvreté de 42 % en 2002 à 15 % en 2015 ;
- relever la croissance moyenne du PIB réel de 3 % en 2002 à 6 % en 2010 ; et réduire simultanément les inégalités dans la distribution des revenus de 2 % en moyenne par an au cours de la période 2003-2015 ;
- accroître les inscriptions brutes à l'enseignement primaire de 42 % en 2006 et atteindre la participation universelle d'ici 2015 ;
- réduire le taux de mortalité infantile de 103 pour 1 000 en 2002 à 50 pour 1 000 en 2015
- réduire le taux de mortalité maternelle de 690 pour 100 000 naissances vivantes en 2002 à 400 en 2015 ;
- stabiliser le taux de prévalence du VIH/Sida autour de 3 %.

Compte tenu de l'effort à fournir aucun de ces objectifs ne sera atteint en 2015. En 2011, les besoins d'investissements additionnels pour atteindre les OMD ont été évalués par le Gouvernement à plus d'un milliard de dollar américain (Initiative Nationale de Développement Social, 2011). Ce montant souligne l'ampleur des efforts qui restent à déployer par le Gouvernement djiboutien et les partenaires internationaux pour tendre vers la réalisation des OMD. En tenant compte du niveau de départ très bas de la couverture à l'éducation et aux services de santé et de la croissance démographique, pour matérialiser ce programme il faut recruter davantage de médecins et

d'infirmiers et d'enseignants. Les options sont limitées pour faire face à ces nouveaux recrutements.

Une forte dépense courante est aussi corollaire à une faible dépense d'investissement. Les investissements publics à Djibouti sont d'ailleurs souvent programmés et financés selon une approche résiduelle de la budgétisation plutôt que sur la base d'une stratégie d'investissement sectoriel et dépendent fortement de l'aide extérieure très volatile ces dernières années. Les dépenses d'investissement ont suivi une courbe descendante au cours de la plus grande partie des années 1990, principalement en raison d'une forte baisse des dépenses publiques d'équipement et des effets adverses de la hausse des arriérés intérieurs au secteur privé et aux entreprises publiques (voir tableau 6). L'érosion des dépenses gouvernementales en capital public résulte aussi de la baisse sans précédent de l'aide extérieure principale source de financement des dépenses d'investissement public (voir tableau 7). Les flux annuels de l'aide extérieure fluctuent considérablement. Le budget réel de l'Etat est régulièrement moins important que celui envisagé dans les lois de finance en partie du fait que le financement étranger s'est avéré moindre que celui budgétisé. La baisse des dépenses d'investissement public peut avoir un impact négatif sur le potentiel de croissance et limiter les améliorations visées dans les indicateurs sociaux.

Les traitements et salaires, et les transferts sont aussi mieux protégés au cours du processus d'exécution du budget que les autres catégories de dépenses. Il est plus facile pour le Gouvernement par exemple d'interrompre des projets d'investissement pour les relancer lorsque les fonds seront disponibles. Des interruptions fréquentes ne sont pas réalisables pour les salaires.

2.2.2.2 La marchandisation du secteur public : une stratégie pour promouvoir un secteur privé atone à Djibouti

Les politiques de marchandisation du secteur public sont aussi envisagées à Djibouti dans le cadre de la promotion du secteur privé. Djibouti se caractérise par une large politique d'ouverture économique, avec un commerce extérieur libéral et un système de change libre de toute restriction au niveau des capitaux et des devises. Le régime commercial laisse peu de place à Djibouti au protectionnisme tarifaire et aux obstacles quantitatifs, raison pour laquelle le pays a été membre fondateur de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Le régime de change se caractérise aussi à Djibouti par un haut degré de convertibilité de la monnaie nationale, ce dernier laissant une grande liberté aux mouvements internationaux de capitaux. Ces dimensions de l'ouverture, trait dominant de l'économie djiboutienne, sont mises en avant par les autorités djiboutiennes aujourd'hui comme principal argument de promotion et d'attractivité du pays. L'importance économique régionale basée sur sa relative stabilité et ses politiques économiques d'ouverture ont conféré à Djibouti un avantage comparatif sur le plan du commerce extérieur (Banque mondiale, 2001). Djibouti présente également des avantages notables allant des infrastructures de transport, à sa position géographique stratégique à l'entrée de la Mer Rouge et de l'océan indien. Cependant, deux constats s'imposent : d'une part, le secteur privé formel djiboutien est relativement faible et ne représente que 20 % de la valeur ajoutée totale. Le secteur public s'inscrit pour 56 % de la valeur ajoutée, suivi par le secteur informel (24 %). D'autre part, les investissements directs étrangers sont plus limités à Djibouti par rapport ceux généralement observés dans les pays en développement. Les investissements directs sont évalués annuellement à 600 millions de FDJ, soit 0,6 % du Produit Intérieur Brut ou 5 à 6 dollars américains par habitant (PNUD, 2004, p.9). C'est un flux beaucoup plus faible que celui observé dans les pays en développement. Selon la Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement (CNUCED, 2004), en moyenne, ces pays auraient reçu 36 dollars par an et par habitant sur la période de 1992- 2002, soit 6 fois plus que Djibouti sur la même période. Même les pays enclavés se seraient montrés plus attractifs en percevant une

moyenne de 13 dollars par tête sur la même période. Or, du fait de l'enchérissement des coûts de transport, l'enclavement est connu pour être défavorable à l'installation d'entreprises étrangères notamment pour les productions à fort contenu d'importations et destinées ultérieurement à l'exportation.

La responsabilité du faible développement du secteur privé est notamment attribuée à Djibouti par les bailleurs de fonds à l'intervention de l'Etat dans le jeu économique. Le poids économique des entreprises publiques reste important que ce soit dans le domaine de l'investissement ou de l'emploi. Par exemple en 2006, les cinq plus grandes entreprises à savoir, le port de Djibouti, l'Electricité de Djibouti, l'Office des Eaux, l'Aéroport international de Djibouti et Djibouti télécoms ont investi plus de 12 milliards de francs Djibouti, soit 47 % de l'ensemble des investissements publics. La part des entreprises publiques dans l'emploi est également non négligeable à Djibouti puisque ces cinq entreprises ont également distribué en 2006, plus de 5 milliards de francs djiboutien en salaire, soit 32 % du salaire distribué par le secteur public (Ministère de l'Economie et des Finances, 2006).

L'implication directe de l'Etat dans certains secteurs de l'économie à travers les entreprises publiques est cependant critiquée par les organisations financières internationales parce que dans la logique de ces dernières, l'Etat occupe une place qui revient « légitimement » au secteur privé. Les monopoles publics ont été créés à Djibouti dans des secteurs où le secteur privé ne s'aventure généralement pas. Pour des raisons diverses incluant un manque de confiance en leur pays, les élites djiboutiennes placent leurs avoirs à l'étranger où s'intéressent essentiellement aux activités commerciales qui demandent de faibles investissements et permettent des résultats rapides. En outre, l'idée que le secteur privé avait un rôle fondamental à jouer dans le développement s'est imposée très tôt à Djibouti. En 1984, une politique de promotion du secteur privé est mise en place : un nouveau code d'investissement accordant de nombreux avantages fiscaux aux investisseurs étrangers et nationaux est mise en place. D'autre part, contrairement à de nombreux pays en développement, aucune entreprise privée n'a été nationalisée par l'Etat djiboutien.

Cependant, pour la Banque mondiale, le secteur privé ne pouvait pas se développer dans un contexte où l'État est omniprésent et omnipotent. Son omniprésence, si elle a permis l'essor des entreprises publiques n'a pas eu que des effets bénéfiques pour l'économie nationale. La domination du secteur public sur certains espaces économiques a eu pour conséquence de bloquer le développement de l'entreprise privée et de freiner les échanges d'expériences entre divers acteurs économiques (Banque mondiale, 2001, p. 144). Les investissements publics importants et l'aide extérieure massive n'ont pas créé la dynamique espérée et amélioré la compétitivité du pays. Ils ont même exercé un effet d'éviction sur le secteur privé dans le renchérissement des coûts de facteurs de production (coûts salariaux, coûts d'énergies, etc.) (Gombor, 2011, p. 212). La capacité d'attractivité d'une petite et pauvre économie est limitée. Cette contrainte serait encore aggravée selon ce dernier par « *la croissance de la taille de l'Etat qui a affecté le dynamisme de secteur privé et maintenu l'économie dans un état de sous compétitivité* ». L'État djiboutien, employeur en dernier ressort depuis l'indépendance, doit donc dans cette logique se désengager de la sphère productive en endossant à temps et de façon judicieuse le diagnostic de ses impasses, de ses dysfonctionnements et de ses limites.

Le secteur privé ne pouvait pas se développer aussi dans la mesure où l'État avait échoué dans la création d'un environnement qui lui est favorable, (Mahamoud, 2008). En effet, certaines composantes du cadre économique djiboutien (coûts de facteurs de production, coûts de certains services rendus par l'État par le biais des entreprises publiques, les démarches administratives pour enregistrer une entreprise, les difficultés pour certaines entreprises de recouvrer leurs créances, etc.) ne sont pas adaptées au développement de la libre entreprise. Les démarches administratives pour enregistrer une nouvelle société sont par exemple jugées fastidieuses et coûteuses à Djibouti : « *il faut accomplir au moins 11 procédures pour créer une nouvelle entreprise à Djibouti contre 8 pour les pays de la région et 5 pour le pays de l'OCDE. Il faut aussi compter 37 jours contre 20 jours pour les pays de la région et 12 jours dans le pays de l'OCDE* » (Banque mondiale, Doing Business de 2012).

Le cadre juridique djiboutien serait aussi un frein au développement du secteur privé. Le dysfonctionnement de la justice fait que l'exécution des contrats est coûteux à Djibouti. La crédibilité du travail des magistrats est affectée par la lenteur des procédures et les dépassements de délais légaux. Il faut compter en moyenne 4 ans pour qu'une affaire trouve un dénouement à Djibouti. Pour évaluer la complexité de l'exécution d'un contrat en suivant l'évolution d'un litige et en relevant la durée et le coût nécessaires entre le dépôt de la plainte et le règlement du créancier, les données de la Banque mondiale de 2012 « Doing Business » montre que l'agent économique doit compter à Djibouti environ 1 225 jours contre une moyenne 658 jours pour les pays de la région 518 jours pour les pays de l'OCDE. Quant au coût, il peut aller jusqu'à 34 % de la dette de l'entreprise contre 23,6 % pour les pays de la région et environ 19 % pour les pays de l'OCDE. Le secteur privé djiboutien peut aujourd'hui substituer une « justice publique défaillante » à des mécanismes efficaces d'arbitrage avec la création à Djibouti du Centre international des services arbitraux, CISA et le Centre de Médiation au sein de la Chambre Internationale de Commerce et de l'Industrie de Djibouti. L'arbitrage est une procédure contentieuse de règlement de litiges par opposition à la médiation qui est une procédure à l'amiable.

A cela s'ajoute l'absence d'un cadre financier capable de soutenir le développement des entreprises privées. Le faible développement du secteur privé dans l'économie djiboutienne trouve aussi une explication logique dans les difficultés d'accès aux crédits pour les petites et moyennes entreprises. En matière de financement d'investissement, le secteur bancaire joue un rôle insignifiant à Djibouti. Le coût du capital est excessivement cher²¹. Les deux principales banques commerciales : la Banque pour le Crédit et l'Industrie Mer Rouge à capitaux détenus majoritairement par la BNP Paribas Fortis et

²¹ Les taux d'intérêt des prêts varient à Djibouti entre 18 et 25 %. Les deux principales banques du pays n'ont pas forcément le dynamisme qu'on observe sur un marché plus concurrentiel, elles doivent cependant faire face un certain nombre de risques qui aboutissent à une situation où le crédit est à la fois très coûteux et fortement rationné à Djibouti. Les banques ne peuvent pas récupérer leurs fonds en cas de faillite du débiteur. Les micro-entreprises qui dominent à Djibouti n'ont pas généralement des nantissements à faire valoir comme garantie. Ensuite les banques disposent de très peu d'information concernant leurs clients. Ce manque d'information avant la concrétisation de prêt engendre des problèmes de sélection adverse. Les deux banques ne pouvant pas discriminer les entreprises, elles traduisent le risque par une hausse des taux d'intérêt. Les banques observent aussi une certaine prudence à cause des problèmes de recouvrement des créances consenties dans les années 1980.

la Banque Indosuez Crédit Agricole Mer Rouge, filiale du Crédit Agricole de France poursuivent une politique de prêt conservatrice qui vise à minimiser les risques.

Les coûts de production (capital, main-d'œuvre, et services d'utilité publique) restent également particulièrement élevés à Djibouti et peuvent dissuader l'investissement local et étranger selon les bailleurs de fonds. Les salaires les plus élevés s'observent dans le secteur public, mais par la politique d'embauche des diplômés, le secteur privé a eu tendance à suivre les traitements du secteur public. Les salaires « élevés » érigés par le secteur public qui servent de référence aux salaires du secteur privé seraient donc un obstacle à la compétitivité du pays. Le travail agit directement sur la compétitivité d'une économie. Il participe de la formation des coûts de production à la fois par la rémunération, et par la qualité du facteur, c'est-à-dire la productivité. Djibouti a un système productif centré sur les services dont le développement est loin d'être indépendant de l'efficacité du travail. Le besoin de compétitivité est plus fort dans les services portuaires dans la mesure où les possibilités de transit peuvent se redistribuer sur la région. Surtout, le développement de certains segments comme les activités de transbordement escalées le long des grandes routes maritimes mondiales est très directement lié au coût de l'escale²².

Le surcoût du travail pénaliserait également l'emploi car plus d'un actif djiboutien sur deux est au chômage. « *Le secteur moderne fonctionne sur une base étroite d'emplois avec des salaires qui ne sont pas en relation avec la productivité du facteur travail. Des mécanismes de rationnement en résultent avec des salaires dont l'élément de rente, c'est-à-dire l'écart entre la rémunération et la productivité, est protégé par les règles et conventions du milieu urbain. Ce mode de fonctionnement du marché du travail formel est donc caractérisé par des rigidités qui font barrage aux créations d'emplois* » (PNUD, 2004, p. 33). Les salaires élevés du transport contribuent au fait que le trafic routier entre Djibouti et l'Éthiopie est principalement pris en charge par des entreprises éthiopiennes, qui paient des salaires moins élevés aux chauffeurs que ceux versés aux chauffeurs djiboutiens. En raison de l'écart

²² Parmi les ports de la région, Aden (Yémen) et Salaalah (Oman) sont les concurrents directs de Djibouti sur l'activité de transbordement.

de coût du travail avec l’Ethiopie, les transporteurs routiers djiboutiens ne sont pas compétitifs. Le secteur est pourtant très intéressant dans la mesure où beaucoup d’emplois, directs et indirects sont associés à cette activité. L’essentiel du trafic de transit utilisant le port de Djibouti et à destination ou en provenance de l’Ethiopie est acheminé par la route. En moyenne, plus de 2 000 camions lourdement chargés empruntent chaque jour le corridor Sud du pays (Fonds de Développement Routier, 2010).

Ces salaires élevés influencent également à la hausse les coûts unitaires de la prestation des services publics (eau, électricité, téléphone, etc.). La politique de réduction des coûts des facteurs de production repose sur trois facteurs principalement. Elle s’appuie en premier lieu sur le désengagement de l’Etat et l’implication du secteur privé dans la gestion et dans le financement des services publics. L’Etat procède également à une déréglementation du marché du travail afin de s’assurer à une plus grande flexibilité dans la détermination des barèmes salariaux. La déréglementation du marché du travail opérée par le Gouvernement depuis la fin des années 1990 a conduit à un abandon des conventions nationales de travail et a remis en cause l’intervention de l’Etat jugée inappropriée, en supprimant les autorisations de licenciement. L’ancien code du travail (inchangé depuis 1952²³) comprenait un certain nombre de réglementations qui empêchent le bon fonctionnement du marché du travail selon les pouvoirs publics. Les exemples de ces réglementations sont notamment :

- salaires minimums différents pour chaque catégorie professionnelle dans les secteurs public et privé,
- règles strictes pour les licenciements et départs, limitant les options des employeurs pour licencier des travailleurs pour raisons économiques, provisions qui augmentent le coût du licenciement et du recrutement du personnel étranger,
- des taux élevés d’heures supplémentaires et de congés annuels minimum (cinq semaines plus les jours fériés officiels).

La flexibilité du marché du travail s’est traduite aujourd’hui par le développement d’un réseau d’agences d’intérim sans cadre juridique légal.

²³ Le code du travail d’Outre mer promulgué en 1952 est resté en vigueur à Djibouti jusqu’en mars 2006.

Certaines agences comme l'entreprise « Djibclean » même sans cadre juridique sont depuis 2007, parmi les premiers employeurs du pays. La précarité de ces agences entretient un manque de transparence et une inefficacité des placements à des conditions qui n'assurent pas forcément la création d'emplois avec une baisse significative du coût du travail.

2.3 Les formes de marchandisation du secteur public djiboutien

On observe principalement les trois aspects de la marchandisation développés dans le premier chapitre :

- la privatisation des entreprises publiques : selon le sens commun il s'agit du transfert de propriété d'une entité publique vers le secteur privé. Au niveau de la gestion celle-ci sera gérée selon la règle du marché et du monde de l'entreprise privée. L'impact de privatisation des entreprises publiques reste cependant très limité à Djibouti. La taille du marché local constitue sans doute un élément d'explication.

- l'externalisation de la gestion des entreprises publiques : tout en conservant la propriété totale de l'entreprise, l'Etat transfère la gestion au secteur privé. Cette stratégie est utilisée notamment pour le secteur de transport : Port et Aéroport, port de pêche.

- la nouvelle gestion des établissements publics de soins : les entités publiques recourent à des techniques managériales qui viennent du secteur privé. Il s'agit tout en gardant la propriété au niveau du secteur public, de faire en sorte que les entités publiques adoptent des règles de fonctionnement issues du secteur privé. Le tableau suivant permet de synthétiser l'ensemble des politiques de marchandisation à Djibouti et les secteurs concernés.

Tableau 11 : Les formes de marchandisation du secteur public djiboutien

Formes	Conséquences au niveau de la propriété	Secteurs concernés
Privatisation	Passage du public au privé	- Santé : Pharmacie de l'Indépendance - hôtellerie : hôtel Sheraton
Externalisation	Une entreprise privée gère une organisation publique à la place de l'Etat	Port de Djibouti, Aéroport, Port de pêche
Privatisation du financement de la santé	Paiement au comptant de services publics de santé jusqu'ici assurés gratuitement par le secteur public.	Etablissements publics de soins
La nouvelle gestion des établissements publics : - autonomie de gestion - implication de la population dans la gestion des structures de soin - décentralisation de services de santé	Public mais davantage de fonctionnement selon la règle du marché	Etablissements publics de soins

Source auteur

2.3.1 La mise en œuvre limitée de la privatisation des entreprises publiques faute de repreneurs

Dans le monde, la privatisation des entreprises publiques a fait l'objet d'un grand nombre de recherches théoriques et empiriques. La problématique de la performance relative de l'entreprise privée comparée à celle de l'entreprise publique a particulièrement été examinée par de nombreux auteurs (Boardman et Vining, 1989 ; Charreaux, 1997 ; Villalonga, 2000 ; Dumontier et Laurin, 2003 ; Yaya Sanni, 2007 ; etc.) et le postulat commun qui se dégage de l'ensemble de ces recherches indique que la privatisation aurait un impact positif sur la performance économique des entreprises publiques car le comportement de la firme ne serait pas le même selon qu'il s'agit du secteur public ou du secteur privé. Encore faut-il

trouver des candidats pour reprendre les entités à privatiser. Dans les pays en développement, on a trop tendance à penser qu'il suffit de privatiser ou ouvrir des zones franches pour que les investisseurs étrangers arrivent massivement. Les investisseurs qui acceptent de venir dans un pays en développement font un choix stratégique fondamental (produire à moindre coût, profiter du potentiel de croissance des marchés du pays d'accueil, de l'existence des compétences particulières en prenant en compte le degré d'exposition des risques en tous genres, etc.).

A Djibouti, l'objectif du Gouvernement était d'abord d'améliorer la performance des entreprises publiques en les privatisant. Certaines entreprises publiques, en particulier les services de l'eau et de l'électricité, se caractérisent par la faible qualité de leur service, avec des interruptions occasionnelles de services et une situation financière en détérioration. Plusieurs textes réglementaires ont été élaborés entre 1998 et 1999. Il s'agit notamment :

- de la loi du 11 mars 1998 portant sur la réforme des sociétés d'Etat et des établissements publics à caractère industriel et commercial,
- la loi du 21 janvier 1998 portant sur la définition et la gestion des établissements publics à caractère industriel et commercial, ainsi que
 - le décret du 08 juin 1999 portant sur la réforme des sociétés d'économie mixte et des établissements publics à caractère industriel et commercial.

Ce programme de privatisation visait, en second lieu, la recherche d'avantages macroéconomiques. Le transfert de certaines organisations publiques au secteur privé est sensé contribuer au développement économique par l'amélioration des activités et des services de ces sociétés, par la modernisation des méthodes de travail et par les répercussions positives attendues sur les conditions de travail et le niveau de vie des travailleurs. La participation du privé dans certains services publics tels que l'énergie, l'eau, les transports ou les télécommunications devait répondre aux besoins de la population et des acteurs économiques. Les services publics marchands restent particulièrement chers à Djibouti. L'électricité est sans doute le facteur le plus handicapant pour les entreprises. La stratégie du Gouvernement repose sur le désengagement de l'Etat et l'implication du

secteur privé dans la gestion et le financement des services publics. Une telle stratégie devrait avoir à terme deux impacts bénéfiques : l'amélioration de la productivité dans ce secteur grâce à une meilleure gestion et au transfert de technologie et de savoir-faire, et à une libération de ressources publiques limitées et la réduction de l'endettement public global à travers le recours au financement privé (Hassan, 2004, p. 32). Le transfert des organisations publiques vers le secteur privé devait aussi contribuer à diminuer la charge financière que constituent ces sociétés pour le budget de l'Etat.

Par la privatisation des entreprises publiques, le Gouvernement djiboutien misait également sur le développement du secteur privé et notamment pour attirer les investisseurs étrangers sensés apporter de l'argent frais et de nouvelles méthodes de management. L'investissement direct étranger (IDE) est souvent présenté comme la panacée de problèmes économiques des pays pauvres. Par rapport aux entreprises nationales, les entreprises multinationales étrangères disposent en général de divers atouts : savoir-faire technologique, facilité de financement, méthodes modernes de management. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle de nombreux gouvernements ont mis en place des politiques destinées à les attirer. La privatisation des entreprises publiques constituait un signal de l'engagement du Gouvernement vis-à-vis du secteur privé dans le but d'attirer l'investissement direct étranger.

Mais en dépit de la mise en place d'un programme de privatisation, l'impact de privatisation reste limité à Djibouti. Seules deux petites entreprises ont trouvé des repreneurs. Il s'agit de la Pharmacie de l'indépendance acquise par son directeur et de l'Hôtel Sheraton, vendu par l'Etat à un commerçant djiboutien. En Afrique subsaharienne, la plupart du temps les privatisations se déroulent dans un contexte de ressources limitées au sein d'économie de petite taille (Metougue, 2005). Par ailleurs, dans un contexte où il est déjà difficile de mobiliser des capitaux privés étrangers, il est encore plus incertain d'attirer des repreneurs d'entreprises publiques. A Djibouti, la petite taille de l'économie peut rendre la privatisation peu attractive. Mais il faut aussi souligner que beaucoup d'entreprises publiques n'avaient aussi aucune chance de fonctionner même

après injection de capitaux : la Laiterie de Djibouti, l'usine de production de l'eau de Tadjourah et la société nationale des aliments de bétail (SAB) ont déposé le bilan en 1999. Ces entreprises ont été créées au début des années 1980 dans le but de substituer une production nationale aux importations. Cependant, la fiabilité économique de ces projets a largement été critiquée. Les services de l'eau, de l'électricité, et de la poste de Djibouti, le chemin de fer transformés en société anonyme et proposés à la privatisation depuis 1999 n'ont pas encore trouvé d'acquéreurs. La situation financière très déficitaire ou les installations physiques de ces entreprises ne sont pas séduisantes pour les éventuels investisseurs.

Dans un environnement institutionnel incertain, les opérateurs internationaux hésitent aussi à se lancer dans des formules de privatisation qui impliqueraient un important volume de coûts irrécupérables. Selon l'indice de perception de corruption dans le monde publié chaque année par l'Organisation de Transparence Internationale, Djibouti présente un niveau de corruption élevé. En 2011, elle se classe à la 100^{ème} place sur un total de 178 pays avec un score de 3, la valeur 10 correspondant à une absence de corruption²⁴. Le manque de transparence, corruption dans le domaine des marchés publics, partialité, favoritisme et népotisme dans les procédures administratives et juridiques peuvent aussi influencer négativement sur le climat des affaires à Djibouti.

2.3.2 L'externalisation de la gestion des entreprises publiques du secteur de transport

A Djibouti, l'externalisation de la gestion des entreprises publiques a obtenu les faveurs des investisseurs étrangers, car elle permet de tirer profit de l'entreprise publique qu'ils reprennent sans avoir à supporter l'engagement financier que nécessite une privatisation intégrale. Grâce à l'externalisation, les investisseurs mettent le pied dans une entreprise du secteur public, ce qui leur procurera un avantage en cas de privatisation

²⁴ L'indice de perception de la corruption mesure les perceptions de corruption par le milieu des affaires et les analystes par pays. Il varie entre 10 (niveau de corruption très bas) et 0 (très corrompu).

ultérieure. L'externalisation de la gestion des entreprises publiques peut être également souhaitable du point de vue du Gouvernement djiboutien, puisqu'elle permet de contribuer à assurer une transition en douceur vers la privatisation. En effet, bien que n'impliquant pas la cession de l'entreprise, elle aboutit généralement à des réformes structurelles qui permettent aux entreprises publiques concernées de devenir « rentables », ce qui les rend nettement plus intéressantes aux yeux des investisseurs privés potentiels lorsque la véritable privatisation interviendra. En outre, la période sous gestion privée contribue habituellement à la transmission du savoir-faire. Ce point est crucial à Djibouti où le manque de savoir-faire des investisseurs locaux constituerait un obstacle majeur au développement du secteur privé. Enfin, l'externalisation peut être un moyen efficace d'accorder aux pouvoirs publics et aux investisseurs privés plus de temps pour nouer un partenariat étroit.

Dans le cadre de la réforme du secteur public, la gestion du port de Djibouti, de l'Aéroport international de Djibouti et du port de pêche a été transférée au privé. Le secteur de transport constitue le pilier de l'activité économique en contribuant actuellement pour environ un quart de la richesse nationale et 25 % des recettes publiques (Banque centrale de Djibouti, 2008). Il représente aussi une part importante des emplois salariés du pays. Le poids de ce secteur dans l'économie continue de croître avec le développement des infrastructures portuaires et la hausse des activités de transit des marchandises éthiopiennes depuis ces dix dernières années. Conscient de cette réalité, le Gouvernement souhaite développer le potentiel de développement de ce secteur en cherchant à mettre en œuvre une stratégie qui consiste à faire du port de Djibouti, un hub portuaire régional et une plateforme multimodale. Cette stratégie nécessite cependant d'entreprendre une politique d'équipements visant à développer la qualité et la capacité des infrastructures portuaire et terrestre. Pour pallier le manque de fonds et sous la pression des bailleurs de fonds, le Gouvernement a engagé des changements institutionnels destinés à favoriser une plus grande participation du secteur privé. Ces changements institutionnels ont abouti à l'externalisation de la gestion du port de Djibouti en juin 2000, suivie deux ans plus tard par celle de l'Aéroport. La gestion de ces deux entreprises

publiques est assurée par à un même opérateur, le Dubaï Ports International (DPI, DPW actuellement) pour une période de 20 ans. Ce processus de transfert de la gestion au secteur privé et le détournement de la totalité du commerce extérieur (importation et exportation) éthiopien vers le port de Djibouti en 1998 consécutif au conflit armé entre l'Erythrée et l'Ethiopie ont permis un accroissement considérable de l'activité des transports, justifiant ainsi la construction d'un nouveau port en eau profonde, capable de répondre efficacement aux nouvelles conditions du transport. Le site Doraleh, situé à 8 km du port actuel de Djibouti vient de recevoir un complexe portuaire avec une zone franche industrielle et commerciale associée qui a mobilisé un financement privé global de 400 millions de dollars américains pour désengorger le port de Djibouti. Celui-ci était confronté à un problème de capacité tant en termes de tirant d'eau et de stockage des conteneurs. Avec une profondeur de 12,5 m, la capacité du terminal à conteneur était limitée à l'accueil des navires de 4000 EVP. Or les nouvelles générations de porte-conteneurs peuvent transporter plus de 12 000 EVP et nécessitent un tirant d'eau de plus de 18 m. Depuis 2000, les activités portuaires ne cessent d'augmenter. De 1,5 millions de tonnes en 1996, le volume de son trafic est passé à presque 8 millions de tonnes en 2007. Le chiffre d'affaires du port enregistre aussi une forte croissance. Sur la période de 2000-2007, il est passé de 6,79 milliards de FDJ (38,2 millions \$US) à 20 milliards FDJ (112, 5 millions de \$) US) (Banque centrale, 2008).

Tableau 12 : Evolution du trafic des marchandises et du trafic conteneurisé du port de Djibouti de 2000 à 2008

Année	2000	2002	2004	2006	2008
Evolution du trafic de marchandises en tonne	3 916 395	4 409 434	4 787 934	5 489 589	7 502 319
Evolution du trafic du terminal à conteneur en EVP	127 126	178 405	159 359	2213 30	294 902

Banque centrale de Djibouti 2008.

Le choix de Dubaï pour gérer le port de Djibouti est dicté par la volonté d'amener le Port à un niveau de gestion international dans un contexte très concurrentiel. L'expertise de Dubaï est reconnue en matière de gestion portuaire. Le DPW gère plusieurs ports et terminaux dans le monde. La gestion privée du Port lui apporte aussi de la rigueur et de la sécurité. Toutefois la forte augmentation des activités portuaires provient notamment de la décision des autorités éthiopiennes de mai 1998, qui ont fait de Djibouti le seul débouché maritime de leur pays. Djibouti s'est vu offrir donc l'un des plus grands marchés de l'Afrique avec plus de 80 millions de consommateurs. La croissance des activités portuaire est adossée sur la demande éthiopienne.

Le transfert de gestion vers l'opérateur privé s'est fait cependant dans un certain flou juridique et institutionnel. Les termes du contrat entre l'exécutif et la société qui gère le Port sont restés confidentiels et il est difficile de déterminer avec précision le degré d'intervention de l'Etat ainsi que les modalités de partage des profits réalisés par le port de Djibouti. Il conviendrait selon le PNUD (2004, p.65) « *de mieux définir le rôle du DPI, car celui-ci s'est trouvé subrogé à l'Etablissement public industriel et commercial sans qu'aucun texte ne définisse son cadre juridique et ses relations avec l'autorité publique. Cette clarification permettra d'établir le statut du personnel et le règlement intérieur* ». Le port de Djibouti est crée en 1980. Initialement, il s'agissait d'un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Le management actuel du port de Djibouti suscite aussi un climat social difficile chez le personnel. Le transfert des savoirs espéré par la partie djiboutienne tarde à se concrétiser (Mahamoud, 2008, p. 29). L'assistance technique extérieure ne vise pas forcément à renforcer les institutions locales ou d'assurer le transfert des connaissances aux locaux. La main d'œuvre locale serait à Djibouti coûteuse et principalement non qualifiée, ce qui minimise les perspectives d'un transfert de compétences. La bataille à gagner se situe également du côté de l'emploi car aujourd'hui même pour les tâches d'exécution, le Port fait appel à une main d'œuvre étrangère. Ainsi par exemple même les mécaniciens sont recrutés directement à partir de Dubaï.

En 2004 la gestion du Port de pêche est aussi transférée à une société privée iranienne connue sous l'appellation DMMI, (Djibouti Maritime Management Investment) dans le but de dynamiser un secteur souffrant de difficultés d'exploitation. Djibouti est pourvue d'une côte maritime de 372 Km qui offre des potentialités halieutiques non négligeables. Le secteur de la pêche constitue un des rares secteurs où Djibouti dispose d'un potentiel énorme. Les ressources halieutiques sont abondantes mais peu exploitées. La quantité autorisée annuellement est estimée à plus de 48 000 tonnes. Elle correspond au potentiel halieutique des eaux territoriales sans porter atteinte à la biomasse. Mais le secteur de la pêche demeure une profession dominée par des structures et techniques encore artisanales (lignes, filets). La consommation est faible (1,5 kg/hab/an) et les pêcheurs et les femmes qui vivent du commerce de la pêche artisanale continuent à être parmi les groupes les plus pauvres du pays. Dans le pays, il n'y a aucune activité de transformation des produits halieutiques. Le réseau de distribution est totalement défaillant en raison de l'absence de moyens de transport en froid mais aussi des habitudes alimentaires des populations où la consommation du poisson n'est pas répandue. La gestion privée n'a rien changé, la production annuelle a dû mal à franchir le cap de 1500 tonnes, soit un niveau d'exploitation d'environ 3 % du potentiel national de pêche.

Tableau 13 : La production nationale sur la période 2000-2007 exprimée en tonnes

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Production	806	840	821	850	1571	1300	1229

Source : Direction de la pêche

Cependant, si le port de Djibouti et dans une moindre mesure l'Aéroport international et le port de pêche ont pu intéresser les investissements privés, ce n'est pas le cas du chemin de fer qui peine à séduire le secteur privé malgré l'empressement des gouvernements djiboutien et éthiopien (copropriétaires du chemin de fer) et des bailleurs de

fonds. L'Union européenne a alloué une somme de 40 millions d'Euros pour la réhabilitation du chemin de fer quand les deux gouvernements ont proposé la privatisation de l'entreprise en 1998. Le chemin de fer, principal moyen d'acheminement du commerce éthiopien au début du siècle et qui a permis au port de Djibouti de connaître un développement a cessé son activité faute de repreneurs. Le trafic éthiopien est actuellement entièrement confisqué par le transport routier. Le chemin de fer reliant Djibouti à l'Ethiopie a été construit il y a environ un siècle, puisque les travaux de construction ont débuté en 1817 pour prendre fin en 1917. Plus 680 km de la ligne du chemin de fer se trouve en territoire éthiopien et 100 km seulement en territoire djiboutien. Partant de Djibouti au niveau de la mer, le chemin de fer traverse les hauts plateaux éthiopiens pour arriver dans la capitale éthiopienne à environ 2 400 km d'altitude. Il souffre, de par sa configuration, d'un tracé et d'un profil assez sévères du fait notamment des reliefs traversés. Il souffre également d'un délabrement avancé aussi bien au niveau du rail que de matériel roulant, qui n'ont pas bénéficié d'entretiens substantiels depuis les années 1980. Progressivement, il a subi des dégradations qui provoquent en conséquence des accidents et des déraillements à répétition qui ont sérieusement affaibli sa crédibilité. Dans un tel contexte il est impossible au chemin de fer d'assurer une production à la hauteur de la demande engendrée par le détournement du trafic éthiopien, qui s'est donc massivement porté sur la route. Ainsi en 2007, le volume de fret assuré par le rail vers l'Ethiopie ne présentait que 1 % contre 60 % dans les années 1960, plus grave encore, le chemin de fer a cessé toute activité fin 2008, tandis que le trafic des voyageurs s'est arrêté depuis 2003.

Conclusion

La politique de marchandisation du système de santé djiboutien s'inscrit d'une vaste réforme de l'économie nationale engagée par le Gouvernement au début des années 1990. Pour comprendre cette réforme et les implications dont elle est porteuse, nous avons étudié successivement les facteurs qui sont l'origine et ses formes principales. La mise en œuvre des politiques de marchandisation s'explique à Djibouti principalement par deux facteurs dont les effets s'additionnent. La crise économique du début des années 1990 a réduit les ressources de l'Etat et a obligé le Gouvernement à adopter de nouvelles pratiques visant à améliorer le rapport coût/bénéfice de l'argent du contribuable investi dans les services publics. Ce qui a conduit notamment une réforme de ce secteur public.

Cette réforme vise aussi à confier au seul marché la production des services publics. Au début des années 1990, la gestion de l'Etat a fait l'objet à Djibouti des critiques acerbes de la part de la Banque mondiale notamment. Pour cette institution, si l'Etat a eu le mérite de jeter les bases économiques du développement dans les secteurs- clés (éducation, santé, infrastructures économiques), il n'a toutefois pas fait preuve de performance dans sa gestion du développement. Ce sont d'abord les performances techniques et économiques du secteur public qui sont jugées insuffisantes. Ce secteur s'acquitterait beaucoup moins bien sa mission, et avec un coût plus élevé que les entreprises privées parce qu'il ne connaît pas le ressort du profit et de la stimulation de la concurrence. L'efficacité sociale des dépenses publiques est ensuite contestée. La marchandisation vise aussi à développer un secteur privé considéré comme le moteur du développement mais étouffé selon les bailleurs de fonds par un secteur public très puissant qui s'accapare les rares ressources (financières et humaines) disponibles et qui tire en même le salaire à la hausse. On retrouve dans le cas de Djibouti aussi les deux principaux facteurs à l'origine de la marchandisation développés dans le premier chapitre : les difficultés économiques de l'Etat dans un contexte de crise économique et la montée en puissance de l'analyse néolibérale très critique à l'action de l'Etat par principe.

Le désengagement de l'Etat préconisé par les bailleurs de fonds devait être synonyme de privatisation dans le cas de Djibouti en transférant au secteur privé la responsabilité des investissements nécessaires au développement de l'économie nationale. Cependant, peu d'entreprises publiques ont trouvé des repreneurs. Les modestes résultats de la privatisation tiennent premièrement à la taille de l'économie djiboutienne. La capacité d'attractivité d'une petite économie de 800 000 habitants au pouvoir d'achat limité reste faible. Dans un environnement institutionnel incertain, les opérateurs internationaux hésitent aussi à se lancer dans des formules de privatisation qui impliqueraient un important volume des coûts irrécupérables. Les résultats modestes de la privatisation remettent en cause les bénéfices attendus d'une politique de marchandisation. Faute de repreneurs, l'Etat djiboutien ne peut pas se « débarrasser » des entreprises publiques déficitaires. Le processus de marchandisation n'a eu peu d'effets sur le développement d'un secteur privé formel à Djibouti.

Le troisième chapitre s'attache à analyser plus particulièrement les formes de marchandisation privilégiées dans le secteur de la santé. Il a pour objectif de montrer que même si le transfert de propriété ou de gestion des organisations publiques vers le secteur privé est rare dans ce secteur, la propriété publique des établissements de soins ne libère pas les populations de la prise en charge des soins.

Chapitre 3 : Un système de santé djiboutien au cœur de politiques de marchandisation du secteur public

Dans un grand nombre des pays en développement, le premier défi reste la mise en place effective d'un système de santé de base. En termes d'infrastructures, le secteur de la santé est en retard sur une croissance démographique soutenue. L'insuffisance des moyens matériels et financiers ainsi que des dysfonctionnements organisationnels propres aux pays du sud expliquent en grande partie la situation sanitaire dramatique d'un certain nombre de pays en développement (Hamdouch et Depret, 2005). Les défaillances de fonctionnement du service public et l'insuffisance des crédits affectés à la santé entraînent non seulement une hausse des dépenses dans le secteur privé mais aussi la création d'un véritable marché parallèle des soins au sein même du secteur public à Djibouti. Depuis les années 1990, dans un contexte de crise économique et de restriction budgétaire, le secteur de la santé a connu des difficultés grandissantes pour assurer à la population l'accès à des soins de qualité. Le Gouvernement djiboutien poussé par certains partenaires au développement encourage alors la marchandisation du système de santé. Ce troisième chapitre se focalise sur les formes de marchandisation privilégiées dans le domaine de la santé à Djibouti. Dans les chapitres 3 et 4, les données issues de l'analyse documentaire sont complétées par celles issues des entretiens semis-directifs avec les gestionnaires des structures publiques de soins. Le premier point de ce chapitre résume la méthodologie de la collecte des données auprès de structures de soins. Le deuxième point fait une description du système de santé djiboutien dans ses principales caractéristiques au début de la décennie 1990. La marchandisation du système de santé intervient à Djibouti dans un contexte où la plupart des organisations publiques de santé connaissent des problèmes de financement et d'organisation et de fonctionnement. Le troisième point de ce chapitre étudie les principales formes de marchandisation proposées par le Gouvernement en 1999. La réforme du système de santé s'appuie à Djibouti principalement sur deux lois : la loi n° 48 de 3 juillet 1999 « *Portant Orientation de la Politique de Santé* » et la loi n°63 du 23 décembre 1999 « *portant réforme hospitalière* ».

3.1. Méthodologie de la collecte de données sur le terrain

Depuis la réforme de juillet 1999, le système de santé est organisé à Djibouti sur un modèle à trois niveaux aussi bien sur le plan administratif que technique. Au plan administratif, le niveau central composé essentiellement du cabinet du Ministre, du secrétaire général et des différentes directions centrales élabore les politiques de santé et assure la coordination et l'évaluation des activités de santé. Il incombe également au niveau central de mobiliser les ressources et d'assurer la coordination avec les bailleurs de fonds. Au niveau des régions, au plan administratif, ce sont les équipes de régions dirigées par les médecins chefs qui sont les premiers responsables sanitaires des régions administratives.

Les structures publiques de soins sont aussi classées en fonction de la technicité des soins offerts. Le premier niveau de soins est constitué par les postes de santé en milieu rural et les centres de santé communautaires en milieu urbain. Le deuxième niveau est composé par les Centres Médicaux Hospitaliers qui jouent le rôle d'hôpital régional. Le troisième niveau de soins (tertiaire) est constitué par les établissements publics de référence nationale. Cette architecture d'implantation des unités de soins ressemble à une pyramide ayant une base assez large, composée de centres et postes de santé (voir schéma 1).

Le poste et le centre de santé constituent l'unité de base du système de santé. Géré en théorie par un infirmier, le poste de santé assure en milieu rural des activités de soins et de prévention. Il est rattaché au centre médical-hospitalier dans les régions de l'intérieur. Actuellement, un centre médical-hospitalier fonctionne dans chaque région de l'intérieur. Il dispose d'une maternité et d'un service de médecine. Il sert de recours au poste de santé. Le centre de santé assure au niveau de la capitale les mêmes activités que le poste de santé. Les hôpitaux de référence nationale dispensent des soins spécialisés notamment en matière de maternité, de pédiatrie, de lutte contre la tuberculose. Ils servent de recours aux autres structures de soins. Ils jouissent une autonomie de gestion depuis les années 2000.

Schéma 1 : Une organisation pyramidale de l'offre publique de soins

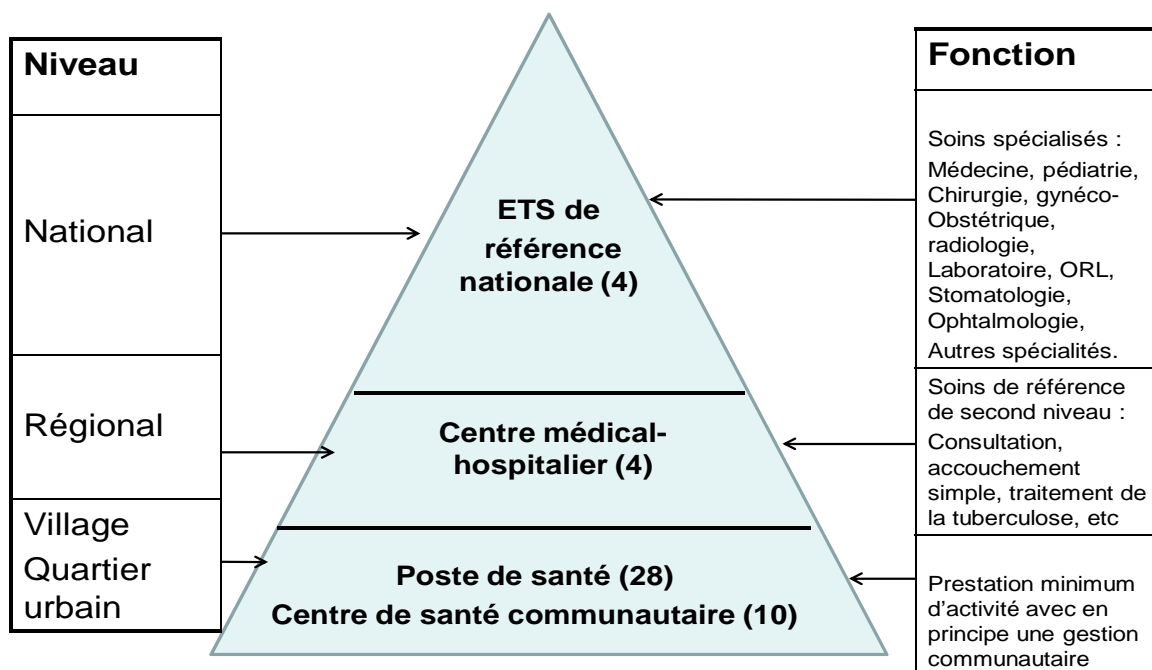


Figure construite à partir de la loi n° 48 de juillet 1999.

Sur la base d'un échantillonnage reflétant le niveau hiérarchique, les gestionnaires de l'Hôpital Peltier, la maternité de Dar El Hanan, le centre de lutte contre la tuberculose Paul Faure, l'hôpital de Balbala, le centre médical-hospitalier d'Ali Sabieh, le centre médical-hospitalier d'Obock, le centre santé communautaire de Farah Had, le centre de santé communautaire d'Arnaud, le poste de santé de Holl Holl, le poste de santé de PK 12, ont été interrogés. Les 4 premiers établissements cités constituent les structures de référence nationale. Ils emploient actuellement 85 % du personnel médical et représentent environ 90 % de lits d'hospitalisation du secteur public.

L'objectif recherché était à la fois de bien cerner les formes de marchandisation privilégiées par le Gouvernement dans le domaine de la santé mais aussi de comprendre les impacts de la marchandisation pour les usagers du système de santé et pour les établissements publics de soins.

Dans le contexte de notre étude, l'entretien semi-directif est le mieux adapté afin de mener un plus travail qualitatif. À la différence de l'enquête par questionnaire qui s'appuie sur une définition à priori des catégories de réponses, sur lesquelles le répondant est obligé de se déterminer, l'entretien individuel privilégie le témoignage spontané et non contraint de la personne interrogée (Blanchet et Gotman, 2007). L'utilisation d'un guide d'entretien, véritable support et fil conducteur de l'échange permet aussi d'aborder la totalité des thèmes de l'entretien et de façon identique avec tous les répondants.

Au total 16 entretiens ont été réalisés. Les établissements de soins ont été choisis en fonction de technicité des soins offerts (voir annexe p. 269, les fonctions des dirigeants rencontrés et la place de leur établissement dans la pyramidale de l'offre de soins). Les personnes interrogées ont été choisies en fonction de responsabilité occupée dans leur établissement. Ce guide d'entretien résume les principaux thèmes abordés avec les responsables des structures de soins (voir tableau 14).

Les entretiens se sont déroulés entre mars 2009 et août 2010 à Djibouti. Au cours de chaque entretien, d'une durée d'environ une heure le guide d'entretien a été rempli en face à face. Les réponses ont fait l'objet d'une prise de notes systématique puis d'un compte rendu. La garantie de confidentialité (Nom et propos) a favorisé l'expression de propos libres et riches. Sont présentées et analysées dans ce chapitre et le suivant, les réponses et les remarques les plus fréquemment relevées lors des entretiens.

Tableau 14 : Guide d'entretien avec les responsables des établissements publics de soins

Thèmes du guide d'entretien	Questions de cadrage
1. Evolution de l'établissement avant et après la réforme des années 1990	<ul style="list-style-type: none"> - offre de soins - financement - organisation - autres
2. Réforme de 1999 : formes	<ul style="list-style-type: none"> - privatisation -externalisation de certaines activités de l'établissement - autonomie - décentralisation, - participation de la population dans la gestion de l'établissement -autres
3. Implication de cette réforme pour l'établissement de soins	<ul style="list-style-type: none"> - niveau de ressources financières collectées - évolution de ces ressources - affectation de ces ressources : - personnel, - achats de médicaments - autres
4. Impacts de cette réforme pour les usagers	<ul style="list-style-type: none"> - prix de service public de santé - offre de soins, - accessibilité financière, -accessibilité géographique - autres
5. Activité privée d'établissement public	<ul style="list-style-type: none"> - réglementation, - recettes générées, - répartition - autres
6. Etudes sur le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> -rapports, - plan de développement sanitaire -statistiques - autres
7. Dépenses publiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - niveau - évolution - répartition - affectation -exécution - autres

3.2 Les principales caractéristiques du système de santé djiboutien avant la réforme de 1999

Quatre caractéristiques définissaient le système de santé avant la réforme de 1999 :

- les services publics de santé étaient disponibles pour tous et gratuitement,
- le secteur de la santé n'était pas prioritaire dans le budget de l'Etat,
- il existait aussi une certaine désorganisation de l'offre publique de soins,
- Djibouti n'avait pas également de bons résultats en matière de santé.
-

Ces différents points sont analysés dans ces sous-sections.

3.2.1 Un service public de santé disponible pour tous et gratuitement

Jusqu'à la fin des années 1990, l'organisation du système de la santé djiboutien était simple. Dans la logique de l'Etat providence qui prévaut après l'indépendance, Djibouti a fait le choix d'une santé gratuite et entièrement organisée par l'Etat. Celui-ci établit la politique de santé et dispose des structures de santé financées par les recettes publiques et l'aide publique au développement. Ce qui a permis d'ouvrir la voie à la satisfaction des besoins essentiels de la population djiboutienne et, cela dans une perspective de modernité. L'héritage colonial consistait en un système de soins limités à quelques fonctions (contrôle des grandes endémies, soins de base aux travailleurs des complexes industriels, etc.). A partir de ce système de santé embryonnaire et peu accessible, l'Etat djiboutien après l'indépendance, s'efforce de mettre en place un système de santé national pour rattraper très rapidement le retard du pays en matière d'assistance sanitaire, ce qui l'amène à s'engager dans des programmes souvent trop ambitieux par rapport aux moyens du pays. Les services de santé étaient disponibles pour tous et gratuitement. La population était couverte par les

installations du ministère de la Santé quel que soit l'âge, le statut socio-économique ou de nationalité. En conséquence, les malades traversent la frontière de Somalie et de l'Éthiopie pour obtenir ces services dans les dispensaires et aux hôpitaux publics de la capitale et le plus souvent pour des maladies de longue durée dont les soins sont plus onéreux (Tuberculose, SIDA). Plus de 60 % des personnes hospitalisées pour une tuberculose ne sont pas de Djibouti comme le rapporte plusieurs documents officiels. La gratuité des soins est la raison invoquée par le Gouvernement et les bailleurs de fonds pour expliquer la venue d'un nombre important de patients venus des pays voisins pour trouver des soins à Djibouti, provoquant ainsi la déstabilisation des structures de soins. Selon la Banque mondiale (2001, p. 18) : « *les indicateurs de santé sont très faibles et à la baisse, et les maladies infectieuses, le VIH/SIDA, et la malnutrition semblent se propager rapidement. Les installations de soins sont assaillies par les patients en provenance de l'Éthiopie et de la Somalie. Le fait que les soins de santé sont gratuits contribue à l'afflux de réfugiés à la recherche d'un traitement à Djibouti* ». Le taux de migration est l'un des plus élevés au monde (3,1 %). La population « réfugiée », issue des pays voisins est estimée environ 20 % de l'ensemble de la population djiboutienne (DSRP, 2004). Pour une faible part elle vit dans des camps de réfugiés, où les besoins essentiels sont pris en charge par les organismes internationaux et des ONG caritatives. La plus grande partie serait, selon les autorités djiboutiennes, installée dans le pays en situation irrégulière. Cette gratuité était d'ailleurs que relative puisque les médicaments étaient souvent absents des structures publiques des soins, et ne peut expliquer à elle seule, les difficultés du système de soins à fournir une offre de services appropriée et de qualité. A partir des années 1990, l'indisponibilité des médicaments constitue le principal problème auquel est confronté le secteur public de la santé à Djibouti. L'approvisionnement en médicaments se faisait souvent sous forme de dons extérieurs mais avec le tarissement de l'aide et le budget de l'État qui ne permet pas de subvenir aux besoins les plus élémentaires, la disponibilité des médicaments n'est pas régulièrement assurée. Il est cependant réel que les établissements publics de soins de Djibouti sont un rayon de plusieurs centaines de kilomètres, les seules auxquelles ont accès les populations vivant dans les zones

limitrophes à l’Ethiopie et de la Somalie, où le système de soins est quasiment inexistant. La France, ancienne puissance coloniale, devenue partenaire au développement a cependant pendant longtemps pallié les pénuries d’expertises et de ressources financières. Les assistants techniques français ont assuré jusqu’en 2000 l’encadrement de la plupart des services clés des hôpitaux publics et ont financé une grande partie des équipements dans les structures publiques.

3.2.2 Une dépense de santé non prioritaire dans le budget de l’Etat

Augmenter les ressources publiques pour le secteur de la santé renvoie à la problématique centrale de l’élargissement de l’espace budgétaire. La mobilisation des ressources publiques dépend en effet à la fois du potentiel fiscal mais aussi de la volonté politique pour réaliser des arbitrages budgétaires en faveur de la santé. Et on peut s’interroger quant à la volonté de l’Etat djiboutien à affecter plus de ressources publiques au secteur de la santé. Trois éléments se conjuguent principalement pour le secteur de la santé djiboutien. L’allocation budgétaire du secteur public reste faible en comparaison à d’autres pays et à d’autres secteurs comme l’éducation ou la défense nationale par exemple. Le taux de décaissement du budget de la santé reste faible également, ce qui rend aléatoire le fonctionnement adéquat des structures publiques de santé. Du fait de la faible mobilisation des ressources internes, le financement des investissements et des dépenses de fonctionnement du secteur public sont largement tributaires des contributions extérieures imprévisibles et volatiles.

3.2.2.1 Un faible niveau de dépenses publiques de santé

Si l’on se réfère à la charte de l’Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* ». Cette définition, très extensive, implique que la santé est unanimement reconnue nécessaire à la vie. Son caractère à la fois

indispensable et fragile démontre toute l'importance qu'il y a à la protéger et à la sauvegarder. Cependant, la santé n'a peut-être pas de prix mais les soins de santé coûtent de l'argent et il n'est pas possible d'éluder les problèmes de financement de la santé et d'efficacité des dépenses particulièrement dans les pays pauvres dont les ressources sont faibles. L'Afrique subsaharienne supporte 25 % du fardeau global de la maladie ; 60 % de personnes vivant avec le VIH/ Sida y vivent, elle supporte le fardeau de la tuberculose et le paludisme le plus lourd dans le monde, pourtant l'Afrique subsaharienne effectue moins de 1 % des dépenses générales de la santé (OMS, 2006). Avec un faible taux de revenus par habitant, des perspectives de croissance souvent limitées et des situations politiques parfois mouvementées, les pays d'Afrique subsaharienne sont souvent confrontés à de très durs défis dans le financement de la santé. On constate cependant, dans une certaine mesure, que la plupart des pays africains dépensent très peu pour la santé. Par ailleurs les dépenses des particuliers sont extrêmement élevées. En 2001, les chefs d'Etat africains réunis à Abuja au Nigeria, se sont engagés à allouer au moins 15 % de leurs dépenses publiques au secteur de la santé. Les Etats africains se sont également engagés à atteindre d'autres objectifs internationaux tels que les objectifs du Millénaire pour le développement²⁵. Cependant de nombreux pays sont encore loin de ce but. Le Sommet extraordinaire organisé par l'Union africaine sur le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme en mai 2006 montrait que deux tiers des pays africains dont Djibouti, consacrent même moins de 10 % de leurs dépenses publiques à la santé.

Le secteur public étant le principal prestataire de soins de santé à Djibouti, la qualité des soins est donc dans une certaine mesure déterminée par le budget national consacré à la santé. L'analyse des comptes nationaux de santé de Djibouti les plus récents disponibles relativise cet enjeu car

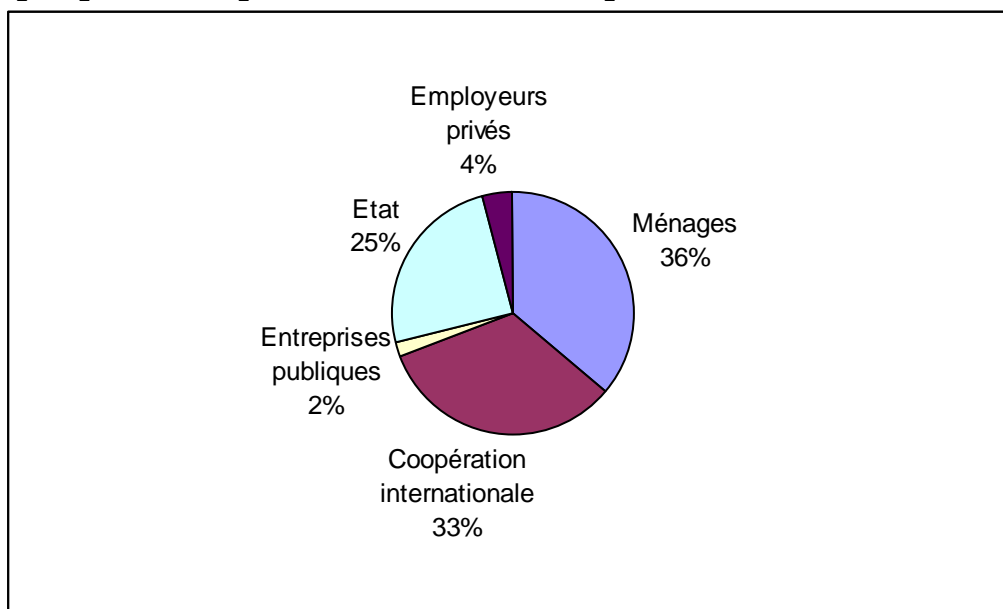
²⁵ Les Objectifs de Développement du Millénaire sont :

1. Réduire de moitié l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire universelle
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans
5. Réduire de trois quart la mortalité maternelle
6. Inverser la tendance en matière de propagation du VIH/Sida et du paludisme
7. Réaliser un développement durable et assurer la viabilité de l'environnement
8. Etablir un partenariat mondial pour le développement, avec des objectifs pour l'aide, les échanges et l'allègement de la dette.

l'Etat ne contribue qu'à une faible part dans la dépense de la santé. La dépense publique de santé devient le complément des paiements directs de ménages et l'aide internationale. Les comptes nationaux de la santé mesurent l'effort de l'ensemble des agents au titre de la fonction santé au cours d'une année. A première vue, comme le montre le graphique 2, toutes les sources de financement sont mobilisées à Djibouti en vue d'assurer les meilleures prestations à la population :

- les usagers financent le secteur de la santé à travers le système de paiement au comptant des services de santé,
- la coopération internationale prend en charge le tiers de la dépense totale de santé,
- L'Etat quand à lui supporte le quart du financement du système de santé,
- les entreprises privées et publiques, apportent respectivement 4 et 2 % au financement de la santé.

Graphique 2 : Dépense totale de santé par source de financement.



Source : Comptes nationaux de la santé de 2006

Avec moins de 2 % du PIB durant la décennie 1990-2000, l'allocation budgétaire du Gouvernement de Djibouti au secteur de la santé était relativement peu importante en comparaison à d'autres pays. Si l'on se réfère au tableau 15, on constate que la part de la santé publique en % du PIB est aussi en baisse, passant de 1,7 % en 1996 à 1,5 % en 2002. Les

CHAPITRE 3 - Un système de santé au cœur de politiques de marchandisation du secteur public à Djibouti

ressources allouées au secteur de la santé par l'Etat ont essentiellement diminué au cours de la décennie 1990-2000 et n'ont pas suivi pas le rythme de la croissance démographique rapide. La part des dépenses publiques allouées à la santé s'est située également en moyenne de 5 % au cours de cette décennie, soit une baisse par rapport à plus de 7 % de la décennie 1980. L'efficacité de financement public de santé est tributaire du fonctionnement global de l'économie qui contraint les disponibilités budgétaires votées dans les lois de finance par le parlement. Le contexte de crise économique des années 1990, n'a pas épargné le secteur de la santé. Comme, il a été déjà mentionné dans le deuxième chapitre, le PIB réel a fortement baissé au cours des années des 1990-1998 (voir tableau 6). La croissance a cependant repris depuis 1998 pour atteindre une moyenne de 4,7 % par an depuis 2000 sans pour autant que le budget de la santé progresse fortement. En 2009 par exemple, l'Etat n'a consacré que 2,2 % du PIB au secteur de la santé.

Tableau 15 : Composition et niveau des dépenses publiques de la santé, 1996-2002.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses publiques de la santé (millions de \$EU)	8,42	9,12	8,40	9,05	9,83	8,74	9,00
Dépenses publiques de santé en % du PIB	1,7	1,81	1,63	1,69	1,78	1,52	1,52
Dépenses publiques de la santé en % des dépenses publiques totales	4,92	5,12	4,91	5,11	5,42	5,14	4,62
Dépenses publiques de santé par habitants (\$EU)	12,75	13,41	12	12,55	13,23	11,42	11,42
% des dépenses publiques la santé consacrées au personnel	79,70	79,10	76,98	77,89	78,01	78,01	64,31
% des dépenses publiques de la santé consacrée au matériel	20,30	20,90	23,02	23,11	22,11	21,99	35,69

Les dotations par habitant se sont inscrites également dans une dynamique de déclin, en passant de 14,52 dollars américains en 1996 à 11,4 dollars en 2002. La diminution des ressources publiques a induit une pénurie chronique des médicaments, un manque de personnel qualifié et une faible motivation des agents de santé entraînant à leur tour une mauvaise prise en charge des malades, une chute de la fréquentation des services de santé par les populations et finalement une dégradation de la situation sanitaire dans son ensemble.

Dans le budget santé, les dépenses consacrées au personnel représentent en moyenne plus de 70 % de la facture totale de la santé entre 1996 et 2002. La prestation des services de santé dépend de manière critique d'un niveau adéquat de matériel ou d'équipement et les faibles niveaux de la dépense consacrée à l'équipement de santé à Djibouti continuent à être préoccupants.

Les résultats dans le domaine de la santé sont fonction d'un large éventail de facteurs : économiques, sociaux, et du système la santé. Au regard du revenu national, les dépenses de Djibouti pour le secteur de la santé sont inférieures à celles de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne. Le tableau 16 montre que si la part des dépenses totales de la santé de Djibouti par rapport au PIB est relativement importante en comparaison des pays africains de sa taille (petits Etats) et de l'Afrique subsaharienne, cette part est à la traîne en proportion de la dépense publique totale consacrée à la santé : la moyenne pour l'Afrique est de 9 % ; Djibouti se situe dans le dernier quintile.

Tableau 16 : Dépense de la santé : Djibouti et autres pays.

	Dépenses totales (publiques et privées) de la santé en % du PIB	Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales
Djibouti	7.0	5,1
Petits Etats	4.3	7.6
Afrique subsaharienne	4.5	9.2

Source : Sommet Extraordinaire de l'Union Africaine sur le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, 2-4 mai 2006.

L'allocation budgétaire du Gouvernement de Djibouti au secteur de la santé est aussi faible en comparaison à d'autres secteurs. Le classement fonctionnel des dépenses publiques de Djibouti laisse apparaître le poids relativement important des dépenses d'administration générale, de l'éducation nationale mais aussi de la défense nationale. L'allocation que Djibouti consacre à l'éducation nationale est l'une des plus élevées parmi les pays à niveaux similaires de revenu par habitant (tableau 17). Djibouti consacre en moyenne plus de 9 % de son PIB à l'éducation contre une moyenne de 4,4 % pour les autres pays d'Afrique subsaharienne. Le pays affecte également en moyenne 28 % de ses dépenses publiques à l'éducation nationale, ce qui place le pays au rang des dépensiers les plus importants pour l'éducation nationale devant le ministère de la défense avec 16 % de dépenses publiques totales (ministère de l'Economie et des Finances, 2006).

Tableau 17 : Dépenses publiques d'éducation dans divers pays à revenu intermédiaire dont Djibouti.

Pays	Dépenses publiques pour l'éducation en % du PIB	Dépenses publiques pour l'éducation en % des dépenses publiques totales
Burundi	3.60	20.40
Djibouti	9.60	28,00
Ethiopie	2.70	15.00
Kenya	6.30	26.20
Mauritanie	3.70	15.30
Yémen	5.60	15.80

Source : Banque mondiale, avril 2006, Ministère de l'Economie et des Finances, bulletin d'information 2006.

Ce classement de la Banque mondiale met en lumière l'effort budgétaire consenti par l'Etat pour l'éducation nationale. Contrairement aux dépenses de santé, les dépenses pour le secteur de l'éducation sont protégées même en période des difficultés économiques, c'est-à-dire entre

1992-1998. Après 1998, les dépenses totales consacrées à l'éducation ont fortement augmenté passant de 5 % du PIB à 10,17 % en 2004 (ministère de l'Economie et des Finances, Bulletin d'information de 2006). Compte tenu des problèmes quantitatifs et qualitatifs auxquels fait face le système éducatif djiboutien l'augmentation des ressources budgétaires en faveur de l'éducation est appropriée. Bien que les taux d'inscription à l'école aient nettement augmenté depuis 1999, les taux de redoublement et d'abandon sont toujours préoccupants. Mais la part peu importante, et à la baisse, du budget consacré au secteur de la santé au cours de la même période est difficile à justifier à la lumière des niveaux extrêmement élevés de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle. Les indicateurs sanitaires de Djibouti (l'espérance à la naissance, les taux de mortalité maternelle et infantile, etc.) restent parmi les plus faibles au monde. Djibouti abrite aussi plusieurs cas de maladies notamment endémiques (paludisme, infections respiratoires, maladies diarrhéiques, etc.) qui nécessitent, pour être éradiquées, d'importantes ressources financières. Or, la contribution financière du ministère de la Santé qui devrait être substantielle, stable et prévisible, est faible et en régression. Cette baisse des ressources financières des hôpitaux publics conduit nécessairement à une baisse de l'offre de santé qui, à son tour exerce un effet négatif sur la demande de santé. Une conséquence immédiate de cette situation est le détournement des populations des hôpitaux publics et donc une dégradation progressive de leur niveau de santé. En effet les populations rechignent à l'idée de se rendre dans des structures sanitaires dépourvues des soignants et de médicaments. Ces comportements réduisent les fréquentations des centres de santé et peuvent par ailleurs intensifier les pratiques de santé informelles (traditionnelles, automédication, etc.) et risquées.

Comme souligné, dans le deuxième chapitre, les dépenses à l'administration générale ont représenté en moyenne près de 40 % du PIB depuis les années 1990. L'argent consacré aux dépenses de l'administration générale sert essentiellement à payer les salaires des agents de la fonction publique. Dans une perspective macroéconomique il est important de remarquer qu'à Djibouti, l'Etat est le principal employeur du pays et la demande émanant des fonctionnaires alimente les activités de nombreuses

petites entreprises. Dans une certaine mesure, cette allocation des dépenses peut se justifier aussi en raison de la nécessité pour un petit pays tel que Djibouti de veiller à ce qu'un noyau essentiel d'agents de la fonction publique bien formés se chargent de la gestion du pays. Mais pour sauvegarder le paiement de salaires, l'Etat est parfois obligé de compresser d'autres dépenses. En revanche l'importance des dépenses consacrées à la défense peut soulever plus des questions qu'il convient peut être de réexaminer. L'Etat consacre 16 % du budget national à la défense, soit plusieurs fois la dépense allouée au secteur de la santé. Malgré l'importance des dépenses d'éducation, jusqu'en 2002, la part de la défense dans les dépenses totales a été supérieure à celle consacrée au secteur de l'éducation. A noter aussi qu'à titre de comparaison en Afrique subsaharienne plus 40 % des pays ont une dépense militaire supérieure à celle de la santé (Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme 2006).

D'autres dépenses improductives ou faiblement prioritaires pourraient être revues à la baisse au bénéfice du secteur de la santé, il s'agit notamment des dépenses consacrées à des missions à l'étranger. Les déplacements à l'étranger des officiels constituent une catégorie de dépenses qui souvent n'est pas prise en considération à Djibouti. Pourtant les dépenses qui servent à financer les déplacements à l'étranger des officiels djiboutiens, représentent en moyenne 1,5 % de dépenses publiques totales et 0,5 % du PIB (Banque, mondiale, 2006, p. 63). La Présidence absorbe 67 % de ces dépenses, et le ministère des Affaires étrangères ne représentent qu'environ 16 % du budget total alloué au déplacement à l'étranger.

3.2.2.2 Une dépense publique de santé fongible

Le volume et l'efficacité du financement public de la santé dépendent également de la qualité de la chaîne de dépense publique, c'est-à-dire de l'ensemble des processus et procédures qui vont de la décision d'effectuer la dépense pour financer la santé jusqu'au décaissement effectif des fonds. Le strict respect formel de l'affectation ne suffit pas à assurer que les fonds

CHAPITRE 3 - Un système de santé au cœur de politiques de marchandisation du secteur public à Djibouti

affectés à la santé auront effectivement financé des dépenses de santé car affectation et fongibilité coexistent à Djibouti. Le faible niveau de dépenses allouées à la santé est aggravé par la faible protection de la dépense publique de santé. Le taux d'exécution de la composante équipement du budget de la santé publique est problématique à Djibouti (voir tableau 18). Ce taux d'exécution permet de mesurer la différence entre le budget voté et alloué au secteur public de la santé et le budget effectivement utilisé par le ministère de la Santé. Les ressources budgétaires destinées au ministère de la Santé sont prévues pour couvrir les dépenses en personnel et matériel. Les dépenses de matériel comprennent l'ensemble des dépenses de fonctionnement hors dépenses de personnel (fourniture, entretien et réparation, achat des médicaments, équipement, etc.). Si pour les dépenses de personnel l'écart entre le budget adopté à l'origine et les dépenses exécutées n'est de quelque pourcent, par contre le taux d'exécution des dépenses de matériels est d'environ 50 %. Les traitements et salaires sont mieux protégés au cours du processus d'exécution du budget que les autres catégories de dépenses. Les dépenses de fonctionnement et notamment les dépenses des médicaments sont les principales victimes de cette instabilité de financement public.

Tableau 18 : Taux d'exécution en % du budget public de santé de 1997-2002

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépense de personnel	100	87	98	98	98	100
Dépense de matériel	48	34	71	71	48	51,7

Source : Ministère de la Santé, Direction Administrative et Financière mars 2009

Sur la base des estimations fournies par le ministère de la Santé, seuls 50 % du budget de fonctionnement alloué à la santé à été utilisé entre 1997 à 2002 par le ministère de la Santé. D'autre part, le taux d'exécution du budget fonctionnement varie : la rubrique « Ministre et son secrétariat » bénéficie d'un fort taux d'exécution (plus de 100 %) alors la Direction de

l'Hygiène et la Direction des médicaments reçoivent moins de 30 % de leur budget de fonctionnement (voir tableau 20). Le financement des produits pharmaceutiques demeure fondamentalement problématique. A la fois, le faible niveau de l'allocation budgétaire et le faible taux d'exécution du crédit alloué par l'Etat au service d'approvisionnement des médicaments ont contribué aux pénuries de médicaments dans les structures publiques.

Tableau 19 : Dépense de fonctionnement (matériel) du ministère de la Santé exercice budgétaire 2002, montant en Francs Djibouti.

Nomenclature	Budget voté	Budget utilisé	Taux d'exécution ²⁶
Ministre et son secrétariat	1 88 650 000	234 625 669	124 % ²⁷
Direction des Etudes et de Planification de la santé	0	0	0 %
Direction de la Prévention et de l'Hygiène Publique	6 657 000	1 349 500	20 %
Hôpital Général Peltier	83 356 000	67 454 478	81 %
Hôpital de Balbala	1 369 900	204 000	15 %
Centre Paul Faure	25 700 000	944 900	2,7 %
Service sanitaire du District de Djibouti	4 668 000	630 550	13,5 %
Service sanitaire du District d'Ali-Sabieh	5 722 000	5 356 237	93 %
Service sanitaire de Dikhil	5 662 000	4 448 586	78 %
Service sanitaire de Tadjourah	5 720 000	3 809 677	66 %
Service sanitaire du District d'Obock	5 447 000	4 288 715	78 %
Direction Médicaments et de la Pharmacie	320 360 000	75 613 744	24 %
Direction Administrative et Financière	490 000	399 750	81 %
Centre Yonis Toussaint	2 500 000	775 000	31 % »é
Total général	656 301 000 FDJ	339 840 836 FDJ	51,7 %

Source : Direction Administrative Financière du Ministère de la Santé.

²⁶ Budget utilisé/ budget voté X 100

²⁷ Ce département a utilisé plus que la somme budgétisée.

L'exécution des dépenses de santé dépend en grande partie du ministère de l'Economie et des Finances. Le programme d'assainissement des finances publiques engagé par le Gouvernement après la crise économique confère un large pouvoir de contrôle des dépenses au ministère de l'Economie et des Finances. Le ministère de la Santé joue un rôle limité dans la formulation du budget de l'Etat et la flexibilité à gérer et à assurer le suivi de son propre budget est limitée par le ministère de l'Economie et des Finances. Ce dernier n'autorise pas pour des raisons d'assainissement des finances publiques le report de crédits. Les crédits de l'année qui ne sont pas utilisés ne sont pas reportables sur l'année suivante. Ces mesures justifiées du point de vue macroéconomique des finances publiques fragilisent davantage le secteur de santé.

Le processus d'exécution du budget de santé est aussi complexe à Djibouti. Chaque gestionnaire des services de Santé ayant un budget, établit des bons de commandes auprès d'un fournisseur local ou étranger pour couvrir les besoins. Le bon de commande transite par le Service des « Dépenses engagées » du ministère de l'Economie et des Finances pour obtenir l'accord en fonction des lignes budgétaires. Le fournisseur une fois qu'il a livré le matériel réclame son argent auprès du Trésor Public. Mais ces opérations nécessitent du temps et certains fournisseurs locaux renoncent à travailler avec l'Etat considéré comme un mauvais payeur ou s'efforcent d'obtenir au préalable en espèces les commandes publiques en tant que mesure de précaution. Les difficultés économiques des années 1990 ont laissé aussi bon nombre de fournisseurs non payés par le Trésor public, ce qui les a incités à la prudence face aux commandes subséquentes. Les fournisseurs étrangers de médicaments refusent les ordres d'achat du fait des arriérés de paiement. En raison notamment de ces arrières, les achats de médicaments se font aujourd'hui auprès de pharmacies privées locales plus coûteuses, ce qui grignote encore davantage le budget restreint du ministère de la Santé.

La fongibilité des ressources publiques de santé se traduit aussi par la possibilité pour le Gouvernement d'utiliser indirectement une partie des fonds affectés à la santé pour d'autres usages. Les ressources publiques affectées à la santé sont donc fongibles, ce qui signifie que l'affectation en

elle-même n'est pas un instrument suffisant pour assurer l'augmentation des dépenses publiques de santé si les dépenses de santé ne sont pas prioritaires. L'ensemble de ces éléments fait apparaître que les dépenses publiques de santé n'ont pas été considérées comme prioritaires, qu'il s'agisse de l'évolution des crédits votés, qui n'ont pas évolué favorablement, ils ont été assez faiblement exécutés et expressément au niveau des décisions prises ou implicitement au niveau des aléas des procédures budgétaires, d'autres choix ont été faits. Probablement le secteur de la santé n'a pas non plus fait l'objet d'un plaidoyer suffisamment fort lors des principaux arbitrages effectués au moment de la préparation et de l'exécution de la loi de finances.

Au-delà d'une meilleure exécution des crédits votés, il est nécessaire d'augmenter les crédits inscrits dans la loi de finances. Du fait de la faible mobilisation des ressources internes, le financement des investissements et des dépenses de fonctionnements du secteur public est largement tributaire des contributions extérieures. Dans ce contexte, la volatilité de l'aide et l'insuffisante prévisibilité des décaissements de l'aide constituent un autre problème crucial pour le système de la santé à Djibouti.

3.2.2.3 Une dépendance financière du système de santé djiboutien de l'aide extérieure très volatile

L'aide extérieure constitue une source de financement importante pour les pays à faible revenu. Elle a représenté en 2006, près de 24 % des dépenses totales de santé des pays à faible revenu et près de la moitié des dépenses totales dans certains pays (Banque, mondiale, 2008). Des efforts ont été réalisés par les bailleurs de fonds depuis le début des années 2000. Après une stagnation dans les années 1990, l'aide au secteur de la santé a fortement augmenté depuis l'adoption des Objectifs du millénaire pour le développement. Mesurée en termes réels, elle a quadruplé en passant de 5,6 milliards en 1990 à plus de 20 milliards de dollars en 2007. Cette augmentation est directement liée à l'entrée des nouveaux partenariats mondiaux pour la santé sur la scène internationale de l'aide (le Fonds

Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, United State President's Emergency Plan for AIDS Relief) et une augmentation significative du financement par les fondations philanthropiques privées telles que la Bill and Melinda Gates Fondation.

De nombreux défis devront être néanmoins résolus afin que l'aide se concrétise par davantage des résultats. L'aide extérieure en général et celle destinée au secteur de la santé dans les pays pauvres en particulier sont souvent critiquées pour plusieurs raisons : imprévisibilité du financement, importants écarts entre les engagements et les décaissements, volatilité de l'aide à court terme qui complique la gestion et la planification macroéconomique des pays receveurs, proliférations des programmes dédiés à des maladies ou interventions spécifiques, souvent mal intégrés aux programmes courants d'un pays donné, grand nombre d'acteurs de bailleurs, manque de flexibilité de l'aide lorsque ces pays tentent de répondre à un problème ou une crise imprévue (Schieber et al, 2006).

La volatilité et l'imprévisibilité de l'aide sont imputées aux processus politiques, législatifs ou budgétaires des Etats des pays bailleurs qui évoluent. Les décaissements peuvent être suspendus ou arrêtés également par des bailleurs de fonds à cause du non respect des conditions d'un programme ou d'un cadre macro-économique par le pays bénéficiaire. Les engagements d'aide excèdent considérablement les décaissements réels parce que des bailleurs de fonds ne tiennent pas aussi leur promesse (Foster, 2005) alors que les bénéficiaires de l'aide doivent faire des projections budgétaires en utilisant les engagements d'aide qui pourraient ne pas atteindre le niveau prévu.

Les problèmes de faible efficacité de l'aide proviennent aussi des pays bénéficiaires de fonds : l'absorption de l'aide est limitée par les carences en matière de gouvernance, la mauvaise gestion du secteur public, la fragilité des institutions, la pénurie des cadres et de professionnels de la santé. Dans ces conditions, il est parfois difficile d'utiliser à bon escient l'aide étrangère. L'Etat bénéficiaire peut également démontrer des difficultés à honorer la contrepartie en monnaie nationale de l'aide extérieure en devises. Ces

difficultés sont un facteur de blocage potentiel des flux d'aide internationale dans le cas de Djibouti (PNUD, 2004, p.4).

L'imprévisibilité et la volatilité de l'aide peuvent être dues également à la fluctuation du taux de change : les engagements sont souvent exprimés ou calculés en dollars américains, donc la fluctuation du taux de change entre la devise dans laquelle les bailleurs de fonds prennent leur engagement et le dollar, et entre le dollar et la monnaie locale affectent la volatilité.

L'aide au secteur de la santé est souvent également de courte durée alors que pour la plus grande partie, le financement dont a besoin le secteur de la santé concerne des dépenses ordinaires à long terme : salaire du personnel, achats de médicaments, etc.

Au-delà de la question du montant global et de la durée, l'aide internationale est aussi accordée actuellement pour des maladies et des interventions déterminées (SIDA, Tuberculose, Paludisme). L'augmentation, l'assistance technique, la fourniture des produits, les mesures de prévention, de soins et de soutien aux interventions par rapport à ces maladies, sont les priorités de ces nouveaux acteurs dans la santé mondiale. A titre d'exemple au Rwanda, 80 % de l'aide internationale pour la santé est investie dans des programmes VIH/Sida alors que cette maladie ne serait responsable que de 0,04 % du nombre de décès enregistrés dans les hôpitaux de ce pays (Blanchet et Schmidt, 2009).

Cependant malgré les fluctuations de l'aide, les partenaires multilatéraux et bilatéraux ont investi dans les programmes de santé des pays en développement. La coopération internationale a un rôle crucial dans le financement de la santé à Djibouti. Sur 100 FDJ dépensés sur la santé, 33 proviennent de l'aide étrangère bilatérale et multilatérale (graphique 2). Cette aide est apportée soit directement aux structures de santé soit indirectement par le biais du budget du ministère de la Santé. Jusque dans les années 2002, Le Centre de Lutte contre la Tuberculose « Paul Faure » et l'hôpital Italien de Balbala ne recevaient qu'un budget de fonctionnement très limité de la part du ministère de la Santé. C'est la Coopération française qui a financé la quasi-totalité du fonctionnement du Centre Paul Faure hors

salaires. La coopération italienne s'occupait du financement de l'hôpital de Balbala. Les intervenants extérieurs qui participent au financement des hôpitaux sont l'Union européenne, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, la Banque islamique de développement, l'USAID ainsi que les agences du Système de Nations Unies (OMS, Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, PNUD). Ils financent généralement les investissements (infrastructures, équipements, formation de longue durée, fourniture d'ambulances, etc.) et apportent des appuis techniques pour accompagner le ministère de la Santé dans la mise en œuvre de ses activités. En dépit de l'absence d'ONG européennes, et de la faiblesse des associations locales qui n'ont pas les capacités nécessaires de gestion et de mise en œuvre sur le terrain, la coopération internationale impressionne à Djibouti aussi bien par les nombres de partenaires que par le niveau de son assistance. Toutefois, Djibouti fait face à un haut niveau de volatilité du financement non remboursable. Entre 1990 et 2004, Djibouti n'a reçu qu'environ 54 % de l'aide promise durant cette période (Banque mondiale, 2006). La faible interaction entre les dépenses publiques et les résultats dans les secteurs de la santé est due en partie à la fragmentation des bailleurs de fonds. Les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux ont financé des opérations de prêt à l'investissement dans ce secteur sans coordination effective. Les retards dans les décaissements et la volatilité du financement ont également affecté une gestion effective du budget dans ce secteur.

3.2.3 Une capacité hospitalière relativement suffisante selon la norme de l'OMS mais un système de santé désorganisé

Jusqu'en 1999, il existait à Djibouti deux types d'établissements de soins : les dispensaires, qui assuraient les soins de base et les hôpitaux qui dispensent des soins spécialisés. Installés uniquement dans la capitale les hôpitaux, appelés aussi établissements de référence nationale, servent de recours aux dispensaires qui sont répartis sur l'ensemble du territoire

national. Les hôpitaux sur lesquels s'appuie l'offre de soins à Djibouti sont au nombre de quatre :

- **L'hôpital Général Peltier (HGP)**

Pionnier du système de santé nationale, c'est l'hôpital de référence pour l'ensemble des formations sanitaires du pays. Sa capacité d'hospitalisation, son plateau technique et son équipe médicale en font, en théorie, un établissement apte à assurer cette fonction. Il est doté aussi de tous les services médico-techniques et administratifs nécessaires à ses fonctions. L'hôpital Peltier assure 70 % de la couverture sanitaire du pays, compte tenu de l'offre de prestations exclusives dans la majorité de spécialités. D'une capacité théorique de 600 lits, il accueille en moyenne 4000 patients en consultation dont 800 hospitalisations par mois. En mars 2009, l'équipe médicale comprend une trentaine de médecins. L'assistance technique française présente à l'hôpital Peltier depuis des décennies et qui assurait l'encadrement de la plupart des services tels que la chirurgie, l'anesthésie-réanimations, la gynécologie obstétrique, la radiologie et certaines spécialités ORL, et ophtalmologie a quitté cet hôpital sans qu'il existe de potentialité de relève par des médecins djiboutiens. Pour garantir à l'hôpital Peltier son niveau de référence ultime pour l'ensemble des formations sanitaires du pays, mais aussi compte tenu de la gravité de l'état des patients au moment de leur admission dû en grande partie à l'hospitalisation tardive dans le cours de la maladie, ce sont des spécialistes ayant à la fois un haut niveau de technicité et une capacité d'adaptation aux conditions difficiles et extrêmes de travail qui doivent occuper les postes cliniques stratégiques (chirurgie, gynécologie, obstétrique, anesthésie). Avec l'appui financier de partenaires extérieurs, l'hôpital Peltier a subi ces dernières années de nombreuses transformations sur le plan architectural et des équipements. Ces réalisations ont été cependant effectuées sans réellement coordination selon les volontés et les intérêts de chacun des bailleurs de fonds.

- **L'Hôpital Italien de Balbala**

Construit en 1988 et équipé grâce à un financement de la coopération italienne, il est au cœur d'une agglomération périphérique surpeuplée où vit la population la plus pauvre qui n'accède pas à l'hôpital Peltier autant pour des raisons géographiques que pour des raisons financières. Il était initialement destiné en priorité aux enfants et femmes de cette zone. La commune de Balbala est une grosse agglomération qui s'étend à la périphérie de la capitale et qui abrite une population importante. Au cours des dernières années, la capitale Djibouti a connu une très forte urbanisation, dans tous les quartiers de la capitale, la densité est très forte. Mais dans la commune de Balbala qui regroupe de nombreux quartiers, le taux de croissance de la population est particulièrement élevé. La totalité des patients de cet établissement provient notamment dans cette commune et sont généralement référés par les centres de santé de cette commune. D'une capacité d'une centaine de lits, l'hôpital comprend un service de pédiatrie, de médecine, de chirurgie générale, d'une maternité, et d'un plateau technique (bloc opératoire, radiologie, laboratoire et banque de sang) permettant la prise en charge des interventions chirurgicales.

- **Le Centre de lutte contre la tuberculose Paul Faure**

C'est l'établissement hospitalier de référence nationale pour le diagnostic et la prise en charge des malades tuberculeux. Il accueille aussi tous les patients présentant des problèmes liés à la pathologie respiratoire (20 % du total des hospitalisations). D'une capacité de 200 lits, le centre Paul Faure est équipé d'un plateau technique complet comprenant les équipements nécessaires aux fibroscopies, ponctions, radiographies, laboratoires et pharmacie.

La pharmacie du Centre Paul Faure joue aussi le rôle de pharmacie centrale pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution dans le pays des médicaments antituberculeux acquis sur financement des bailleurs de fonds. Djibouti est classée au deuxième rang mondial par la Banque mondiale en 2006 pour la prévalence de la tuberculose. Le pays enregistre annuellement 3 500 nouveaux cas de tuberculose par an, avec un record en 2000 de 4121 cas diagnostiqués. Toutefois beaucoup de patients viennent

des pays limitrophes pour trouver à Djibouti un service d'une meilleure qualité par rapport à leur pays, ce qui gonfle le taux. La tuberculose, maladie le plus souvent associée à la pauvreté, la surpopulation et une hygiène médiocre, est cependant très ancienne à Djibouti. Le programme de lutte contre la tuberculose a été créé dans les années 1980.

Durant de longues années la coopération française a maintenu trois médecins (pneumologie, épidémiologiste, et biologiste) et a financé la quasi-totalité des équipements. Mais depuis 2002, comme à l'hôpital Peltier, la coopération française a retiré ici aussi son appui technique. Le retrait de la Coopération Française risque de mettre en cause les acquis des programmes de lutte contre la tuberculose. La diversification des partenaires s'avère donc indispensable pour le renforcement du programme dans les années à venir.

- **L'hôpital militaire français Bouffard**

L'hôpital Bouffard occupe une place à part dans le système de soins à Djibouti. Centré sur le soutien sanitaire des forces françaises à Djibouti (FFDJ) et leurs familles ainsi celui des forces armées Djiboutiennes (FAD), l'hôpital Bouffard participe également aux soins de la population locale en tant qu'entité privée. L'hôpital Bouffard comprend un service de médecine et de psychiatrie, un service de chirurgie polyvalente, un service de médecine et, un service de réanimation polyvalente, une maternité, un service d'accueil des urgences ainsi qu'un service d'imagerie médicale doté d'un scanner, un laboratoire d'analyses médicales et une pharmacie. En 2009, les militaires français ne représentaient que 3 % des journées d'hospitalisation (345 sur 12446) et 11 % des consultations (2383 sur 21818). Les ayants-droit prioritaires de Bouffard sont les militaires français et leur famille (2.600 à 6.000) puis les militaires djiboutiens, mais sont accueillis à titre onéreux, les expatriés civils, européens et les personnels des organisations internationales, les hauts responsables du pays ainsi que les personnes ayant la capacité financière d'acquitter le prix de la journée d'hospitalisation. L'analyse de la répartition des différentes catégories de patients hospitalisés à Bouffard met en évidence :

- la part prépondérante des patients civils représentant 60 % de l'ensemble des hospitalisations assurées par l'Hôpital Bouffard,

CHAPITRE 3 - Un système de santé au cœur de politiques de marchandisation du secteur public à Djibouti

- la proportion importante des personnels de l'armée djiboutienne et leur famille qui comptaient pour 37 % des patients,
- et la part faible des militaires français et leur famille accueillis dans cet établissement environ 3 %.

La capacité d'hospitalisation des établissements de Djibouti était selon la norme de l'OMS relativement suffisante pour l'ensemble de la population de Djibouti. Sur la base des données 2000 de CREDES, l'hôpital national central Hôpital Peltier, avait une capacité de 395 lits. Le centre Paul Faure, spécialisé dans le traitement et suivi de la tuberculose et autres maladies respiratoires possédait 200 lits. L'hôpital de Balbala avait également 60 lits avec maternité, service pédiatrie et service obstétrique. Ces hôpitaux servent de référence aux dispensaires. Les quatre hôpitaux de districts ont une capacité totale de 300 lits et servent d'hôpitaux de référence pour les dispensaires ruraux. Le secteur privé était relativement sous-développé (voir tableau 19). Avec plus de 1 000 lits, la capacité théorique d'hospitalisation des établissements hospitaliers de Djibouti était selon la norme de l'OMS suffisante pour couvrir l'ensemble de la population. L'OMS préconise en moyenne un lit pour 1000 habitants. Mais il agit que d'une capacité théorique car une part importante de ces lits n'est pas fonctionnelle.

Les populations par structure de santé en 2000 était également de l'ordre de 16 000 habitants (8 700 en rural et 22 000 en urbain), la norme l'OMS est de 1 structure pour 10 000 habitants.

Le ratio médecin/population était également d'un médecin pour 11 016 habitants. Ce chiffre était légèrement en dessous de la norme arrêtée par l'OMS qui recommande un médecin pour 10 000 habitants. L'insuffisance de médecins nationaux était compensée par une importante assistance technique. En faisant abstraction des expatriés, le ratio médecin/population était d'un médecin pour 18 000 habitants. Sur la base des données de l'Enquête djiboutienne auprès de ménages (EDAM-1) de 1996²⁸,

²⁸ Enquête Djiboutienne Auprès de Ménages (EDAM-1), il s'agit d'une première étude exploratoire sur la pauvreté à Djibouti, financé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Système de Nations Unies (SNU) à Djibouti dans le cadre de leur appui à la réflexion nationale en cours sur la stratégie de réduction sur la pauvreté. Une autre étude (EDAM-2) plus approfondie sur la pauvreté a été réalisée en 2002 par la Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques (DISED), sous financement de la Banque mondiale, le PNUD, la Mission de la coopération française.

la majorité des ménages sédentaires peuvent se rendre à pied à un dispensaire.

Tableau 20 : Distribution de la capacité hospitalière à Djibouti

Nombres de lits par établissements							
	Peltier	Dar El Hanan ²⁹	Balbala	Paul Faure	Bouffard	Installations privées	Total
Médicale	106				17	30	153
Pédiatrie	33		30				63
Maternité	50	60	20		12		142
Chirurgie	93		10		19		122
Convalescence	11				8		19
Urgence	9				4		13
Psychiatrie	50						50
ORL/ Ophtalmologie	43						43
Pneumologie/ tuberculose				200			200
Total	395	60	60	200	60	30	805

source : CREDES/ statistiques nationales 2000

Bien que le pays consacre 7 % de son PIB à la santé, soit bien plus que la moyenne régionale, la prestation des services de santé est de faible niveau à Djibouti. Les indicateurs de santé (taux de mortalité maternel et infantile notamment) se situent parmi les plus faibles d'Afrique. Un pourcentage à la baisse du budget de la santé par rapport au PIB, une population en rapide

²⁹ Jusqu'en 2002 la maternité de Dar El Hanan faisait partie intégrante de la l'Hôpital Général Peltier.

expansion, et le maintien de la prestation gratuite, peuvent être à l'origine de la détérioration de l'infrastructure et d'une baisse de la qualité des soins. A ces éléments s'ajoutent des dysfonctionnements organisationnels qui résultent notamment le report de la demande et des ressources vers les hôpitaux de référence nationale. Ces dysfonctionnements aussi accentués par des problèmes de gestion internes aux établissements de référence nationale. Dans ces conditions, il était difficile pour le système de santé d'assurer à la population des services de soins appropriés à leurs besoins les plus basiques.

3.2.3.1 Une désorganisation entretenue par le report de la demande et des ressources vers les établissements de référence nationale

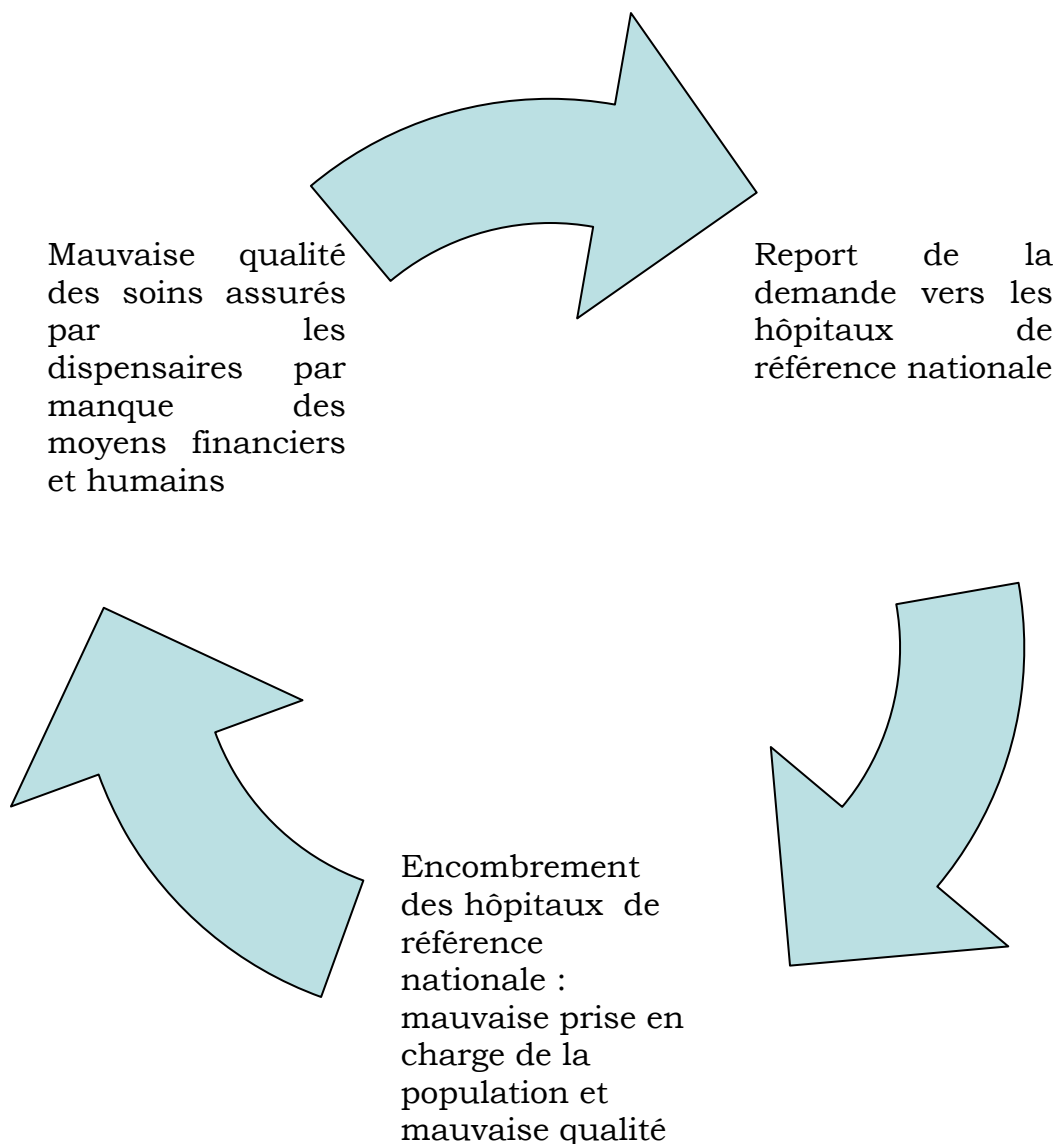
L'existence des structures de soins, n'est pas suffisante pour assurer la bonne marche d'un système de santé. Les conditions dans lesquelles les missions de service public sont assurées en matière de santé n'étaient pas satisfaisantes pour les populations. Les populations se heurtaient notamment à des files d'attentes importantes dans les établissements publics de soins. Des entretiens avec les femmes bénéficiaires des micro-crédits dans le quartier de Balbala, permettent d'illustrer ces difficultés (EDAM, 1996). La principale structure de soins qu'elles fréquentent est l'hôpital de Balbala, établissement le plus proche, accessible en moins de 1 heure de marche à pied. Pour s'y rendre, les femmes doivent quitter leur domicile avant 5H00 du matin afin d'arriver parmi les premières et obtenir un ticket d'entrée. Les consultations commençant à 9H00, le déplacement à l'hôpital nécessite pratiquement toute une matinée, ce que la plupart des femmes peut difficilement se permettre quand elles doivent subvenir aux besoins de leur famille et assurer le remboursement du prêt du micro-crédit. Cette pratique n'est cependant pas propre au quartier de Balbala. Les temps d'attente trop importants dans les établissements publics de soins découragent à Djibouti le recours aux structures de soins et favorisent, lorsque les populations disposent d'un peu de ressources financières, le recours à l'automédication par l'achat direct de médicaments dans les pharmacies privées.

La mauvaise organisation des soins s'explique notamment par la mauvaise utilisation des ressources. L'essentiel des ressources publiques financières et humaines est absorbé par les établissements publics de référence nationale. Les données disponibles ne permettent pas de discriminer l'ensemble des dépenses de fonctionnement par niveau de service de santé sauf toutefois pour une importante partie des dépenses du personnel. La répartition était cependant favorable aux établissements de référence nationale par rapports aux dispensaires avec un effet en retour négatif des soins au niveau des dispensaires. La distribution du personnel du ministère de la Santé, toutes catégories confondues montre aussi la prédominance des établissements de référence. L'hôpital Peltier par exemple absorbe à lui tout seul, jusqu'à aujourd'hui plus de 50 % des ressources humaines du ministère de la santé. L'accès aux services de santé de base pour les mères et les enfants est l'un des facteurs clefs qui favorisent une meilleure santé des populations. Les dispensaires publics de santé manquent cependant de crédibilité auprès de la population en raison de l'absence d'infrastructure de base nécessaire pour garantir la qualité de soins (locaux inadaptés), de la faible qualité du personnel et de la disponibilité sporadique des médicaments. Depuis 1999, le profil minimum pour diriger un poste de santé devrait être un infirmier diplômé, les données sur le personnel montrent que le profil minimum est loin d'être respecté même en 2010 (voir chapitre 4). Avec la dégradation des conditions d'accès aux soins dans les dispensaires faute des ressources (humaines et financières) notamment, les services des urgences des établissements publics de référence nationale prenaient parfois des allures de dispensaires. Cela compliquait la distinction entre demande de soins non programmés urgents et non urgents. A l'hôpital Peltier par exemple, bien que l'accès des consultations soit réservé aux patients référés par une autre structure de soins, dans la réalité il était encombré par des patients qui auraient pu être traités ailleurs.

Au Centre Paul Faure également, les consultations sont des consultations spécialisées en pneumologie référées par un autre établissement de soins ou un médecin privé, en réalité il n'existe aucun triage des malades. Cette surcharge de travail dans une structure de

référence ayant pour première mission la dispense des soins spécialisés ne favorise ni une bonne accessibilité ni une bonne qualité des soins. Cette désorganisation résulte de la mauvaise qualité de la prise en charge dans les dispensaires qui ne jouent pas leur rôle de filtre. En tant que porte d'entrée de système de santé, les dispensaires de santé occupent une position de coordination stratégique qui a souvent un effet d'entraînement sur le reste de la pyramide de soins. L'absorption de l'essentiel des ressources publiques par les hôpitaux par rapport aux dispensaires entraîne aussi une baisse cumulative de la qualité des soins du secteur public dans son ensemble, tant au niveau des hôpitaux qu'au des dispensaires (schéma 2).

Schéma 2 : Une désorganisation des soins par la mauvaise répartition des ressources



La qualité des soins produits par les dispensaires a souffert du report de la demande et des crédits publics vers les hôpitaux et l'encombrement qui s'en est suivi a eu pour conséquence néfaste de faire baisser la qualité des soins à l'hôpital. La qualité de soins a souffert également des dysfonctionnements internes aux établissements publics de référence nationale sur lesquels s'appuyait l'offre publique de soins à Djibouti. La marchandisation du système de santé avait pour objectif aussi de casser notamment cette situation en concentrant l'effort sur l'amélioration de la qualité de soins aux structures de premier niveau notamment.

3.2.3.2 Des dysfonctionnements internes aux établissements publics de référence nationale

La mise en autonomie de gestion des hôpitaux publics est présentée à Djibouti comme une solution aux dysfonctionnements relevés par les experts et consultants qui ont analysé depuis les débuts des années 1990, la situation de ces établissements. Les problèmes de gestion recensés concernaient aussi bien la gestion administrative, humaine et financière des établissements publics de référence nationale. Sur le plan administratif d'abord, l'enregistrement des entrées et des sorties est l'un des mécanismes les plus importants sur lequel repose la gestion d'un hôpital. Ces données sont fondamentales pour mesurer la fréquentation, la durée de séjour mais aussi évaluer les performances et constituent le dénominateur nécessaire à l'évaluation des coûts de revient de l'hôpital. En 1994, l'enregistrement des dates des entrées et des sorties et le contrôle des mouvements internes des établissements de référence nationale de soins étaient jugés aléatoires à Djibouti par une étude de CREDES³⁰, organisme français spécialisé en économie de la santé, appelé par le Gouvernement Djiboutien pour « soigner » le système de santé djiboutien. Selon cette étude : « *la tenue du*

³⁰ Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, organisme français spécialisé en Santé et Economie (CREDES). L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) est depuis juin 2004, le nouveau nom du CREDES.

registre des entrées et sorties manque totalement de rigueur. Les chiffres des entrées et des sortis varient énormément d'un service à un autre. Par manque de respect des procédures, tant de la part du personnel que des patients, par indifférence, voire d'un certain laxisme de certains responsables, mais aussi pour d'autres le manque de capacités managériales, contribuent à la pérennisation de ces dysfonctionnements ». Cette carence d'information était préjudiciable au fonctionnement des hôpitaux publics. Même si les administrations de l'hôpital soumettaient annuellement au ministère de l'économie des propositions budgétaires, les prévisions de dépenses ne sont pas établies sur la base d'indicateurs d'activité. Les dotations budgétaires d'ailleurs étaient indifférenciées quelles que soient les activités et les résultats obtenus. L'opacité des informations ne permettait pas de répartir les moyens de façon optimale. Les crédits budgétaires sont jugés insuffisants par les responsables, face à l'augmentation croissante des activités, dont ils ne pouvaient pas apporter les preuves.

Avec la mise en autonomie, les hôpitaux devaient se doter d'un système d'information médicale. Connaître l'activité de l'hôpital permet aux responsables de (i) mieux défendre l'attribution du budget lors des arbitrages en se basant sur une mesure objective du nombre et de la lourdeur des pathologies prises en charge (ii) mieux gérer les enveloppes financières et leur répartition en interne entre les services.

La gestion du personnel était également peu développée à l'hôpital Peltier comme au Centre Paul Faure. Les affectations sont souvent décidées sans que soient consultés les responsables des établissements. Il n'existait ni profil de poste, ni description de tâches pour les différentes catégories de personnel. Les responsables des hôpitaux dénonçaient l'absentéisme fréquent ainsi que le manque d'assiduité et de motivation des agents. Le relevé quotidien des présences n'est guère dissuasif à Djibouti. Seules les retenues sur les salaires peuvent être appliquées par l'administration hospitalière, les sanctions disciplinaires plus lourdes relevaient du ministère de la fonction publique. Le personnel de soins subissait des retards de salaires de l'ordre de 3 à 4 mois, et les primes de garde n'étaient pas payées. Ce qui poussait le personnel à adopter des comportements opportunistes en

cherchant des ressources à l'intérieur du système de santé (tarifications informelles, et passe-droits divers, activités soignantes parallèles, détournement des médicaments, absentéisme, etc.). Les médecins du Centre Paul Faure exerçaient par exemple une activité privée hors du Centre. Cette activité, non autorisée était, de fait en partie financée par le budget de fonctionnement des structures publiques puisque beaucoup de patients vus lors de la pratique privée bénéficiaient aussi d'examens complémentaires pratiqués parfois à titre gratuit. Cette situation qui était aussi développée au niveau des autres structures publiques, ne faisait l'objet d'aucune réglementation au niveau national. Le cadre juridique djiboutien interdit la pratique libérale par les fonctionnaires mais l'Etat possède une faible capacité à faire respecter la réglementation.

Sur le plan de la gestion financière aussi, même si certains hôpitaux ne recevaient qu'un budget de fonctionnement très limité de la part du ministère de la Santé, la situation des hôpitaux publics se dégradait dans un contexte difficile en terme macroéconomique. C'est la Coopération française qui a financé la quasi-totalité du fonctionnement du Centre Paul Faure, y compris l'achat de la totalité des médicaments antituberculeux pour l'ensemble des patients tuberculeux hospitalisés ou non jusqu'en 1997. L'hôpital de Balbala recevait aussi à travers la Coopération italienne Coopi, un important appui financier comprenant la totalité du budget de fonctionnement de l'hôpital. La perte de l'assistance financière de la Coopération française depuis 1997 a fait qu'il est difficile de préserver les niveaux antérieurs de performance. A partir de 2002, le fonctionnement de l'hôpital de Balbala est aussi pris en charge par le budget de l'Etat.

3.2.4 Une faible performance globale du système de santé djiboutien selon l'analyse de l'OMS

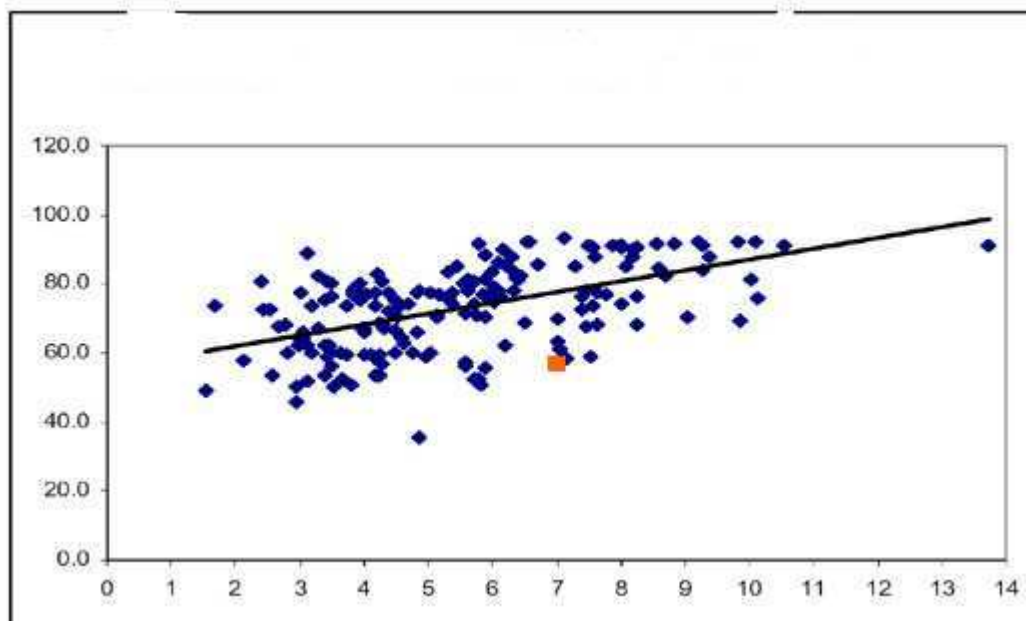
Dans tout système de santé, fournir de soins efficaces qui justifient leur coût est un défi important. La non efficacité des soins peut se traduire soit par la sur-utilisation (faire plus que nécessaire), qui implique un gaspillage de ressources et un accroissement des risques de complications

ou d'erreurs, soit par de la sous-utilisation, qui réduit l'efficacité de l'intervention. Pour s'assurer que les services de santé sont fournis de manière efficiente, l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fourni en 2000 une analyse comparative de la relation entre les ressources financières consacrées aux services de santé et les résultats obtenus. Dans son rapport 2000 sur la santé dans le monde, L'OMS se livre, à un vaste exercice de comparaison de la performance des systèmes de santé. L'étude de l'OMS permet de rapprocher les moyens financiers absorbés par le système de santé (dépenses totales en pourcentage du PIB) de la performance globale de ce système d'une part et de l'impact de ce système sur l'état de la population d'autre part. Cette méthodologie peut présenter des limites de toute évaluation de la performance d'un système de santé a fortiori dans une logique de comparaison internationale, elle fournit néanmoins un éclairage très utile pour comparer en première approximation les systèmes de santé dans le monde. Les principaux résultats de cette comparaison sont pour le cas de Djibouti présentés dans les graphiques 3 et 4.

Un indice pondéré des indicateurs³¹ de santé qui donne une vue globale de la performance d'un système de santé a été construit pour 191 pays par l'OMS. Plus l'indice est important, plus haut un pays se classe au niveau des résultats obtenus en matière de santé. Cet indice a fait l'objet d'une régression par rapport aux dépenses de santé en tant que fraction du PIB entre les pays. Une relation positive émerge entre l'indice et le ratio des dépenses de santé par rapport au PIB. Sur la base de dépenses que Djibouti consacrait à la santé, de l'ordre de 7 % du PIB, le pays aurait dû selon l'analyse de l'OMS se classer 75^{ème} sur 191. En fait, il se classe 55^{ème} comme le montre le graphique 3. Djibouti est représentée par ■

³¹ Cinq indicateurs, affectés d'un coefficient de pondération sont pris en compte : i) le niveau de santé général mesuré par l'espérance de vie corrigée d'un facteur d'invalidité, ii) les inégalités intra-pays en matière d'espérance de vie, iii) le degré général de réactivité du système aux attentes des patients pour des éléments autres que la qualité des soins, iv) les inégalités de réactivité, v) le décret d'équité pour la contribution financière des usagers au système de santé.

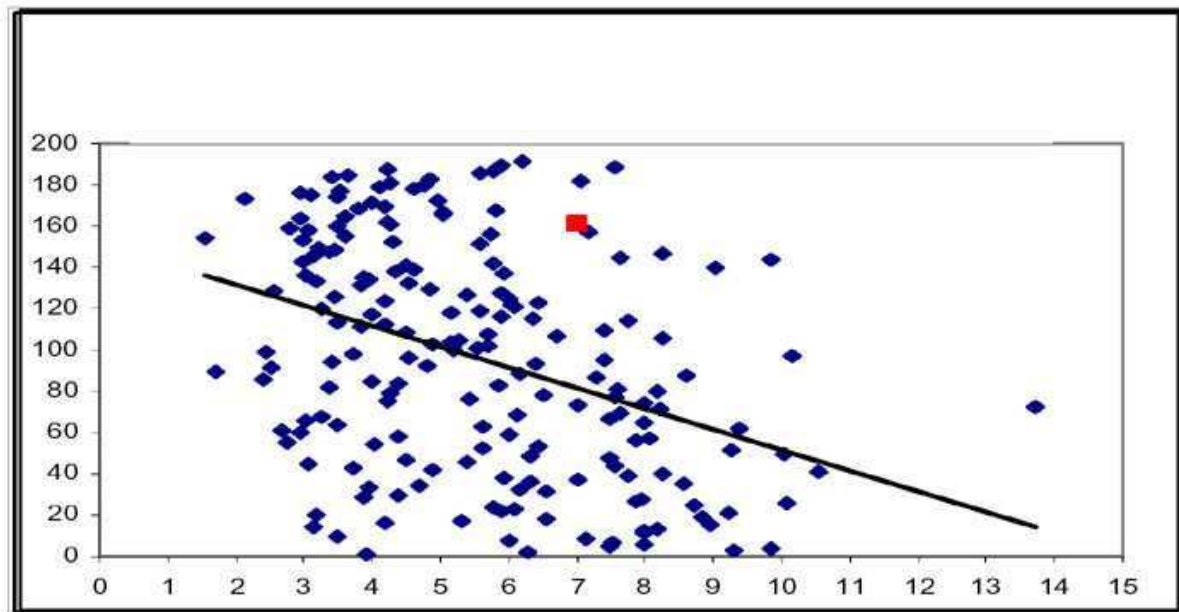
Graphique 3 : Performance comparée du système de santé de Djibouti : relation entre les dépenses et la performance globale du système de santé



Source : OMS 2000

Un autre indice calculé dans l'étude de l'OMS mesurait la performance relative du système de santé d'un pays par rapport à son impact sur l'état de santé de la population. Contrairement à l'indice précédent, plus la valeur de l'indice est élevée, moins est bon le classement du pays. Sur la base des dépenses consacrées par Djibouti à la santé, son classement projeté devrait être d'environ 90 alors que sa position réelle s'est située à 163 sur les 191 pays comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 4 : Performance comparée du système de santé de Djibouti : relation entre les dépenses de santé et l'impact de la santé sur l'état de santé



Source : OMS 2000

Les deux cas permettent de tirer des conclusions similaires pour Djibouti selon l'analyse de l'OMS : l'écart est important entre ce qui est anticipé du système de santé de Djibouti compte tenu des dépenses de santé et des résultats obtenus. L'analyse indique une faible relation entre les dépenses de santé et la performance globale du système de santé et un faible impact du secteur de la santé sur l'état de santé général. Dans ce contexte une réforme de système de santé est avancée comme une solution pour améliorer sa performance.

3.3 Les formes de marchandisation adoptées dans le secteur de la santé

Au début des années 1990, de nombreuses études et rapports (Banque mondiale, Coopération Française, OMS) avaient établi un diagnostic sans complaisance des maux dont souffrait le système de santé à Djibouti : un plateau technique dégradé, des structures publiques de santé gérées selon la logique administrative, des soins chers et de faible qualité, etc.

Ces constats ont inspiré aux autorités politiques djiboutiennes la thérapeutique à administrer aux hôpitaux, consistant à réformer profondément leur gestion. La privatisation des établissements publics de soin constitue souvent la solution la plus radicale. Dans ce cas l'Etat pour assurer la prestation de services de santé laisse le privé, lucratif ou non le soin d'assurer les services de santé. Il peut aller jusqu'à lui transférer la propriété de ses hôpitaux. Dans la réalité, peu de pays ont finalement emprunté cette voie : on notera par exemple que certains pays de l'ex-bloc socialiste, tel que la Roumanie à l'effondrement du communisme, ont opté pour cette solution radicale. Les résultats qui ne sont pas à la hauteur des espérances montrent que la privatisation ne constitue pas forcément un remède miracle universel pour améliorer l'efficacité de la distribution des soins dans un pays donné.

L'exemple de l'hôpital Peltier qui a externalisé le nettoyage et le gardiennage auprès d'une entreprise privée³² DJIB'CLEAN, suffit aussi à se poser des questions sur le recours à des opérateurs privés dans le cas de Djibouti. En effet, la facturation de cette entreprise s'élève à 54 millions de DJF par an, ce qui représente plus de 72 % du budget annuel de fonctionnement accordé à Peltier par l'Etat, ou encore l'équivalent des rémunérations d'environ 120 agents³³ à temps plein.

Cependant, même si le transfert de propriété qui correspond au sens strict d'une privatisation est rare à Djibouti dans le secteur de la santé, la propriété publique des établissements de soins ne libère pas les populations de la prise en charge des soins. La solution proposée par la réforme de 1999 est de faire payer les usagers de services publics de santé jusqu'ici assurés

³² Certes retenue sans aucune mise en concurrence en 2000.

³³ Le salaire moyen brut s'élève à 44.320FDJ par mois et à 29480 FDJ nets.

gratuitement par le secteur public . Le patient doit payer les soins dans les établissements publics de soins au comptant et au moment de la maladie plutôt que de les payer à l'avance et quand il est bien portant. Cette situation correspond à une privatisation du financement de la santé.

Cette évolution va de paire également avec une nouvelle gestion publique des établissements de soins, associée à la responsabilisation des acteurs et à l'autonomie des établissements publics, à l'implication de la population dans la gestion des établissements de soin. La tendance à la baisse des subventions de l'Etat, destinées aux établissements publics de soins, et la grande autonomie financière qui leur est accordée les poussent souvent à intervenir sur le marché comme une entreprise commerciale pour vendre les services produits.

3.3.1 Le paiement au comptant de services publics de santé : une privatisation des dépenses de santé

Comment financer la santé ? La principale formule trouvée par le Gouvernement de Djibouti à l'instar de beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne est la participation des patients au financement de la santé, que certains économistes ont appelé « le recouvrement des coûts ». Ce système de recouvrement suggère le passage d'une prise totale par l'Etat à une prise totale ou partielle des coûts des services publics de santé par les bénéficiaires eux-mêmes au moment où ils sont malades. C'est par l'Initiative de Bamako en 1987 (voir encadré), que les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF proposent de faire payer les usagers des structures publiques. Cette attitude favorable au financement privé de la santé a été aussi confortée par la Banque mondiale qui, durant les années 1990, a non seulement fait campagne en faveur du relèvement du coût des prestations laissé à la charge des usagers, mais qui en a même fait au Kenya et en Ouganda, par exemple une condition préalable à l'octroi d'un prêt (Dahlgren, 1991).

A partir des perspectives différentes, la Banque mondiale, L'UNICEF et l'OMS ont trouvé dans le financement privé dans les services publics de santé des justifications en accord avec leur approche sur la santé. La Banque mondiale, bien que n'étant partie prenante de l'IB, soutient que le paiement des services de santé ne constitue pas un obstacle à leur utilisation et pouvait contribuer à l'amélioration de leur qualité³⁴. L'accent mis sur l'offre de services plutôt que sur la demande devait inciter les services publics de santé à une meilleure performance et à une plus grande attention aux besoins exprimés par la population (Banque mondiale, 1987). En outre selon G. Dahlgren (2000, p. 131), quatre arguments principaux (non vérifiés) sont avancés par les institutions financières internationales telles que la Banque mondiale, selon lesquels frais à la charge des usagers dans les pays en développement seraient non seulement rentables mais aussi équitables.

« Premièrement en payant des redevances élevées, les riches contribuent à la couverture médicale des pauvres » : si les catégories aisées payent des tarifs élevés dans les services publics, une plus grande proportion des fonds publics peut être utilisée pour couvrir, par exemple, les soins hospitaliers des pauvres. Cet argument paraît convaincant à première vue. Mais il ne vaut que si l'augmentation des tarifs n'empêche pas les pauvres d'accéder aux services hospitaliers. Or, tel n'est pas le cas. Les hôpitaux publics djiboutiens sont de plus en plus tributaires des recettes provenant du paiement direct et accordent la priorité à ceux qui peuvent payer. Par conséquent, les hôpitaux publics favorisent les plus riches et ces derniers bénéficient de la plus grande part, des fonds publics investis dans les services hospitaliers.

« Deuxièmement, les redevances peuvent être abolies pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer » : généralement, les politiques favorables au paiement à l'acte des services de santé soutiennent une ou deux mesures permettant théoriquement de supprimer ce mode de paiement en cas de

³⁴ Notons que c'est également en 1987 qu'est apparu un document majeur issu de la Banque mondiale, qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 1990 et qui faisait apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé : « financing health services in developing countries : agenda for reform ».

besoin afin de garantir l'accès gratuit aux soins de ceux qui ne peuvent pas payer. Mais, de telles mesures reposent rarement sur des estimations du nombre des citoyens qui sont dans l'incapacité de payer, en fonction d'un barème donné. Qui plus est, aucun budget n'est prévu pour rémunérer les prestataires de soins gratuits et aucun mécanisme n'est prévu pour recenser les ayants droit. La plupart du temps, aucune corrélation n'est établie entre les critères déterminant la capacité financière et le montant à acquitter. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que très peu des pays pauvres, voire aucun, aient pu mettre sur pied des systèmes opérationnels de suppression du paiement direct à l'acte des services de santé qui garantissent l'accès des plus pauvres aux services de santé de base.

« Troisièmement, les gouvernements ne peuvent pas assumer seuls, le volume des soins de santé gratuits et qu'il faut donc assurer une meilleure répartition des dépenses (c'est-à-dire relever le montant laissé à la charge de l'utilisateur). Or, étant donné que toutes les dépenses de santé sont payées par la population par le biais des impôts directs et indirects, les différents types d'assurance maladie et le paiement direct par les malades sont identiques » : dans tous les pays, les habitants participent aux frais de la santé. Ce sont leurs impôts et leurs cotisations aux régimes publics d'assurance maladie qui constituent le gros de leur contribution au système de santé. La question clé est donc de savoir qui doit payer, combien et quand. Pour pouvoir répondre, il faut savoir que lorsque l'on passe de l'impôt à un système de paiement direct par l'utilisateur pour un niveau et un type de service donnés, le malade paie plus et le bien portant paie moins. Or le poids de la maladie et donc le besoin de soins et de médicaments sont les plus importants chez les pauvres, les personnes âgées ; ce sont ces catégories qui paient proportionnellement le plus.

Enfin, « quatrième des frais d'hospitalisation élevés réduirait les soins inutiles ». Pourtant, c'est généralement le contraire qui se passe pour la simple raison que les catégories aisées, c'est-à-dire celles qui sont le plus demandeuses de soins non indispensables (considérés comme tels en cas de difficultés budgétaires de l'Etat), ne sont touchées que marginalement par

une augmentation des tarifs, alors que les catégories défavorisées, elles, accèdent plus difficilement aux soins. En outre, les prestataires qui sont de plus en plus tributaires du financement privé ont souvent tendance à prodiguer des soins non vitaux, à condition qu'ils soient rentables. Cette demande de soins dite « secondaire » se caractérise par de séjours hospitaliers plus longs que nécessaire, des analyses de laboratoires inutiles et une sur-utilisation des techniques de pointe.

Pour l'UNICEF, cette forme de revitalisation des services de santé correspondait à un besoin de renforcement des soins de santé primaires. Quant à l'OMS, le fait de confier à la population le soin de gérer des fonds qui doivent principalement permettre le réapprovisionnement des structures publiques en médicaments essentiels, constitue une forme de participation communautaire (Dumoulin et Kaddar, 1993). On parle d'ailleurs dans la littérature des financements communautaires pour désigner le paiement comptant de services publics de santé.

Le concept de « Santé pour tous » qui consistait à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé et l'égalité de traitement, mise en place à Alma-Ata (voir encadré) est pris en défaut également par la situation économique difficile des pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1980 et 1990. La situation économique de ces pays caractérisée notamment par une récession économique et par une dégradation des conditions sanitaires, a conduit les instances internationales à remettre en cause le système de fourniture gratuite de soins. La réduction de la participation de l'Etat aux coûts des systèmes de santé rend en quelque sorte logique l'augmentation de celle des usagers prônée par les promoteurs de l'IB. Mais selon B. Hours (1992), la mise en œuvre de l'IB a été vue sous l'angle néolibéral et la santé est devenue un produit comme un autre soumis à la loi de l'offre et de la demande qui régule le marché. En effet la promotion de financement privé dans le secteur public tend à négliger la question de l'équité (Turshen, 1999). Cet auteur a même franchi le pas pour interpréter l'Initiative de Bamako comme une stratégie des compagnies pharmaceutiques afin de mettre la question des médicaments dans une

sphère de marché plutôt que sous le contrôle des gouvernements³⁵. Pour Flori et Tizio (2000) aussi : « l'IB a été fondée selon une vision essentiellement libérale, c'est explicitement le volet efficacité, à la fois organisationnel et financier, qui est promu au rang de priorité dans les interventions de santé.

L'IB donnait aussi l'illusion qu'à la fin du soutien des bailleurs de fonds, les centres de santé gérés par les populations avec cette vision idéaliste de la solidarité communautaire des sociétés traditionnelles africaines allaient définir financièrement autonomes (Ridde, 2003, p. 4). L'enthousiasme des gouvernements africains dans l'adhésion de l'IB découlait aussi du fait notamment que l'Initiative éludait les questions de responsabilités et plus particulièrement celles des Etats et des ministères de santé. Les Etats pouvaient entrevoir la possibilité de réduire leur contribution au financement du système de santé (Chabot, 1998). Ces transformations des systèmes de santé ne s'accompagnent aussi pas par des débats dans les pays concernés notamment parce que la santé ne constitue pas un enjeu réel pour les élites des pays africains. La dépendance des financements extérieurs constitue aussi un autre facteur limitatif de tout débat dans les pays africains.

Djibouti n'a pas été un pays précurseur dans l'application de l'Initiative de Bamako. En outre le Gouvernement ne revendique pas vraiment l'Initiative de Bamako³⁶. Cependant, officiellement depuis juillet 1999, l'utilisateur djiboutien paie partiellement ou intégralement les biens et services de santé auxquels il a recours dans les structures publiques. La marchandisation du système de santé intervient dans un contexte difficile où les organisations publiques de la santé connaissaient de problèmes de

³⁵ Tushen (1999) va jusqu'à avancer que le changement de directeur de l'OMS, de H. Mahler (Directeur général de l'OMS de 1973 à 1988) pour Nakajima (Directeur général de l'OMS de 1988 à 1998), n'est pas anodin à propos de l'appui de cette organisation à l'IB. Alors Mahler y était plutôt défavorable par peur d'une sur-prescription médicamenteuse, Nakajima dont les relations personnelles avec les compagnies pharmaceutiques japonaises étaient connues, aurait favorisé l'IB selon cet auteur. La promotion de l'Initiative de Bamako coïncide avec la dernière année de H. Mahler à la tête de l'OMS, et ce dernier était fortement en désaccord avec les concepts sous-jacents de l'Initiative et en craignait fortement les conséquences.

³⁶ Le ministère de la Santé djiboutien emploie le terme « *de participation équitable de la population aux dépenses de santé* » pour désigner le paiement au comptant de services publics de santé.

financement. Mais en règle générale, les prestataires des services de santé approuvent les mesures établissant à un niveau élevé les frais à la charge des patients. Les responsables des établissements publics djiboutiens que nous avons rencontrés y voient notamment la possibilité d'améliorer la qualité des services et d'augmenter leur revenu. Pour les pouvoirs publics qui doivent gérer également des fonds publics en quantité limitée, remplacer une partie des dépenses publiques par des paiements directs constitue une formule séduisante. De plus le discours a changé et on ne parle plus à Djibouti du « *recouvrement des coûts des médicaments essentiels afin de les rendre accessibles* » comme le discours de James Grant³⁷ l'entendait en 1987 lors de l'annonce de l'IB mais d'un partage équitable des dépenses de santé, ce qui va bien plus loin concernant le fardeau financier pour les usagers. Le paiement direct et au comptant de services de santé concerne aujourd'hui l'ensemble des prestations fournies par le secteur public de soins y compris les services préventifs (carnet de vaccination, la pesée des enfants, consultations, hospitalisation, examens de laboratoire, traitement ophtalmologie, accouchements, soins dentaires, etc.) et tous les établissements publics de soins.

Les tarifs des établissements publics de soins sont déterminés par le ministère de la Santé. Ils incitent à consulter en première attention les centres de santé qui constituent la base de la pyramide de soins. Ces derniers fournissant des soins basiques ont opté pour un système de tarification forfaitaire souvent détaché de calcul des prix de revient réel pour couvrir des sommes plus modestes auprès du plus grand nombre plutôt que de faire payer de fortes sommes à très peu de gens. Quant aux établissements publics de référence nationale, bénéficiant d'une autonomie de gestion et financière, ils utilisent les outils de la comptabilité analytique afin de connaître les coûts à couvrir.

Les structures publiques de soins conservent intégralement les sommes qu'elles encaissent dans le cadre du recouvrement des coûts. Ces

³⁷ Directeur de l'UNICEF à l'époque. Selon ce dernier : « *la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé* ». Par la suite, la notion de « recouvrement des coûts » (terme utilisé pudiquement pour désigner le paiement des usagers) sera étendue à diverses recettes collectées par les structures publiques de soins (Foirry, 2001).

sommes constituent les ressources propres de chaque établissement en complément de la subvention théoriquement versée annuellement par l'Etat. La gestion de ces fonds est plus souple que pour le financement public. De plus, l'autonomie des hôpitaux publics ouvre à une gestion locale des fonds, cela a donc incité les établissements publics de soins à développer cette source de financement. L'objectif principal du paiement au comptant des services de santé est de drainer des fonds privés vers les hôpitaux publics. Les ressources ainsi collectées doivent être affectées à des actions visant à rehausser la qualité de l'offre publique de soins (approvisionnement régulier en médicaments essentiels, intéressements financier du personnel). Les recettes procurées par la politique de recouvrement doivent mieux prendre en compte également l'équité : une partie des recettes pourra être utilisée comme subvention au bénéfice des indigents (les plus pauvres des pauvres). L'amélioration de la qualité et de l'équité doivent entraîner en particulier une augmentation de la fréquentation des structures de santé de premier niveau délaissées par la population. Cette hypothèse est basée sur l'offre qui crée sa propre demande de santé. Le prix n'a pas d'effet négatif sur la demande de soins, même en ce qui concerne les plus pauvres. Mais en dépit de la participation de la population dans le financement de la santé, les problèmes de financement subsistent encore dans le secteur public de santé à Djibouti. Les structures publiques de soins ont un niveau de ressources égal voire inférieur à celui qui existait avant l'adoption de la politique de paiement de services publics de santé. Le paiement au comptant et au moment de la maladie des usagers représente également une barrière financière à l'utilisation des services publics de santé pour les plus pauvres notamment. Ce qui va à l'encontre de l'objectif ultime recherché qui consistait à améliorer l'accès aux soins de la population et notamment les plus pauvres. Les conséquences d'un financement privé de la santé seront traitées amplement dans le chapitre 4.

3.3.2 Une nouvelle gestion des établissements publics de soins

Poussée par ses partenaires au développement Djibouti s'est orientée vers une nouvelle gestion des établissements publics de soins qui s'appuie sur trois axes principalement :

- l'implication de la population dans la gestion des structures publiques de soins pour mettre en place des politiques de santé à la place de l'Etat,
- l'Etat procède également à la décentralisation de services de santé en transférant le pouvoir et la responsabilité de services publics de santé à des autorités locales sous-financées,
- une large autonomie de gestion est aussi accordée aux établissements publics de référence nationale.

3.3.2.1 L'implication de la population dans la gestion des établissements publics de soins

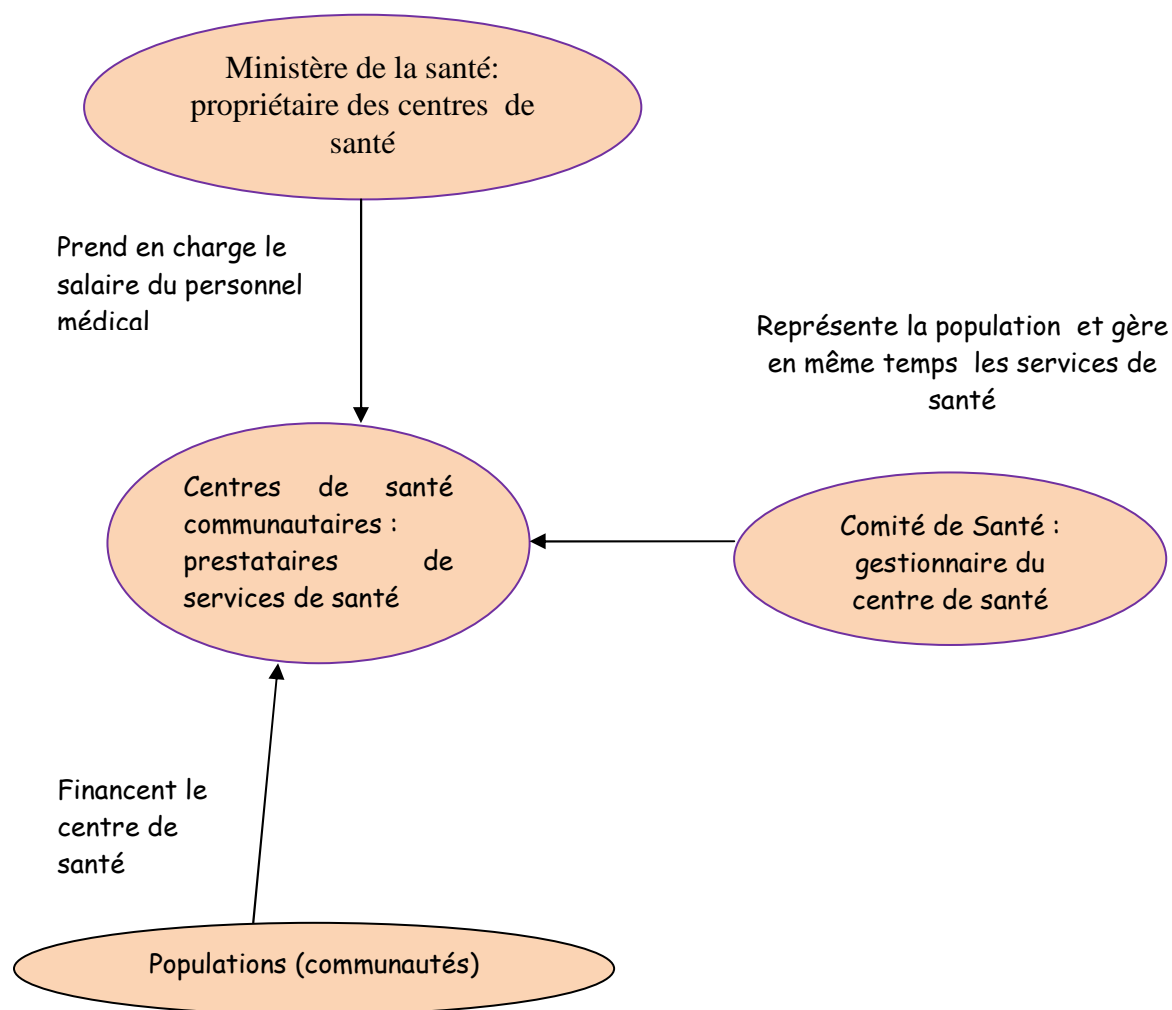
La loi portant réforme hospitalière du 23 décembre 1999 transforme les hôpitaux publics situés au sommet de la pyramide de soins en établissements publics de soins (EPS) dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. Cette loi a mis en place également dans les établissements publics de soins, d'organes délibérant (conseil d'administration) dans lequel siègent aujourd'hui des représentants du personnel et des usagers. L'objectif est notamment de faire participer dans le conseil d'administration des établissements publics de soins ceux qui ont un intérêt à ce qu'ils fonctionnent bien : usagers, élus, représentants de la communauté, du personnel médical et non médical. Ainsi, par exemple « AL BIR », association caritative dont la mission principale est d'aider les plus démunis, est membre du conseil d'administration de la maternité de Dar El Hanan. Dans cet établissement une participation financière est demandée aux patients y compris les plus pauvres afin d'améliorer le fonctionnement de la maternité. L'association participe à l'adhésion de la population et à la garantie de la transparence de la gestion des fonds communautaires. Pour cet établissement, la présence au sein dans son conseil d'administration

d'une association qui en plus vient en aide aux plus pauvres lui sert de caution morale pour faire accepter plus facilement à la population le paiement de services de santé. Quant à l'hôpital Peltier, on retrouve dans son conseil d'administration des fonctionnaires de l'Etat (5 membres sur 9), le poids des fonctionnaires représentant les différents ministères est trop lourd. Il en fait plus un organe de tutelle supplémentaire que de participation aux décisions stratégiques.

En revanche en ce qui concerne les centres de santé, le concept de participation communautaire s'est beaucoup développé à Djibouti. Hormis l'administration publique, la gestion des centres de santé implique désormais des groupes communautaires qui participent au financement des structures publiques de soins. Les termes de « communauté » et population sont très proches et désignent l'ensemble des personnes qui habitent dans une zone géographique déterminée. Les centres de santé communautaires sont des structures publiques de soins ayant chacun son siège dans un quartier déterminé. Au niveau de chaque centre de santé, un comité de santé local regroupant les élus locaux, les associations du quartier et le personnel médical est créé. Les centres de santé conservent leur statut public avec un personnel en grande partie membre de la fonction publique. Le comité de santé a cependant un statut d'association à but non lucratif officiellement reconnu par l'autorité administrative compétente. Il est dirigé par un bureau exécutif de cinq membres, appelé « Comité de Gestion » qui assure la gestion des ressources financières, matérielles et en produits pharmaceutiques du centre pour garantir la pérennité du système de la participation communautaire³⁸. Le comité de gestion statue obligatoirement sur toute décision, conforme à la politique nationale de santé, et qui engage le centre de santé. Chaque centre de santé est responsable de son budget. Le schéma 3 permet de mettre en lumière le rôle des différents acteurs intervenant dans les centres de santé :

³⁸ Selon l'article 14 du décret portant organisation et fonctionnement des comités de gestion des centres de santé du ministère de la Santé, il s'agit deux membres issus parmi les élus communaux, deux représentants du ministère de la Santé, et un représentant des associations et ONG du secteur sanitaire du centre de santé.

Schéma 3 : les rôles des différents intervenants dans les centres de santé



Source : l'auteur

- le ministère de la santé assure la rémunération du personnel médical,
- la population composée des individus de la communauté qui sont potentiellement pris en charge par le centre de santé local finance le centre de santé par le biais du système de paiement au comptant,
- le comité de santé local gère les services de santé par l'intermédiaire d'un comité de gestion.

En première analyse, l'implication de la population dans la gestion de centres de santé s'inscrit à Djibouti dans un processus de décentralisation. Le comité local devient ainsi les acteurs privilégiés des politiques de santé

dans son quartier. En réalité, cette situation traduit un désengagement de l'Etat. Il s'agit pour l'Etat d'échanger un pouvoir concédé à une coalition regroupant des élus locaux, des associations des quartiers et du personnel médical contre le financement de ces centres par la population elle-même. Officiellement depuis juillet 1999, il est instauré une participation financière des populations aux dépenses de santé. En échange peut-on dire, les populations doivent être impliquées non seulement dans les financements du système de santé mais aussi dans la gestion des structures sanitaires. Trois objectifs sont poursuivis principalement par le Gouvernement à travers l'implication de la population dans la gestion des structures sanitaires. Il s'agit en premier lieu de rapprocher la collecte des fonds du lieu de leur utilisation. Les ressources issues de la participation de la population dans le financement de la santé sont utilisées par les services de santé qui les avaient collectées pour les affecter premièrement à l'achat de médicaments. Ainsi, les usagers des centres publics de santé ne seront plus dans l'obligation systématique d'avoir recours aux distributeurs informels de médicaments, mais pourront s'adresser à un circuit de distribution officiel, qui offre théoriquement plus de garantie quant à la qualité des produits. Le prix de médicaments reste très élevé dans les officines privées officielles (voir chapitre 4).

La participation communautaire, en décentralisant la gestion des ressources et la prise de décision quant à leur affectation, vise aussi à permettre un ciblage plus efficace des indigènes (très pauvres) et la mise en place des mécanismes d'exonération de paiement de services de santé pour ceux qui ne peuvent pas réellement payer. La mise en place d'un dispositif particulier pour les indigents trouve sa justification notamment dans les articles 45 et 47 de la loi du 3 juillet 1999 portant orientation de la politique de santé. L'élasticité de la demande de soins par rapport au prix est beaucoup plus forte pour les indigents que pour les autres catégories de population.

Enfin, l'implication de la population dans la gestion des structures de soins repose sur l'hypothèse que l'impact de l'organisation communautaire sur la prestation de services de santé est plus grand lorsque la population

décide de prendre elle-même les choses en main. Plutôt que de rechercher à agir sur un gestionnaire qui lui est extérieur, elle préfère prendre ses responsabilités et gérer elle-même des structures de soins en suivant en cela l'adage « on n'est jamais aussi bien servi que par soi même ». Cette participation des populations aux décisions organisationnelles et financières, concernant les unités de santé locales devrait en fin de compte contribuer à faire augmenter les fréquentations de structures de santé de premier niveau notamment souvent délaissées par les patients.

Pour les pays en développement, la participation communautaire reste aussi une prescription des organisations internationales. C'est par l'Initiative de Bamako notamment que les pays d'Afrique subsaharienne font évoluer leurs politiques de santé vers un désengagement assez marqué des Etats. Sur le plan organisationnel, le secteur public de santé décentralisé doit être autogéré par des associations d'usagers ; sur le plan financier, les mêmes usagers doivent payer pour les soins qu'ils reçoivent.

Mais ce qui est important pour les populations, ce qu'elles disposent de services de santé de qualité. La stratégie qui consiste pour elles à s'immiscer dans la gestion quotidienne des structures de soins n'est pas une garantie de soins. La société civile aussi est encore mal organisée à Djibouti et ne représente pas un contrepoids suffisant au rôle de l'Etat. Sans même remettre en cause le principe de l'implication de la population dans la gestion des établissements publics de soins, quelques limites de la participation communautaire méritent d'être soulignées à Djibouti. Premièrement, le statut des membres de comité de gestion est bénévole et ne donne droit à aucune rémunération. L'expérience montre cependant que les gens ont un seuil de tolérance au bénévolat dont il faut tenir compte, seuil variable suivant les individus mais qui, avec le temps a tendance à baisser. A Djibouti, les membres du comité de gestion sont élus pour une durée de deux ans renouvelables, il n'est pas rare néanmoins de voir des individus démissionner d'un comité de gestion car leurs activités bénévoles prennent trop de temps.

Il est également fréquemment demandé aux membres du comité de gestion d'effectuer des tâches de plus en plus complexes : contrôle de gestion, contrôle d'une pharmacie communautaire, rédaction d'un rapport

pour rendre compte des activités du Comité de Gestion, mettre en œuvre des activités relatives à la promotion de la santé de la collectivité, etc. Ces tâches relèvent plus d'un professionnel de santé que d'un simple bénévole.

La représentativité des organisations communautaires reste aussi à démontrer. La représentation de la communauté par des individus présente souvent des avantages lorsque que leur rôle est consultatif. Elle est un moyen pour prendre l'avis d'une communauté sans être obligé, à chaque fois, de réunir cette communauté. Ce comité de santé comprend les associations et les élus locaux, qui sont supposées représenter les membres de la communauté d'une zone géographique donnée. Par contre reste à voir si les représentants de la communauté qui sont des élus locaux et les associations de la zone desservie par le centre de santé en question représentent vraiment l'ensemble de populations ou simplement les membres de leur association par exemple. Les habitants d'un quartier desservi par un centre de santé ne sont pas tenus de se reconnaître dans les représentants élus ou désignés. Les associations du quartier, très nombreuses et le plus souvent informelles, sont constituées à Djibouti par des personnes qui réalisent des activités à but non lucratif. Dans certains cas, ces associations, bien que se déclarant sans but lucratif, ne constituent que le regroupement de personnes pour lesquelles l'organisation n'est qu'un moyen d'obtenir une activité rémunérée auprès de bailleurs de fonds notamment.

La participation communautaire dans la gestion des structures sanitaires actuellement en place ne permet pas, non plus comme avait été souhaité, une augmentation de la gamme de services de soins de santé dans les centres de santé. Aucun centre de santé n'a par exemple collecté suffisamment des recettes pour pouvoir renouveler son stock de médicaments grâce à ses ressources propres. La prise en charge des indigènes reste aussi une problématique autour de laquelle peu de programmes ont été avancés à Djibouti. Les pouvoirs publics n'ont pris aucune décision pour traiter directement le cas des « indigènes » sous prétexte qu'il est infiniment délicat d'identifier les « vrais indigènes » lorsqu'une fraction importante de la population est pauvre. Les critères d'identification paraissent difficiles à mettre en place également dans une

économie qui s'est structurée sur des bases informelles et dans un pays où les politiques sociales sont peu développées et les acteurs sociaux de terrains peu nombreux. Ce sont donc les comités de santé locaux qui doivent accorder le statut « d'indigent » tout étant responsables financièrement les dépenses correspondantes aux prises en charge des indigènes. Mais comment identifier les personnes concernées et avec quelles ressources pour satisfaire leur demande de soins de base ?

La participation de la population à la gestion des centres est mal définie et souvent confondue avec la participation financière. Par ailleurs la population reste avant tout simple cliente des structures publiques de soins à Djibouti. Nous devons ajouter à cela le fait que le transfert de la responsabilité aux communautés ne peut renforcer l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, non seulement à l'intérieur de ces mêmes communautés mais également entre les régions. Le rôle de l'Etat demeure crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins.

3.3.2.2 Une décentralisation de services de santé à des autorités locales sous-financées

En bon héritier du jacobinisme français, l'Etat djiboutien a pendant longtemps été un Etat très centralisateur (Chiré, 2012, p. 1). La conséquence la plus notable de cette politique demeure le développement d'un territoire macrocéphale dominé par une capitale, véritable micro-état, regroupant plus de 70 % de la population et l'essentiel de richesses nationales. L'engagement du pays dans un processus de décentralisation est récent. En mars 2006, le processus de décentralisation a permis de diviser le pays en six régions administratives : une région centrée sur la capitale (Djibouti) et cinq autres régions de l'intérieur (Ali-Sabieh, Arta, Dikhil, Obock et Tadjourah). L'intérêt de la décentralisation peut se poser à Djibouti. Officiellement les objectifs stratégiques fixés par cette politique de décentralisation consistent à rendre plus efficaces les actions de l'Etat en rapprochant l'administration de l'administré, promouvoir la démocratie locale, la participation de la société à la gestion des affaires publiques, instaurer une gouvernance concertée et

participative (Ahmed, 2005, p. 248). Elle ne concerne que trois ministères : l'Agriculture, l'Education et la Santé. La décentralisation transfère la responsabilité de grandes fonctions publiques à des collectivités locales qui ayant compétence sur un territoire défini et qui tirent leur légitimité d'une élection de leurs représentants, permet de rapprocher la décision du citoyen.

Les gouvernements locaux devraient être également davantage à l'écoute des besoins spécifiques des populations et davantage attachés à leur trouver une réponse rapide. Par ailleurs, parce qu'ils sont plus proches des populations, ils devraient être en mesure d'obtenir leur mobilisation et leur participation au développement local.

La décentralisation du pays en général et du système de santé en particulier émane aussi dans les pays en développement des bailleurs de fonds. C'est par la Déclaration d'Alma-Ata, en 1978 et par l'Initiative de Bamako en 1988, que les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne, se sont proposés sous l'égide de l'OMS de décentraliser la gestion du système de santé car l'organisation centralisée du système de santé favorisait l'apparition de comportements rentiers au sein du système et hypothéquait l'équité (Hecht et Musgrove, 1993). La décentralisation du système de santé dans les pays en développement est alors présentée comme un moyen de lutter contre la corruption et la recherche de rente des fonctionnaires centraux dans le domaine des politiques de santé. Il est important cependant de s'interroger sur les objectifs et la pertinence de la décentralisation du système de santé à Djibouti. En dépit de quelques avantages, la décentralisation du système de santé souvent confondue à Djibouti avec la notion de déconcentration³⁹ est un processus dont les difficultés sont sous-estimées. La majorité de la population djiboutienne vit dans la capitale qui concentre également l'intégralité de l'activité économique. D'autre part, compte tenu de la base très réduite de l'économie djiboutienne et en l'absence d'un minimum de ressources générées localement et complétées par l'apport de l'Etat, aucune région ne peut être générée de façon

³⁹ Décentralisation au sens strict : les affaires de la collectivité décentralisées sont pour l'essentiel gérées par les organes élus et délibérants non soumis à la tutelle du pouvoir central ou à celle de ses représentants locaux ; déconcentration : transfert de compétences de gestion selon des modalités bien définies à des structures ou à des représentants locaux de l'Etat situés au niveau local, mais soumis à l'autorité hiérarchique du pouvoir central.

autonome. Les possibilités pour les élus locaux de prélever des revenus, à partir des impôts locaux sont inexistantes.

Les trois ministères concernés par la décentralisation (l'Agriculture, l'Education et la Santé) n'ont pas encore finalisé les décrets de transfert de compétence. Mais le Gouvernement décentralise les services de santé sans avoir traité les implications nécessaires en terme de définition de compétences, réaffectation des ressources, démultiplication des institutions locales, besoin en personnel et budget y afférents. La décentralisation ne pourra s'opérer correctement en l'absence d'une administration forte et efficace. Dans le domaine de la santé, la liberté accordée aux structures décentralisées pour adapter la production de soins aux conditions locales doit être encadrée par des mécanismes de coordination. Ceux permettent de s'assurer que la décentralisation telle qu'elle sera mise en œuvre par les structures de soins et les collectivités locales, sera en accord avec la politique nationale. A Djibouti, les personnes siégeant dans les collectivités ont pour l'instant peu de connaissance en matière de développement sanitaire. Par ailleurs, Djibouti et en particulier l'intérieur du pays, manque de personnel médical qualifié. Compte tenu de la situation sanitaire actuelle, il n'apparaît pas efficient d'accorder la priorité à l'augmentation des effectifs du personnel non médical décentralisé. La petite taille et la très forte concentration de la population à Djibouti-ville est un autre argument supplémentaire.

La décentralisation exige beaucoup de rigueur aussi. Dans le cas contraire, la gabegie, l'inefficience et la corruption peuvent s'installer. La charge administrative et de gestion de la pyramide de soins sera alourdie et nécessitera des capacités et des compétences qui, pour l'instant n'existent pas en nombre suffisant à Djibouti. La solution ne réside pas dans un transfert de compétences du ministère déjà sous doté aux structures décentralisées. Elle changera profondément également le rôle du ministère de la Santé. Ce dernier devra définir la politique de la santé, formuler des avis techniques aux structures décentralisées, superviser leurs activités et évaluer leurs performances. Le système d'information n'est pas encore performant à Djibouti.

La décentralisation du système de santé est aussi impulsée à Djibouti par des considérations politiques. Il s'agit notamment de renforcer l'unité du pays. Dans un pays comme Djibouti où la concurrence ethnico-tribale est assez forte, le service public de santé devient aussi l'objet des stratégies de groupes régionalistes. Cependant, en l'état actuel, une véritable décentralisation du système de santé à Djibouti paraît prématurée. Elle nécessite notamment des capacités d'administration, de planification et de gestion aux niveaux décentralisés dont le pays ne dispose pas. Doter les structures décentralisées des compétences nécessaires sera long et coûteux. Il n'est pas possible de résoudre le problème en transférant du personnel du niveau central aux niveaux décentralisés.

3.3.2.3 Une large autonomie administrative et financière accordée aux établissements de référence nationale

A Djibouti sauf dans le secteur pharmaceutique où l'Etat a vendu au privé la plus grande pharmacie du pays, le transfert de propriété qui correspond au sens strict de la privatisation n'est pas mis en application. Cependant, considérant qu'une unité de production de services de santé fonctionnant selon la logique de gestion de l'administration traditionnelle constitue un frein à l'efficacité de ces établissements, mais considérant dans le même temps qu'il n'est pas souhaitable ni de privatiser, ni de confier leur gestion à une institution privée, le Gouvernement djiboutien a alors choisi de donner aux structures de référence nationale une large autonomie. Tout en continuant de relever du secteur public, les établissements publics de référence nationale sont dotés d'une personnalité morale de droit public assumant une mission de service public et disposant de l'autonomie administrative et financière. Il s'agit à la fois de combiner l'exigence du service public incarnée par l'administration avec l'esprit de l'entreprise rattaché au secteur privé dans le but d'améliorer les performances des hôpitaux publics aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité de soins. Situés au sommet de la pyramide sanitaire, les établissements de référence nécessitent une attention particulière pour qu'ils puissent assumer

les rôles qui leur sont impartis. Pratiquant diverses spécialités, ils constituent l'ultime référence dans la hiérarchie des prestations de soins de santé dans le pays. En accordant le statut d'autonomie à un hôpital, l'Etat donne la possibilité d'augmenter l'indépendance et la responsabilité dans la prise de décision. Cette démarche vise plutôt à donner aux dirigeants des services publics une marge de manœuvre qui leur permet de prendre les initiatives propres à améliorer la qualité du service rendu. Pour autant, ces structures autonomes ne sont pas totalement indépendantes, elles entretiennent des relations avec l'autorité qui lui a accordé cette autonomie (ministère de la Santé). Ce qui signifie que ces établissements sont placés sous la responsabilité et le contrôle de l'Etat, qui en garantit le fonctionnement financier et en fixe les conditions de fonctionnement.

Doter un établissement de la personnalité morale signifie (i) que celui-ci n'est plus un service géré par le ministère de la Santé, (ii) qu'il devient une collectivité distincte ayant sa gestion propre, (iii) mais reste une personne morale de droit public, que ses installations appartiennent à l'Etat. Les dirigeants ainsi que les membres de son conseil d'administration sont nommés par les pouvoirs publics. La majorité de son personnel relève du statut de la fonction publique. C'est à l'Etat qu'il revient également de fixer l'ensemble des normes de fonctionnement, les modalités de financement et de tarification des soins, les règles budgétaires et comptables, les procédures administratives de gestion et d'en assurer le contrôle et la tutelle. Les principaux textes publiés⁴⁰ vont totalement dans ce sens. La loi de réforme hospitalière du 23 décembre 1999 en donne une définition dans son article 35 « *Les Etablissements Publics Hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial, mais sanitaire et social* ».

L'autonomie de gestion s'exerce dans un cadre défini par les textes et elle est soumise à un certain nombre d'obligations et de contrôles. Ceux-ci

⁴⁰ Loi 21 janvier 1998 portant sur la définition et la gestion des établissements publics et son décret d'application du 8 juin 1999 portant sur la définition et la gestion des établissements publics à caractère administratif. Loi du 3 juillet portant orientation de la politique de santé. Loi du 23 décembre 1999 portant réforme hospitalière. Loi du 21 janvier 2001 relative aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé.

s'expriment essentiellement de la façon suivante et dans les domaines suivants :

- la totalité des pouvoirs et attributions du directeur et du conseil d'administration s'exerce dans le cadre de la politique de santé fixée par le Gouvernement. Le ministère de la Santé s'assure de l'adéquation de la stratégie économique et financière des établissements aux objectifs fixés par le Gouvernement⁴¹,
- les outils et procédures de gestion (plan comptable, cadre budgétaire, statut du personnel, etc.) sont élaborés par l'autorité étatique et s'imposent aux gestionnaires,
- les délibérations du conseil d'administration sont soumises à une approbation tacite du ministre de la Santé, qui exerce par ailleurs, toujours a posteriori,
- dans le domaine des finances, la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable, avec la présence d'un comptable agent du Trésor non soumis à l'autorité du directeur, a pour vocation d'éviter les gestions de fait et de veiller au respect de l'orthodoxie budgétaire. Le directeur ne peut manipuler de fonds, seul l'agent comptable étant compétent pour encaisser les recettes et payer les dépenses de l'établissement, détenir, maintenir et conserver les fonds et valeurs de l'établissement, et gérer sa trésorerie⁴². De plus, un commissaire aux comptes est chargé de certifier le compte financier définitif avant qu'il soit transmis aux ministères de tutelle⁴³.

Cependant l'autonomie de gestion n'a de sens que si elle confère aux responsables hospitaliers (directeur, conseil d'administration et représentants du personnel médical et non médical), une marge de manœuvre, d'autre part, avant la réforme de 1999, les difficultés de fonctionnement des hôpitaux de référence nationale sont attribuées aux carences de l'environnement juridique et au manque de pouvoirs donnés à ses responsables. Les directeurs bénéficient d'une compétence générale dans la gestion de leurs établissements dont ils sont les représentants

⁴¹ Article 2 du décret du 8 juin 1999 portant statut des EPA.

⁴² Article 21 du décret.

⁴³ Ministère de la Santé et ministère des Finances.

légaux. A ce titre, il revient aux directeurs de prendre toutes les décisions qui contribuent au bon fonctionnement de leurs établissements⁴⁴. Etant seuls responsables civilement et pénalement, ils ont la compétence pour régler tous les problèmes, sans recevoir d'injonction de quiconque. Il n'y a pas de tutelle à priori du ministère de la Santé sur ses actes, la seule sanction possible étant la remise en cause de sa nomination. Sur proposition et présentation du directeur, c'est au conseil d'administration qu'il revient de délibérer sur la politique générale de l'établissement⁴⁵ dans les domaines que sont les grands travaux, le programme pluriannuel d'investissement, la structuration en services ou départements, budgets et les comptes, etc. La liberté des dirigeants s'exprime particulièrement dans les domaines de la gestion des ressources humaines et de la gestion budgétaire. Les responsables des établissements publics de soins disposent aujourd'hui de l'ensemble des pouvoirs et compétences en matière de gestion du personnel recruté sur son budget propre, ils sont l'autorité ayant pouvoir de nomination, avec toutes les attributions qui s'y attachent (nomination, pouvoir disciplinaire, notation, gestion des carrières, les modalités d'une politique d'intéressement⁴⁶, etc.).

Ils sont chargés de la préparation et de l'exécution budgétaire, sont les ordonnateurs principaux des dépenses et des recettes. Ils sont aussi responsables de la comptabilité budgétaire et administrative, de la comptabilité des engagements, de la comptabilité des stocks et de la comptabilité analytique. Leur budget est autonome et ils peuvent effectuer des virements de crédits en fonction de l'évolution des besoins. Si l'article 2 du décret portant sur le statut des établissements administratifs prévoit bien une tutelle technique du ministre de la Santé, celle-ci ne s'exerce jamais à priori, mais toujours à posteriori, ce qui confère aux instances dirigeantes des établissements publics un pouvoir d'action immédiate sans restriction.

⁴⁴ Article 21 et 25 du projet de décret portant organisation et fonctionnement de l'Hôpital Peltier.

⁴⁵ Article du décret du 8 juin 1999 portant statut des EPA.

⁴⁶ L'article 14 du décret sur les EPA précise que « le directeur gère le personnel, nomme aux emplois conformément à la réglementation en vigueur, aux conventions collectives ou au règlement intérieur, dans les limites arrêtées par le Conseil d'administration.

La mise en autonomie des établissements publics de soins modifie profondément leur fonctionnement. Les entités publiques ont adopté les règles de fonctionnement issues du secteur privé. Cela signifie que les usagers sont considérés comme des clients, et que la maîtrise des coûts est un souci majeur pour les établissements publics de soins. Pour des raisons politiques, le ministère de la Santé, garant de l'intérêt de l'ensemble de la population, entend garder la propriété des structures publiques pour conserver la possibilité de mettre en œuvre une politique nationale de santé et assurer une harmonisation entre les structures hospitalières du pays. Pour des raisons pratiques ; aussi dans le pays en développement, les hôpitaux publics n'ont pas les moyens d'être entièrement indépendants tant en ce qui concerne les ressources humaines que les ressources financières. Ainsi, à Djibouti, les personnels de l'établissement hospitalier, en général payés par le budget de l'Etat, sont affectés par le ministère de la Santé après un recrutement effectué par concours par le ministère de la Fonction Publique.

Par ailleurs, la participation financière des populations ne suffit pas à financer toutes les dépenses d'exploitation. Ainsi le ministère de la Santé apporte, théoriquement sous forme de subventions une partie des ressources de fonctionnement de l'hôpital. Quant à l'investissement, il dépend en général entièrement des bailleurs de fonds. Mais l'Etat djiboutien, parce qu'il fait lui-même face à des contraintes budgétaires majeures, ou il a d'autres priorités a tendance à ne pas respecter ses engagements financiers. Par exemple depuis 1999, l'Etat a réduit sa participation financière au fonctionnement de l'Hôpital Peltier de 25 %. Mais dans le même temps le taux de réalisation budgétaire est faible. La tendance à la baisse du budget de l'Etat destiné aux hôpitaux publics, et la grande autonomie financière qui leur est accordée les poussent à intervenir sur le marché de la santé comme toute entreprise commerciale, pour vendre les services produits afin de couvrir leur coût de revient. Il ne s'agit pas pour ces établissements de demander un ticket modérateur afin de responsabiliser la demande, l'assurance maladie prenant en charge la différence. Il s'agit pour ces établissements de réclamer la totalité du coût de revient de la prestation

publique. L'hôpital Peltier est le premier à utiliser la comptabilité analytique pour déterminer le coût de revient de ses différents services. Pour atteindre cet objectif depuis 2000, l'hôpital est divisé en centres de responsabilités ou en unités fonctionnelles disposant de réelles marges de manœuvre. La division de l'hôpital en unités fonctionnelles permet la répartition des charges entre ces unités fonctionnelles. A la fin de cette phase de répartition, il est possible de connaître dans chaque prix de revient la composante personnelle, la composante médicament, etc.

Trois types d'unités fonctionnelles ont été identifiés par la direction de l'hôpital Peltier (voir tableau 20). La mission de l'hôpital est de fournir des soins aux malades. Ces soins sont dispensés dans des services d'hospitalisations ou des services ambulatoires. Ces services sont appelés unités fonctionnelles.

Tableau 19 : Division de l'hôpital en unités fonctionnelles pour déterminer les coûts de différents services

Unités fonctionnelles principales	Unités fonctionnelles intermédiaires	Unités fonctionnelles secondaires
Médecine, Pédiatrie, Maternité gynécologie, Urgence, Consultations, etc.	Laboratoire, Pharmacie, Radiologie, Kinésithérapie, Service imagerie médicale, Buanderie, Cuisine, etc.	Administration, Maintenance, Service financier, etc.

Source : Hôpital Peltier, 2006

Les unités fonctionnelles principales correspondent aux services de soins hospitaliers et extrahospitaliers, ce sont les services : médecine, pédiatrie, maternité gynécologie, urgences, consultations, etc. Ces unités principales ne peuvent fonctionner que si leurs besoins en analyses, médicaments, linge, fournitures diverses sont satisfaits. Les besoins communs à toutes les unités principales sont satisfaits par des unités dites intermédiaires. Ce sont les unités d'aide au diagnostic et aux soins ; l'hôpital a inclus dans cette catégorie la pharmacie, la radiologie, la buanderie, etc.

Les unités principales et les unités intermédiaires ont besoin toutes les deux d'un soutien logistique, administratif et financier, ce soutien est assuré par les unités secondaires. La division de l'hôpital en unités fonctionnelles permet de répartir les charges entre ces unités fonctionnelles principales, intermédiaires et secondaires. Cependant toutes les charges seront en définitive réparties sur les unités principales. En effet, ces unités sont les consommatrices finales de tous les biens et services. Les unités intermédiaires et secondaires servent d'aide à leur production. Connaissant pour chaque unité principale sa charge définitive totale, on peut calculer le prix de revient d'une journée d'hospitalisation par exemple.

La comptabilité analytique, outil de prévision et de contrôle de gestion ouvre des nouveaux horizons aux structures publiques dans la maîtrise des coûts en permettant dans un premier temps de calculer de manière précise les prix de revient des services produits et à évaluer la rentabilité de ces services en comparant à une échelle nationale ou régionale des coûts. L'objectif final de la direction de l'hôpital est aussi et surtout de maîtriser les dépenses de santé, d'impliquer et de responsabiliser l'ensemble du personnel de la santé dans la gestion et la prise de décision de chacun à son niveau d'intervention. Selon le Directeur de l'hôpital Peltier, « *Grâce à un tel système, l'hôpital Peltier va pouvoir garder la maîtrise des coûts, et éviter les dérapages par rapport au budget fixé* ».

Le calcul de prix de revient fait intervenir le volume de service produit. Plus le volume est important, moins le prix de revient sera élevé. L'insuffisance réside ici dans l'absence d'évaluation de la qualité des services. D'autre part, avec la mise en place de la comptabilité analytique, les responsables de l'hôpital Peltier ont une connaissance précise des coûts de revient réel de fonctionnement de leur structure mais pas la capacité de paiement de l'ensemble de la population. Près de la moitié de la population est classée par la Banque mondiale comme vivant en dessous du seuil de la pauvreté monétaire. La mise en autonomie des établissements publics de référence coïncide aussi avec une politique de privatisation de financement de la santé. L'objectif du Gouvernement est encore d'aller plus loin dans la

CHAPITRE 3 - Un système de santé au cœur de politiques de marchandisation du secteur public à Djibouti

marchandisation du système de santé en transformant progressivement des hôpitaux publics, dans un premier temps, en unités indépendantes et ensuite en hôpitaux privés à but non lucratif. Ces établissements seront alors censés non seulement offrir des services de santé financés par le secteur privé mais aussi constituer la partie rentable des services de santé financés sur fonds publics.

CONCLUSION

Le troisième chapitre avait pour objectif principal d'analyser les principales formes de marchandisation préconisées par le gouvernement djiboutien dans le domaine de la santé. Le transfert de propriété qui correspond au sens strict d'une privatisation est rare dans le secteur de la santé. Pour autant, la propriété publique des établissements ne libère pas la population de la prise en charge des soins. Pour financer le système de santé, la solution la plus récente s'est focalisée sur le recouvrement des coûts. Cette expression suggère le passage d'un extrême à un autre : on passe d'une prise en charge totale par l'Etat les coûts de services de santé à une prise en charge partielle ou totale par les usagers eux-mêmes et spécialement au moment de la maladie. Dans les établissements publics de soins de Djibouti, l'utilisateur doit payer les soins à l'acte, au comptant et au moment de la maladie. Cette stratégie correspond à une privatisation du financement de la santé. Elle présente cependant des limites évidentes dans un pays pauvre comme Djibouti : même si les usagers sont disposés à payer, la possibilité de payer au moment de la maladie est souvent plus faible. Pour cette raison au moins des alternatives au financement direct et immédiat de soins de santé méritent un examen sérieux.

L'accent est mis également sur un nouveau management des établissements publics de soins. Hormis l'administration publique, la gestion des structures publiques de soins implique désormais des groupes communautaires à Djibouti. L'implication de ces derniers est un élément fondamental en ce qu'il modifie l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins et les usagers et impulse une gestion novatrice des hôpitaux publics. De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviendraient des partenaires actifs dont la voix compte. En réalité, cette situation correspond un désengagement de l'Etat dans le système de santé. Il s'agit pour l'Etat d'échanger un pouvoir concédé à une coalition regroupant des élus locaux, des associations des quartiers contre un financement des établissements publics de soins par la population elle-même. Cette évolution du système de santé va de paire également avec une

large autonomie administrative et financière accordée aux établissements publics de référence nationale afin d'introduire une culture d'entreprise dans leur fonctionnement. La tendance à la baisse du budget de l'Etat destiné aux hôpitaux publics et la grande autonomie financière qui leur est accordée les poussent souvent à intervenir sur le marché de la santé comme une entreprise commerciale pour vendre les services produits.

Le quatrième chapitre analyse les conséquences de cette réforme. Il montre que malgré la diversification de l'offre des soins, assurée aujourd'hui par des établissements publics, parapublics ou privés, Djibouti est encore très loin de l'objectif « *santé pour tous en l'an 2000* » qui avait été fixé à Alma-Ata en 1978.

Chapitre 4 : Les impacts de la marchandisation du système de santé à Djibouti : entre difficultés financières et dégradation de l'offre de soins

Ce quatrième chapitre analyse les conséquences de la marchandisation en mettant l'accent sur l'offre de soins et le financement du système de santé. L'offre de soins est aujourd'hui assurée par des établissements publics, parapublics. La marchandisation n'a pas pour autant permis à la population d'accéder à une offre de soins abondante ou bon marché. Au contraire, le premier point de ce chapitre montre une dégradation de l'offre de soins dans le pays depuis la réforme de 1999. Le deuxième point de chapitre met l'accent sur les limites d'un financement privé de la santé. L'utilisateur du service public de santé doit aujourd'hui payer les soins à l'acte, au comptant et au moment où il est malade plutôt que de les payer à l'avance quand il est bien portant. Mais où trouver l'argent le jour où il faut payer les soins à cause d'une maladie ou d'un accident quand les revenus sont faibles et les charges sont si élevées ?

4.1 Une dégradation de l'offre de soins dans le pays

Depuis la réforme de 1999, le paysage d'un secteur de santé, réduit au seul secteur public correspond de moins en moins à la réalité. L'offre de soins est aujourd'hui assurée par des établissements publics, parapublics et privés. La diversité de prestataires de soins ne permet pas pour autant d'accéder à une offre de soins abondante ou bon marché. Le secteur public de santé reste de loin, le premier recours de la population. De nombreuses maladies ne sont pas actuellement traitées, faute des ressources humaines ou d'équipements (médecins spécialistes ou laboratoires d'analyse, etc.). Par ailleurs, la promotion de l'offre de service à caractère privé par les autorités n'a pas permis non plus une massification attendue de l'accès aux soins par les populations. La marchandisation entraîne cependant :

- une certaine atomisation de l'offre de soins qui privilégie ceux qui ont un revenu,
- une organisation pyramidale de l'offre publique de soins qui limite les soins thérapeutiques onéreux et qui incite la population aux structures communautaires dépourvues des soignants et des médicaments,
- une répartition incohérente des structures de soins et des ressources qui se traduit notamment par une forte inégalité dans l'accès aux soins,
- une relation cloisonnée entre les offreurs de soins et une difficulté de coordination pour l'Etat entre des établissements publics aux statuts variés,
- des comportements opportunistes des établissements publics de soins les plus importants du pays qui peuvent se traduire par l'abandon de certaines de leurs missions de service public les moins rentables,
- une privatisation tacite de l'approvisionnement en médicament dans les structures publiques qui entraîne un gaspillage de ressources financières de la santé déjà maigres
- une pénurie du personnel qualifié due notamment à une certaine pression sur la masse salariale.

Nous développons ces différents points dans les sous parties qui suivent.

4.1.1 Un système de soins fractionné mais privilégiant ceux qui ont un revenu

Les salariés déclarés du secteur privé, les militaires et la police nationale ont créé chacun leurs propres structures de soins pour ne plus dépendre du secteur public. Quant au secteur privé de soins, en dépit de son étroitesse, et malgré la cherté des prix qui y sont pratiqués, il arrive à s'accaparer près de 30 % des flux financiers du système de santé djiboutien

(comptes nationaux de la santé de 2006). Ce secteur n'a cependant aucune obligation en matière de santé publique.

4.1.1.1 L'assurance maladie pour les salariés du secteur privé

Les salariés déclarés des entreprises privées et publiques bénéficient de la prestation de l'Organisme de Protection Sociale (OPS). Il s'agit d'un organisme public créé en 1997 pour permettre aux entreprises de remplir leurs obligations en matière de protection sociale⁴⁷. L'OPS financé par les cotisations des employeurs et de salariés, est chargé à la fois de collecter les cotisations auprès des entreprises mais aussi de fournir les prestations des soins aux salariés et à leur famille. Il gère deux centres de soins destinés aux salariés et à leurs familles soit environ 33 590 et 150 000 personnes respectivement (OPS, mars 2009). Les deux centres de l'OPS emploient environ 150 agents dont une dizaine de médecins. En dehors des accouchements, ils peuvent répondre à la plupart des besoins de médecine générale ne nécessitant pas une hospitalisation, tout en assurant des activités de médecine préventive (CPN, Vaccination). Dans le système de l'OPS, l'employeur et l'employé cotisent à une caisse d'assurance maladie obligatoire. Un système fondé sur l'obligation d'assurer permet d'éviter les tentations de sélection adverse tant de la part de l'assureur que de la part du bénéficiaire. L'assureur ne peut sélectionner les « bons risques » et refuser les « mauvais risques ». De même, l'assureur ne risque pas de voir venir solliciter une assurance seulement ceux qui estiment avoir de fortes chances de recourir aux soins. L'unicité de caisse autorise également ici une meilleure rationalisation des dépenses de gestion. L'appartenance des structures de soins au financeur facilite aussi le contrôle des bénéficiaires et de l'activité des prestataires. Ces derniers, dans un système fondé sur le remboursement, peuvent être incités à la sur-prescription.

Toutefois, l'OPS s'est peu investie dans la médecine du travail qui constitue pourtant sa vocation première. La prévention en matière d'hygiène

⁴⁷ 47 Selon la loi n°135 de mai 1997. L'OPS assure les pensions de retraite et d'invalidité pour tous les salariés du secteur formel. Il n'y a pas de programmes d'assurance chômage à Djibouti.

et de sécurité sur les lieux de travail reste très insuffisante. De plus, le dispositif de l'OPS ne permet seulement l'accès aux soins de première ligne (infirmier, médecin généraliste, examen courants, visites d'embauche, les soins aux accidentés). Lorsque les patients ont besoin d'avoir recours à un spécialiste, les médecins de l'OPS les réfèrent dans le secteur public ou le secteur privé, muni d'une prise en charge pour la consultation de spécialiste. L'hospitalisation éventuelle et les prescriptions sont alors à la charge du patient. Toutefois, dans le cas des accidents du travail les soins sont entièrement à la charge de l'OPS.

Enfin, la situation des travailleurs salariés ne résidant pas à Djibouti ville est moins favorable par rapport à celle de leurs collègues qui sont dans la capitale. N'ayant pas accès aux centres de soins de l'OPS à moins de se déplacer dans la capitale, ils doivent avoir recours aux structures publiques locales. L'OPS n'assure pas non plus des soins pour les salariés du secteur informel. La spécificité des travailleurs du secteur informel est que, n'ayant pas été déclarés, le prélèvement de cotisations sociales permettant de financer certains risques (dont notamment le risque maladie) ne peut être effectué directement à la source, sur les salaires.

4.1.1.2 La création des structures de soins destinées à l'armée nationale et aux forces nationales de police

L'armée nationale Djiboutienne (AND) et leur famille recourent aux soins généralistes des dispensaires militaires qui offrent gratuitement des soins généralistes et des médicaments. Un dispensaire fournit des soins aux militaires de l'armée nationale (environ 11 000) et un second à leurs familles (environ 20 000 personnes). Les militaires et leurs familles bénéficient aussi d'une situation favorable en ce qui concerne les soins spécialisés, du fait de leur accès à l'hôpital militaire français Bouffard. La pérennité de cette situation repose cependant d'une part sur la présence d'un hôpital militaire français à Djibouti, et d'autre part sur le maintien de l'accord tacite de prise en charge par le ministère de la défense française. Après l'indépendance du pays, le Gouvernement a passé une convention avec le gouvernement français pour permettre aux militaires djiboutiens d'accéder à l'hôpital

militaire français. L'Etat djiboutien devait prendre en charge le coût des soins fournis à ses militaires. Cependant, les créances ainsi générées n'ont pas été honorées depuis des années. C'est donc, la subvention d'équilibre de l'hôpital Bouffard, apportée par le gouvernement français, qui couvre ces dépenses.

A noter aussi les centres de santé de l'armée nationale djiboutienne, accueille aussi les civils à titre onéreux. Par rapport au secteur public, l'armée possède souvent du personnel qualifié et de matériel médical. L'armée dispose par exemple du seul centre de Dialyse à Djibouti.

Au même titre que leurs collègues militaires, en ce qui concerne les soins généralistes, les fonctionnaires de police et leurs familles disposent aussi depuis 2001 de leurs propres structures de soins. Ces structures doivent accueillir environ 10 000 policiers et leurs familles, soit au total 28 000 personnes. Elles dispensent des soins curatifs et préventifs (vaccinations et consultations prénatales). Cependant, l'indisponibilité des médicaments dans leur structures et l'absence de soins spécialisés imposent aux policiers et à leur famille à acheter les médicaments dans les pharmacies privées et à assumer également les frais d'hospitalisation en s'adressant comme le reste de la population à l'hôpital public Peltier ou au secteur privé. Ils sont gérés par un conseil d'administration représentatif des différents corps de la police et sont financés par une cotisation obligatoire proportionnelle au salaire.

4.1.1.3 Le développement d'un secteur privé de soins qui n'a aucune obligation en matière de santé publique

A Djibouti, la diversité de prestataires de services de santé résulte également du développement du secteur privé. Ce secteur ne bénéficie d'aucune subvention de la part de l'Etat, en contrepartie, il n'a pas d'obligation en matière de santé publique. Il échappe également à toute réglementation en matière de prix notamment. La taille du secteur privé médical est cependant réduite à sa plus maigre portion à Djibouti. On dénombre 5 petits établissements privés à but lucratif et une dizaine de

cabinets médicaux installés dans la capitale et concentrés en soins généralistes. En termes de capacité d'accueil, les établissements privés de soins représentent aussi moins de 5 % de l'ensemble de lits du pays. Néanmoins, un nombre croissant de djiboutiens achète des soins dans ce secteur. En dépit de son étroitesse, et malgré la cherté des prix qui y sont pratiqués, le secteur libéral (cabinets médicaux, cliniques privées et pharmacies) arrive à s'accaparer près de 30 % des flux financiers du système de santé djiboutien (comptes nationaux de la santé de 2006). D'une manière générale, à Djibouti, le secteur privé de la santé est appelé à se développer davantage pour répondre à une demande du marché. Les structures publiques de santé, à tous les niveaux de la pyramide de soins peuvent difficilement assurer à la population des services de soins appropriés à leurs besoins les plus basiques. Même, les salariés des entreprises privées qui cotisent pourtant à l'OPS achètent souvent des soins dans la médecine libérale pour éviter une file d'attente dans leurs structures de soins. L'activité des centres de l'OPS est en constante progression (58 000 consultations au centre de soins des salariés et plus de 75 000 consultations dans le centre de soins destiné pour la famille par an). Ce qui a conduit les responsables des centres à limiter le nombre de consultations à 250 personnes par jour.

Il existe aussi à Djibouti des maladies qui ne sont pas encore traitées faute des ressources humaines qualifiées ou d'équipements (médecins spécialistes ou de laboratoire d'analyse). C'est le cas par exemple des maladies cardiovasculaires, cancers, maladies du sang. Jusqu'au début des années 1990, l'Etat prenait en charge l'évacuation sanitaire des malades souffrant de ces types de maladies vers un pays où des traitements peuvent exister (France, Egypte, Arabie Saoudite, etc.). Mais faute de budget et compte tenu de son passif auprès des hôpitaux de Paris notamment, le ministère de la Santé djiboutien ne procède plus à des évacuations sanitaires. Les patients qui ont la capacité financière se rendent souvent en Egypte, dans les pays du Golfe (Dubai, Arabie Saoudite, etc.) ou en France pour rechercher un traitement, les autres doivent renoncer à leur traitement ou s'endetter.

Il faut y ajouter aussi une volonté insuffisante des pouvoirs publics pour prendre des mesures destinées à informer et à éduquer les populations sur les sujets majeurs de santé publique, actions qui associées à des mesures simples pourraient diminuer considérablement le poids des maladies dont souffrent d'abord les plus démunis. En octobre 2007, une étude de la Banque Africaine de Développement (BAD) sur le système d'assainissement de la Ville de Djibouti, estime que les maladies liées au dysfonctionnement du système d'assainissement constituent 42 % des entrées en pédiatrie des journées d'hospitalisation, et 38 % des décès.

Le développement progressif du secteur privé de soins ne peut pas constituer un alternatif crédible au secteur public de soins à Djibouti. Son accessibilité est limitée notamment par les capacités financières du patient ou de sa famille. La prise en charge de nombreux aspects de la politique de santé par le secteur privé (offre de soins minimaux intégrés, gratuité ou coût réduit de certains traitements, gratuité pour certaines catégories de la population) ne peut être envisagée sans un appui financier de l'Etat.

En Afrique de l'ouest notamment, les prestataires privés à but non lucratif confessionnels sont des acteurs cruciaux pour la santé des plus pauvres. Le privé non lucratif est souvent encouragé par les bailleurs de fonds dans les pays en développement car il offre une vraie alternative au « tout Etat » des systèmes de santé des pays en développement. Cependant, Bien que la loi ouvre explicitement à cette opportunité, aucune structure sanitaire associative à but non lucratif n'existe pour l'instant à Djibouti. La médecine traditionnelle est par contre très présente à Djibouti mais son ampleur est peu connue à cause de l'absence des données. Toutefois, il est connu que ce type de soins joue encore un rôle important dans la vie de la population rurale et périurbaine notamment. Pour certaines maladies, le premier recours reste la médecine traditionnelle. Comme ailleurs en Afrique, les djiboutiens ont tendance à distinguer dans leur imaginaire, les maladies qui relèvent de la médecine traditionnelle, de celle qui relèvent de la médecine moderne. Parmi les premières, on peut citer : les crises d'éclampsie chez les femmes enceintes, les maladies ou chocs psychologiques, certaines maladies d'enfants (anorexie, arrachage de dents dites de renard, la stérilité, etc.). Les soins traditionnels ne sont pas vécus également comme

antagonistes avec les soins modernes. Ils entretiennent avec la médecine moderne des rapports de complémentarité ou de substituabilité qui sont fonction de facteurs tels que le coût, la distance, le type de soins, le type de maladies. A Djibouti, par le passé, la prestation gratuite des services de santé dans les structures publiques incitait de nombreuses personnes à se détourner des guérisseurs traditionnels en faveur des installations publiques. Toutefois, l'enquête djiboutien auprès de ménages de 1996 (EDAM1) indique que la non disponibilité des médicaments, les maigres ressources ont induit de nombreux ménages à en revenir aux herbes et autres médicaments traditionnels moins coûteux que ceux obtenus dans une installation de santé. En effet, les populations rechignent à l'idée de payer pour accéder à des services de soins mauvaise qualité. Ces comportements réduisent les fréquentations des centres de santé et peuvent intensifier les pratiques de santé informelles (traditionnelles, automédication, etc.). La couverture actuelle de la population à Djibouti peut être résumée de la façon suivante :

Tableau 20: Récapitulatif de la couverture actuelle de la population à Djibouti

Catégorie sociale	Prestataires de soins généralistes	Institutions assumant les coûts	Prestations spécialisés	Institutions assumant les coûts
Armée nationale Djiboutienne (AND)	Centres de l'armée de l'AND	Ministère des armées Djibouti	Hôpital Bouffard	financement français
Police nationale	Dispensaire de la police nationale	Ministère de l'intérieur	Secteur public	Prise en charge par le patient
- Salariés du privé formel	Centre de Soins des salariés	OPS (gratuité des soins) financement par les cotisations de l'employeur et du salarié.	Secteur public	Consultations : spécialiste et accident de travail : OPS Autres cas : patient

Le reste de la population	Secteur public	Patient + ministère de la Santé	Secteur public	Patient + ministère de la Santé
---------------------------	----------------	---------------------------------	----------------	---------------------------------

Source auteur

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que le secteur public assure la majorité des services médicaux à Djibouti. En cas de recours à des soins spécialisés, la population s'adresse principalement au secteur public. Aux soins de premier niveau aussi, le recours aux structures publiques s'impose à la majorité de la population. Cependant, les salariés déclarés des entreprises privés, les militaires et la police nationale bénéficient des soins généralistes dans leurs structures. Ils ont en effet accès gratuitement à des structures de soins qui leur sont réservées (ainsi qu'à leurs familles) financés notamment par leurs employeurs. Pour les soins généralistes, les cadres supérieurs de l'administration et du secteur privé ont recours à un petit secteur privé actif à Djibouti-ville. Les cadres du secteur privé et du secteur public bénéficient aussi de la présence de l'hôpital Bouffard pour les soins spécialisés. L'hôpital Bouffard participe aux soins de la population locale en tant que structure privée de soins.

4.1.2 Une organisation pyramidale de l'offre publique de soins limitant les soins thérapeutiques onéreux

Sur le plan organisationnel, la configuration actuelle de l'offre publique de soins s'articule à Djibouti autour d'une structure pyramidale avec à la base les postes et les centres de santé, portes d'entrées théoriques dans les services publics de santé (voir figure 2). Cette nouvelle organisation a pour objectif de garantir l'accessibilité aux soins de façon équitable à l'ensemble de la population. L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède les services de santé au bon moment. En Afrique subsaharienne, l'accessibilité aux soins reste faible, en particulier en zone rurale. Dans de nombreux pays les taux d'utilisation des services de santé atteignent rarement 0,5 contact par personne et par an (Banque mondiale, 1994). La responsabilité des pouvoirs publics est largement engagée dans la question de l'accessibilité aux soins de santé. L'Etat reste le garant de la qualité de santé de sa

population. Dans le cadre de la politique de santé, il doit donc prendre les dispositions nécessaires pour lever l'ensemble d'obstacles à l'accès aux soins. Il existe une relation étroite entre l'accessibilité à des services de santé et l'utilisation de ces services (Burges et, al., 1994 ; Piette et al., 1996). Les disparités géographiques dans la fourniture des soins, en particulier les soins hospitaliers entre les régions, entre zones rurales et au sein des zones urbaines restent problématiques même dans les pays développés (Contandriopoulos, 1995, p. 81). Les Etats dans ces pays sont de plus en plus confrontés à la liberté d'installation des professionnels de santé qui est un droit. A ce titre, dans de nombreux pays développés, l'Etat intervient complètement ou partiellement dans la régulation de l'utilisation des ressources allouées au secteur de la santé et l'implantation de ces ressources. Il corrige ainsi les dysfonctionnements issus d'une gestion libérale du système de santé (Mougeot, 1994, p.84).

L'accessibilité aux soins pour la population djiboutienne apparaît comme un défi sanitaire majeur à relever compte tenu de la faiblesse des indicateurs de la santé du pays. Cependant, cette organisation pyramidale de l'offre publique de soins limite dans le cas de Djibouti les soins thérapeutiques onéreux et incite les populations aux structures communautaires dépourvues des soignants et des médicaments. Depuis les débuts des années 1990, sous la houlette des institutions internationales (Banque mondiale, OMS, Unicef), l'extension géographique des infrastructures sanitaires a évolué à Djibouti dans le sens d'une amélioration de la couverture sanitaire. Avec l'augmentation du nombre des structures sanitaires publiques de base, la population ayant accès à une structure de soins en moins de 30 minutes a augmenté(EDAM1). De même, cette politique de santé basée sur le développement des soins de santé primaires a permis l'amélioration de la prévention au niveau des populations. Le taux de vaccination des populations contre certaines épidémies s'est amélioré, selon le ministère de la Santé (ministère de la Santé, 2008). C'est le cas notamment de vaccination des enfants⁴⁸.

⁴⁸ En 2008, l'enquête nationale de vaccination du ministère de la Santé estime la couverture vaccinale des enfants de 0 à 23 mois autour de 73 %. Il s'agit d'un bon score selon les

Toutefois, il convient de noter que ces efforts sont loin d'être suffisants. La majorité de la population n'a à sa portée que des postes de santé sis dans des petits hameaux et des centres communautaires de santé. Ces structures au cœur du dispositif public de soins sont en outre dépourvues souvent des soignants et des médicaments. Les postes de santé et les centres de santé communautaires s'occupent d'un « paquet minimum d'activités » (PMA), c'est-à-dire les soins ambulatoires, la prévention (vaccination, suivis prénataux, etc.). Le système de paquet minimum d'activités considère qu'à priori toutes les localités ont besoin à un moment donné de ces premiers soins. C'est ce qui justifie par ailleurs l'essor des postes et centres de santé à travers tout le pays, même dans les localités où les besoins sanitaires dépassent le niveau de soins primaires. Ils offrent cependant peu de choix usagers ruraux, en général pauvres et aux usagers périurbains. Les postes assurent en théorie les soins et les consultations curatives de base ainsi qu'une assistance aux accouchements. Ils sont cependant ni équipés de mobilier et de matériels médicaux nécessaires à leur fonctionnement. Ils ne disposent ni d'électricité ni d'eau courante ni d'aucun moyen pour procéder aux évacuations des patients en cas de situations dépassant leur champ de compétence. Régulièrement désertés par un personnel de santé refusant de travailler dans des régions isolées et sans médicaments, ils sont souvent peu accessibles également pour une population dispersée. Les postes de santé se trouvent également contraints de se contenter comme seuls prescripteurs d'un aide infirmier assisté d'une accoucheuse traditionnelle et d'un agent de santé communautaire.

Les centres de santé communautaires doivent assurer quotidiennement des soins curatifs et préventifs, ainsi que des activités promotionnelles de santé dans la capitale. Dans la pratique, les activités d'éducation pour la santé sont pratiquement inexistantes. En outre pour une grande part, les centres de santé manquent de crédibilités auprès de la

responsables du service du Programme élargi de vaccination car le taux couverture vaccinal ne dépassait pas 30 % en 1998. Cette enquête révèle cependant qu'un enfant sur cinq n'a pas la couverture vaccinale complète qui est susceptible de le protéger contre des infections virales.

population du fait de leurs déficiences propres (locaux, inadaptés, mauvais accueil, manque de qualification de certains personnels), mais aussi et surtout de la carence chronique de médicaments. Ils ferment également de bonne heure (à partir de 13h00) et les malades qui n'ont pas encore été examinés sont priés de revenir le jour suivant sans rendez-vous. Les pénuries de médicaments et les temps d'attente trop importants découragent le recours à ces structures et favorisent, lorsque les populations disposent d'un peu de ressources financières, le recours à l'automédication par l'achat direct de médicaments dans les pharmacies privées ou se rendent dans les établissements de référence nationale.

L'amélioration de l'accès à des soins de base de qualité allège les pressions et la charge de travail des hôpitaux. Compte tenu de grave pénurie de médecins à Djibouti, les structures de premier niveau de la pyramide de soins (centres et postes de santé) peuvent jouer un rôle de filtre et éloigner les malades des salles des urgences s'ils ont accès rapidement à un professionnel compétent de la santé et pas nécessairement un médecin. Les structures de première ligne constituent habituellement le premier point de contact du malade avec le système de santé. L'importance des soins de première ligne est largement reconnue dans le monde. En tant que porte d'entrée du système de soins, les services de première ligne occupent une position de coordination stratégique qui a souvent un effet d'entraînement sur le reste de la pyramide de soins. La performance de l'ensemble dépend de celle d'une première ligne bien organisée et bien intégrée au reste du système de soins (Macinko et al., 2003). A Djibouti, les prestations offertes par les postes et centres de santé se révèlent en décalage par rapport aux attentes de la population. En outre, la volonté de l'Etat est de faire les centres communautaires de santé un service public tout en laissant aux populations le soin d'assumer leur financement et leur gestion. La stratégie qui consiste pour les populations à s'immiscer dans la gestion au quotidien des structures de soins ne garantit en rien cependant la qualité de soins offerts.

4.1.3 De fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins

D'un point de vue organisationnel, la volonté du Gouvernement djiboutien de faire en sorte que l'accessibilité en santé soit une réalité se voit neutralisée aussi par une répartition incohérente des structures publiques de soins et des ressources humaines, ce qui se traduit par une forte inégalité dans l'accès aux soins. Le ministère de la Santé se targue à Djibouti de l'amélioration de la couverture sanitaire du pays et la construction des structures des soins sur l'ensemble du territoire. Toutefois, compte tenu de la vétuste des équipements et de l'absence souvent du personnel qualifié, il est difficile d'évaluer la capacité réelle de certaines structures publiques des soins. Tous secteurs confondus (public, privé, militaire, OPS), les structures de soins du pays se composent de 28 postes, 19 centres de santé, 4 médicaux-hospitaliers, 2 hôpitaux, une maternité et 1 centre spécialisé dans le traitement de la tuberculose (voir tableau 22)

Tableau 21 : Structures de soins de Djibouti par région

Catégorie	Localisation (Zones)					
	Djibouti (ville)	Région d Ali Sabieh	Région de Dihkil	Région de Tadjourah	Région d'Obock	Total
Hôpital de Référence Nationale	2					2
Maternité de référence	1					1
Centre de traitement de la tuberculose de référence	1					1
Centre Médical Hôpital (C.M.H)		1	1	1	1	4
Centre de Santé	10					10
Poste de santé	3	7	7	6	5	28
Cliniques privées	3					3
Centre de santé (OPS)	2					2
Centre de santé	2					2

de l'armée						
Centre de santé de la police nationale	2					2
Total	26	8	8	7	6	55

Tableau constitué à partir des données du Plan National de Développement de la Santé de 2008-2012.

Malgré, la pluralité des prestataires de soins, la couverture sanitaire du pays reste encore insuffisante. Djibouti ne compte en réalité que deux hôpitaux, ce qui ramène le ratio populations/ hôpitaux dans le pays à un hôpital pour 410 000 habitants. En termes d'offre de soins, la capitale bénéficie naturellement d'un avantage qualitatif important par rapport aux régions de l'intérieur, car elle regroupe la totalité de l'offre publique de soins spécialisée. L'ensemble des établissements parapublics et privés de soins est aussi centré sur la capitale. Les régions de l'intérieur ne comptent pas des installations privées ni parapubliques. Cette insuffisance de couverture par le privé s'explique par la loi de l'offre et de la demande. Les activités économiques du pays étant concentrées dans Djibouti-ville, le secteur privé de soins ne se développe que dans les zones et créneaux où sont réunis les conditions de rentabilité et de profit à savoir dans la capitale et à des soins généralistes.

Les durées de transfert trop longues lors des évacuations des malades en urgence à partir des régions vers la capitale constituent notamment un problème majeur de santé publique à Djibouti. Les médecins généralistes dans les régions de l'intérieur n'ont pas de compétences en chirurgie essentielle (notamment la pratique de la césarienne) et les structures régionales ne sont pas équipées de blocs opératoires. Les patients dont l'état nécessite la consultation spécialisée sont dirigés vers les hôpitaux de la capitale. Le temps de transport entre la capitale et les villes les régions de l'intérieur peut varier de 2 heures dans la ville d'Ali-Sabieh à plus 10 heures à partir de la ville d'Obock située dans le nord du pays. La durée du transport représente souvent un facteur aggravant d'une prise en charge déficiente en amont, où d'un état pathologique déjà extrême. La population nomade notamment ne se rend à l'hôpital uniquement en cas de grave

maladie parce qu'elle est trop éloignée d'un centre de soins et le déplacement est coûteux.

Les situations qui requièrent une intervention chirurgicale d'extrême urgence sont avant tout les complications des accouchements. La prise en charge des complications de l'accouchement se fait dans la capitale, essentiellement à la maternité de Dar El Hanan. La mortalité intra-hospitalière est extrêmement importante à Djibouti, ce qui pose le problème des références tardives et la prise en charge incorrecte des complications et des urgences dans les structures sanitaires périphériques. Les décès surviennent pour la plupart chez des patientes transférées des maternités de régions de l'intérieur vers la capitale dans des états désespérés. Une des solutions le plus souvent envisagée par les responsables nationaux serait la mise en fonctionnement, au niveau d'un des deux régions du nord (Tadjourah préférentiellement), d'un bloc opératoire et la formation du médecin chef aux gestes chirurgicaux d'urgence (césarienne principalement). Cette solution ne sera pas facile à mettre en œuvre. Elle nécessite premièrement la présence 24h sur 24h de chirurgiens (au moins deux pour se partager les gardes), d'infirmiers anesthésistes, et de personnel de bloc (instrumentaliste, stérilisation, soins post-opératoires). D'autre part, former à la hâte aux gestes chirurgicaux les médecins n'apparaît pas sans risque pour la patiente.

L'implantation des infrastructures publiques sanitaires ne tient pas compte de la spécificité et de la diversité de besoins des populations en matière de soins. Certaines régions sont connues à Djibouti pour être des zones de maladies endémiques (la tuberculose pour la région d'Ali-Sabieh, le paludisme dans la région de Tadjourah). Pour ces régions il aurait fallu au moins instituer des hôpitaux spéciaux, à la place de postes de santé, afin de faire face à l'ensemble des besoins sanitaires locaux. Ceci aurait sans doute permis d'importantes économies des ressources financières et humaines, d'autant plus que ces postes de santé sont tenus pour l'essentiel par un personnel médical non qualifié. Par ailleurs, les efforts déployés pour créer des postes de santé ont engendré des coûts sans pour autant qu'ils ne répondent à une véritable demande de soins. Dans les pays en

développement, les bailleurs de fonds préconisent souvent d'intervenir en milieu rural pour la mise en place des soins de santé primaires. D'une part, la majeure partie de la population des pays en développement vit à la campagne. D'autre part, c'est à la campagne que la population est la plus pauvre. Cependant, le développement urbain important de Djibouti implique la prise en compte d'une organisation qui ne répond pas au schéma d'organisation qui prévaut pour un grand nombre de pays en développement dans un espace à dominant rural. La répartition spatiale de la population djiboutienne est unique sur le continent africain : plus 70 % de la population totale vit dans la capitale, Djibouti, faisant de celle-ci une Cité-Etat. Le reste de la population est concentré dans les chefs-lieux des 5 autres régions.

Par ailleurs, la République de Djibouti, et en particulier les régions de l'intérieur, manque de personnel médical qualifié. Les médecins et les techniciens de la santé restent massivement dans la capitale, ce qui exacerbe la disparité dans les services de santé de la capitale et les régions de l'intérieur du pays. En 2009, la distribution géographique du personnel sanitaire du ministère de la Santé, toutes catégories confondues, montre la prédominance de la capitale (90 %), et 10 % restants sont repartis entre les autres régions. L'hôpital Peltier compte plus de 50 % du personnel en fonction dans la capitale et 44 % de l'effectif total du personnel médical.

Les conditions de travail et de vie se dégradent à mesure que s'allonge la distance séparant de la capitale, ce qui ne facilite pas l'installation de soignants dans les régions de l'intérieur. Il y est impossible d'obtenir un complément de salaire en travaillant dans des centres privés inexistant, la surcharge de travail est encore plus grande, les possibilités d'éducation pour les enfants et d'embauche pour les conjointes sont rares également. Le manque de services (école, eau potable, électricité) et le manque d'accès à la formation et à l'éducation sont aussi autant de facteurs défavorables à l'implantation des personnels de santé en zones rurales. Actuellement, un centre médical-hospitalier fonctionne au niveau du chef-lieu de chacune de cinq régions du pays. L'équipe soignante se compose seulement d'un médecin-chef, d'une sage-femme, d'un infirmier diplômé d'Etat, secondés par

des agents de santé auxiliaires et des bénévoles. Structure de soins préventifs et curatifs, le centre médical-hospitalier d'un service d'hospitalisation médicale (adultes et enfants) et d'une maternité. De nombreuses difficultés se posent à ces structures secondaires : vétustés des équipements, locaux inadaptés, mais leur problème majeur, auquel des solutions urgentes devraient être apportées, est l'insuffisance de personnel qualifié. Un médecin et seulement deux personnels paramédicaux diplômés doivent assurer les services quotidiens et les permanences de l'ensemble des populations de la région. En cas d'absence de quelques personnels qualifiés pour congés ou pour participer à des réunions dans la capitale ou pour d'autres raisons, leur remplacement est assuré par du personnel pas du tout qualifié.

Tableau 22 : Répartition des populations et du personnel médical dans les régions de l'intérieur

Districts	Populations	Médecins
Ali Sabieh	86 949	1
Dihkil	88 948	1
Tadjourah	86 704	1
Obock	37 856	1
Arta	42 380	1
Population totale des régions de l'intérieur	342 837	5

Direction de la Statistique et des études Démographiques DISED, Résultats du 2ème recensement général de la population, juin 2009.

La pyramide sanitaire de chaque région de l'intérieur est constituée, outre le centre médical-hospitalier, par des postes de santé où se trouve du personnel paramédical non diplômé : aide infirmier, assisté de matrone et d'un agent d'hygiène. Le médecin du médical-hospitalier doit faire des consultations dans les différentes localités de sa région et assumer également des tâches administratives puisqu'il est le premier responsable sanitaire de sa région. Souvent en poste également depuis de nombreuses

années, ces professionnels sont en butte à des refus réitérés ou à l'absence de réponse de l'administration lors de leurs demandes de changement de poste. Contrairement aux agents de l'éducation nationale dont la durée de séjour est limitée, fixée dès la prise de fonction et auxquels, dans les mêmes conditions d'environnement et de travail, sont attribués primes et logements ce qui crée des demandes d'affectation dans les zones rurales, les personnels de santé perçoivent leur nomination dans les régions de l'intérieur plutôt comme répressive ce qui génère, outre un absentéisme assez fréquente, une frustration et une baisse progressive de motivation au cours des années.

En matière de ressources humaines, le ministère de la Santé a fait un effort depuis 2004, dans le recrutement du personnel afin de remplacer le départ à la retraite. Il a en outre régularisé de nombreux bénévoles actifs dans les établissements publics de soins. Cette augmentation suit l'évolution des infrastructures et l'organisation mise en place pour assurer une couverture des soins sur l'ensemble du territoire national. Cependant, dans les régions de l'intérieur pour une population totale estimée à plus de 300 000 habitants on ne compte que 5 médecins, soit un ratio d'un médecin pour plus de 60 000 habitants (voir tableau 23).

4.1.4 Une relation cloisonnée entre des prestataires de services de santé aux statuts variés

La diversité de prestataire de soins est une évolution récente à Djibouti. Les différents prestataires de soins fonctionnent cependant en autarcie à Djibouti alors que les problèmes de santé sont souvent inter-reliés. L'approvisionnement en médicament dans le pays est instructif à cet égard, chaque prestataire de services de santé lance des appels d'offres dans son coin alors que la population totale à couvrir n'est que de 800 000 habitants.

L'Etat en tant que garant de la santé à une responsabilité vis-à-vis des structures publiques parapublique et privées. Les partenariats parapublic/public/privé ne doivent en aucun cas considérés comme une panacée car on n'est en présence des logiques a priori antagonistes où les

ambitions de l'un ne servent pas nécessairement celles de l'autre. Cependant, la collaboration entre les différentes organisations intervenant dans les domaines de la santé peut être explorée par le ministère de la Santé à Djibouti. Elle peut concerner comme mentionnée plus haut l'organisation des inputs (médicaments et consommables) en effectuant un achat groupé.

La collaboration entre prestataires de services de santé peut aussi porter sur la maintenance en commun des matériels et appareils biomédical : création d'un atelier national de maintenance des biens des différents départements prestataires de soins : ministère de la Santé, force armée djiboutienne, police nationale, OPS, etc.

Dire qu'une mission relève de l'Etat le désigne avant tout comme maître d'ouvrage mais pas nécessairement comme maître d'œuvre. Ce rôle peut être confié au secteur privé ou parapublic dans le cas de Djibouti sur la base d'un cahier de charge qui ouvre la voie à un partenariat entre secteurs public, parapublic et privé dans lequel chacun apporte sa contribution : l'Etat, sa capacité à définir une politique de santé conforme à l'intérêt général, les secteurs privé et parapublic assurent la prestation de soins. L'idée des partenariats public/ privé dans le domaine de la santé gagne en popularité même dans les pays en développement (Yaya, 2006, p. 6). Celle-ci traduit dans une certaine mesure, par la recherche par les gouvernements de nouvelles façons d'offrir des services de santé efficaces à moindre coût, et de mettre en place des infrastructures qui favorisent le développement socio-économique afin de contribuer ainsi au maintien d'une bonne qualité de vie (Walzer et al. 1998). A titre exemple au Ghana, les prestataires privés dans les régions dans lesquelles il n'existe pas d'installations de services publics proposent des ensembles de services de base en matière de santé définis par l'administration. Le ministère de la Santé fournit à ces prestataires : formations, équipement et aide logistique (Chandani, 2000). En Namibie, le ministère de la Santé passe contrat avec des praticiens privés pour réaliser des activités de chirurgie dans les zones rurales éloignées (Shaw, 1999).

A Djibouti, la législation autorise l'exercice libéral de la médecine (Polycliniques, cabinets médicaux, officines privées, etc.), mais la relation entre les différents prestataires de services de santé reste encore cloisonnée.

On note également la quasi absence de réseaux de soins entre ces différents secteurs de santé. Les structures parapubliques (OPS, Police Nationale, Militaire) proposent uniquement à leurs bénéficiaires de soins généralistes. Prenant acte de leur insuffisance dans les domaines de soins spécialisés ces dernières pouvaient par exemple sous-traiter les soins spécialisés auprès du secteur public l'hôpital (Peltier et la maternité de Dar El Hanan). Des questions clés comme la collecte des données, la référence contre référence (envoi de malades d'un centre santé à un hôpital et réciproquement), ne sont pas encore traitées à Djibouti.

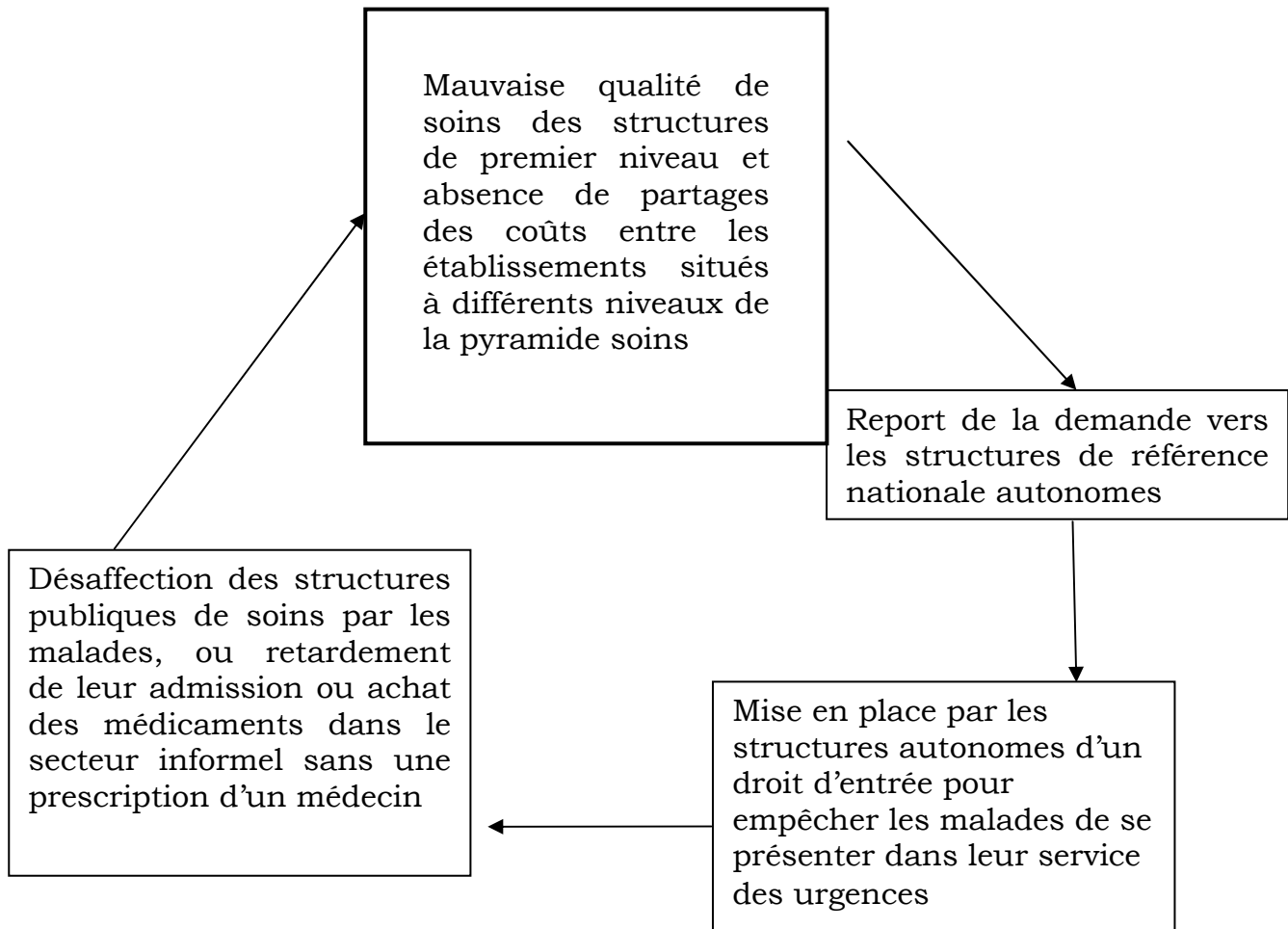
Au sein même du secteur public, l'absence d'un véritable réseau de soins qui a pour objectif une meilleure orientation du patient et qui favorise la continuité de soins, force le patient à se déplacer d'un établissement public de soins à un autre en participant à chaque fois aux dépenses de la santé. La faible attractivité des centres de santé s'explique aussi par l'absence de partage des coûts entre les établissements de soins situés à différents niveaux de la pyramide de soins. Le prix de services publics de soins n'est pas modulé en fonction de la capacité à payer : riches, pauvre, extrêmement pauvre, etc. Cette question serait très délicate à mettre en œuvre selon les pouvoirs publics. L'Etat veille cependant à la tarification incite en première intention à consulter les centres de santé et décourage l'utilisation des autres niveaux de soins en première recours. Les centres de santé ont opté pour un système de tarification forfaitaire souvent détaché de calcul des prix de revient réel pour couvrir des sommes plus modestes. Cependant, le patient qui a pris contact avec le système de santé au niveau du centre de santé devra à nouveau participer au financement du système de santé, même s'il ne s'agit que d'une simple consultation pour avoir un avis spécialisé. Cette contrainte budgétaire supplémentaire pour les patients est rarement prise en compte par l'organisation de l'offre de soins. Faute de définition des rôles et d'attributions de chaque hôpital dans la pyramide de soins et surtout faute de coordination de la part du ministère de la Santé, chaque établissement développe son activité sans tenir compte réellement des complémentarités ni des harmonisations indispensables à la fonctionnalité du système de santé. Avec la multiplicité et la variabilité des

statuts des établissements publics de soins (établissement publics de référence nationale autonomes, gestion de centres de santé déléguée à un comité de santé qui a le statut d'association à but non lucratif, etc.), il est important d'organiser le parcours du patient à l'intérieur de la pyramide publique de soins afin d'éviter la dichotomie ou l'isolement qui pourrait les caractériser.

Avec la dégradation d'accès aux soins dans les structures communautaires et l'absence de partage des coûts entre des structures à des niveaux différents, les services d'urgences des hôpitaux prennent parfois des allures de centres de santé. Cela compliquait la distinction entre demande de soins non programmés urgents et non urgents. La parade trouvée par les établissements publics de soins qui bénéficient d'une autonomie pour désengorger leurs services des urgences est d'instaurer un droit d'entrée. Tout patient se présentant dans le service des urgences de l'Hôpital Peltier doit déboursier aujourd'hui la somme de 2 500FDJ⁴⁹ pour être admis dans ce service. Il devra ensuite payer l'ensemble des soins prescrits par le médecin ou le personnel paramédical. L'hôpital Peltier n'est pas le seul à instaurer un droit d'entrée pour limiter le nombre de patients arrivant dans son service des urgences, la maternité de Dar El Hanan a fait de même. Elle exige la somme de 1 000FDJ pour toute patiente qui « oserait » se présenter dans son service des urgences. La patiente devra ensuite supporter d'autres frais une fois prise en charge par le personnel médical (frais de consultation, frais d'échographie, frais d'accouchement, etc). Ces pratiques peuvent avoir des effets dramatiques en refoulant de véritables urgences n'ayant pas eu la possibilité d'être prises en charge dans les centres de santé par manque d'information sur le circuit à emprunter ou pour diverses raisons. Une admission peut être ainsi retardée avec des conséquences désastreuses, pour n'avoir pu acquitter le droit d'entrée (voir schéma 4). Seule une meilleure complémentarité entre les centres de santé et l'hôpital permettrait d'y remédier. Les hôpitaux de référence nationale ne doivent pas être considérés uniquement comme un élément d'un système de soins pyramidal, mais comme des acteurs dans un réseau d'offre de soins.

⁴⁹ Cette somme correspond environ une semaine de travail pour une personne touchant le SMIC à Djibouti.

Schéma 4 : La persistance du problème de la qualité entretenue par une absence de coordination entre des établissements de soins aux statuts variés



Source auteur

Un système de santé qui s'inscrit dans cette logique pyramidale doit être organisé de manière à coordonner l'offre de soins depuis le premier contact du malade avec les établissements de santé jusqu'à sa sortie. La multiplicité des établissements de soins et la variabilité des types de prestations qu'ils fournissent ne sont pas contradictoires mais se complètent. Le cloisonnement entre ces différents établissements de soins et l'isolement qui pourraient les caractériser devront systématiquement être abandonnés au respect de principe de l'unité du système santé.

Avant la réforme de 1999, l'hôpital Peltier gérait pour lui-même et pour de nombreuses autres structures une ligne budgétaire (centre de formation du personnel de la santé, maternité de Dar El Hanan, établissement Paul Faure, Service d'hygiène et d'épidémiologie, Centre de prophylaxie, etc.) que le ministère des Finances inscrivait chaque année au Budget de l'Etat. Cette gestion comportait l'établissement des mandats de paiement à la demande de chacune des structures concernées, dont la solde du personnel. L'hôpital Peltier assumait aussi à l'égard de ces structures un rôle de supervision et de contrôle. Depuis 2000, et avec la mise en autonomie de gestion de Peltier, cette situation a considérablement évolué. Toutes les structures qui étaient rattachées à l'hôpital Peltier ont été dissociées et gèrent aujourd'hui directement leur budget à la demande des dirigeants de Peltier. Pour ces derniers, il ne paraît ni opportun ni réaliste de faire supporter à l'Hôpital Peltier, dont la complexité est déjà importante, d'autres missions en faveur des établissements périphériques (gestion, entretien, maintenance, etc.). La seule exception concerne le service de Maintenance des Equipements Médicaux (SMEM), unité opérationnelle actuellement installée dans les locaux de l'hôpital Peltier. Pour des raisons liées à la haute spécialisation des techniciens biomédicaux et au respect d'une certaine cohérence du parc des équipements, l'hôpital Peltier accepte de conserver la responsabilité de la maintenance et de l'entretien de l'ensemble des équipements médicaux installés dans les structures de soins dans le pays. Cette politique de maintenance devrait être financée de façon spécifique et strictement limitée au domaine biomédical. S'il est demandé à l'hôpital Peltier d'apporter son soutien intellectuel ou matériel à d'autres structures, les services rendus doivent être rétribués selon les responsables de Peltier. En effet, s'il est légitime d'attendre d'un établissement autonome qu'il apporte son soutien à d'autres établissements moins structurés ou moins bien dotés que lui, la responsabilité financière qu'assument les dirigeants de l'Hôpital Peltier dans le cadre de leur autonomie de gestion ne saurait être compromise par des interventions extérieures qui alourdiraient leurs charges. C'est pourquoi, en dehors du cas évoqué ci-dessus, toute prestation assurée par l'Hôpital Peltier au profit d'autres établissements fait actuellement l'objet d'une facturation basée au minimum sur le prix de revient constaté.

4.1.5 La restructuration des activités des établissements publics de soins

Avec la marchandisation, le risque que les hôpitaux publics de référence nationale notamment se concentrent sur les activités les plus lucratives en abandonnant certaines de leurs missions de service public les moins rentables est bien réel à Djibouti aujourd'hui. Le ministère de la Santé est sensé normalement faire respecter les orientations de la politique du Gouvernement mais dans un système fondé par le recouvrement des coûts, il est de bonne politique de laisser une place à la loi de l'offre et de la demande afin de permettre aux structures performantes d'atteindre leur équilibre budgétaire. Parce qu'ils sont dotés d'un statut particulier, les établissements de soins de référence nationale acquièrent aussi la capacité juridique de négocier avec leur autorité de tutelle, l'Etat. Ainsi par exemple, en 2002, l'hôpital Peltier se sépare de la maternité de Dar El Hanan qui faisait partie intégrante de cet hôpital. Le succès de la maternité de Dar Hanan tenait essentiellement avant cette séparation avec l'hôpital Peltier au fait qu'elle ne prenait en charge que des cas simple et ne pratiquait aucun acte de chirurgie, et que toute menace de complication était évacuée sur le l'Hôpital Peltier qui prenait en charge les cas les plus grave. Cette maternité assurait donc plus de 50 % des accouchements dans de la ville de Djibouti, le reste des accouchements était prise en charge par l'hôpital italien de Balbala et l'hôpital Peltier (voir tableau 24).

A première vue, la gestion autonome d'une structure « à dimension humaine dédiée à une activité bien identifiée est une gage de réussite. La gestion de Peltier est simplifiée, et la maternité de Dar El Hanan bénéficie de condition de fonctionnement plus souples et donc plus favorables. Cependant, alors que le Gouvernement avec l'aide des bailleurs de fonds cherche à améliorer la médicalisation de l'hôpital Peltier en renfonçant son plateau technique⁵⁰ et en regroupant autour de lui les meilleurs spécialistes.

⁵⁰ Blocs opératoires, salle de réveil, réanimation, imagerie médicale, explorations fonctionnelles, pédiatrie, etc.

Il paraît surprenant que dans le même temps on s'engage vers un quasi démantèlement du secteur de la gynécologie obstétrique, séparant de plus la mère et l'enfant. Le pays ne dispose ni des moyens en ressources humaines qualifiées (anesthésistes-réanimateurs, gynécologues obstétriciens, chirurgiens), ni des ressources financières nécessaires. La concentration des compétences spécialisées et des équipements technologiques sur un plateau technique regroupé améliore la complémentarité des équipes et de la sécurité des soins.

Tableau 23 : Répartition de la prise en charge des accouchements dans les hôpitaux de la ville de Djibouti en 2000.

Hôpital	Accouchements en %	Césariennes en %
Hôpital Peltier	22,5	95
Hôpital italien de Balbala	23,1	5
Maternité de Dar El Hanan	50,4	
Centre Communautaire de Hayabley	4	

Source : Service de Maternité Sans Risque (SMR), 2000

Construit par la Libye en 1989, la maternité offre des prestations médicales et chirurgicales et dispense des soins préventifs et curatifs à toutes les patientes provenant de toutes les structures sanitaires de la République de Djibouti. D'une capacité d'une centaine de lits, cet établissement sanitaire n'a pas cessé d'améliorer ses prestations de services. Cependant la santé maternelle est encore très déficiente à Djibouti, particulièrement en milieu rural et périurbain, avec un taux élevé de mortalité maternelle (650 pour 100 000 naissances vivantes). Ce taux est exceptionnellement élevé si l'on considère l'environnement essentiellement urbain de Djibouti où ne se pose pas, de manière cruciale, des problèmes

d'accès géographique aux structures de soins pour une grande partie de la population. Les causes immédiates des décès maternels sont l'absence, la sous-utilisation et la qualité insuffisante des services de santé. La couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié dans les postes de santé est faible. Les blocs opératoires dans les cinq districts de l'intérieur ne sont pas encore fonctionnels. Les centres de santé communautaires n'assurent pas les accouchements. Au niveau national, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est estimé à 56 % (Annuaire statistique de 2011). Il existe aussi une disparité significative en matière d'accouchement entre les zones urbaines et les zones rurales où les accouchements ont lieu souvent à domicile avec ou sans l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. D'autre part, alors qu'une femme doit effectuer au moins deux visites pendant la grossesse à Djibouti. Le rapport du ministère de 2007 indique que dans la capitale : « 38 % des femmes enceintes n'ont effectué aucune visite prénatale, seules 24 % ont fait 2 visites réglementaires ». La santé maternelle et infantile figure parmi les préoccupations majeures des Objectifs Mondiaux de Développement en particulier les 3 objectifs relatifs à la santé de la reproduction, à savoir réduire (de 1990 à 2015) de trois quart le taux de mortalité maternelle, de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et de stopper la propagande du VIH/SIDA. Ces objectifs qui visent à protéger les plus vulnérables manquent cependant des mesures concrètes qui consisteraient par exemple à prendre en charge gratuitement les urgences obstétricales et à modérer la participation aux coûts pour les femmes enceintes, des mères et des enfants de moins de 5 ans. Aucun accouchement n'est gratuit à Djibouti.

L'hôpital Peltier est de loin celui qui a bénéficié de plus de moyens durant ces dernières années :

- construction d'un bâtiment d'imagerie et acquisition d'un scanner qui complète le dispositif d'imagerie médicale,
- construction d'un bâtiment regroupant les laboratoires de biologie, et biochimie
- construction et l'équipement d'un centre de dialyse de 20 unités,

- réhabilitation et équipement des services du Bloc Opératoire,
- construction et équipement d'un bâtiment des soins intensifs,
- réhabilitation et équipement d'un bâtiment des soins intensifs,
- réhabilitation et équipement de la Pédiatrie.

Celui-ci a cependant considérablement réduit sa capacité hospitalière depuis 2000 passant de 395 lits en 2000 à 272 lits fonctionnels en 2009 alors que dans le même temps le nombre d'admissions à l'hôpital continue d'augmenter.

Tableau 24 : Distribution litière de l'hôpital Peltier

Spécialité	Capacité litière	
	2000	2009
Médecine interne et cardiologie	106	85
Chirurgie viscérale et orthopédie	93	86
Réanimation et déchoquage	11	8
Pédiatrie	33	45
Maternité	50	0
Psychiatrie	50	48
ORL/Ophthalmologie	43	0
Service des Urgences	9	8
Total	395	272

Source : DISED /Statistiques nationales 2000 et Direction de l'Epidémiologie et de l'Information Sanitaire (Annuaire statistique de 2009).

Entre 2000 et 2009, l'hôpital Peltier a perdu plus de 45 % de sa capacité litière. Dans les pays développés notamment, le principal axe de réforme pour réduire le nombre de lits de soins consiste à développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle en développant par la chirurgie ambulatoire qui consiste par exemple à admettre le patient à l'hôpital le jour même de son intervention et à organiser sa sortie quelques heures après cette intervention (opérations programmées et non urgente).

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose également un système organisé entre l'hôpital et les soins de ville permettant d'assurer une hospitalisation au domicile du patient, afin de raccourcir ou éviter une hospitalisation à l'hôpital. Outre un effet attendu sur les coûts, ce choix est davantage conforme aux préférences de patients. Une hospitalisation à domicile fait supporter des charges supplémentaires à la famille (visite effectuée par le médecin traitant, soutien psychologique, tâches ménagères etc.) qui, en hospitalisation classique, sont financés collectivement.

A Djibouti, en complément des prestations structurées in muros, des opérations organisées en « caravane » permet également de contourner l'hospitalisation. Les caravanes, les plus connues sont :

- la campagne de lutte contre la cécité qui rassemble plus de 1 000 personnes par an. Dans ce cadre, 200 opérations de cataracte, en moyenne sont organisées dans la capitale et dans les régions sanitaires par l'association MANHAL venant des pays du Golfe sous des tentes. L'association MANHAL effectue également des dépistages de déficience visuelle chez les enfants scolarisés. En 2009, 33 écoles avec 10 500 élèves ont été couvertes.
- la mission italienne de cardiologues « Emergency » organise également une fois par an des consultations dans les centres de santé communautaires. En 2009, plus de 200 cas de maladies cardiaques et parmi elles, 47 cas de malformation ont été diagnostiqués, dont trois cas évacués d'urgence en Italie pour des chirurgies plus sophistiquées. La population djiboutienne est à fort taux tabagique mais aussi elle est peu intéressée par les activités physiques.

Les établissements publics de soins n'offrent plus également depuis 1999 des prestations telles que la restauration ou le blanchissage. Des installations neuves : cuisine et blanchisserie construites et équipées par l'Espagne en 2001 pour les 4 établissements autonomes, ne sont jamais mises en service. Les établissements publics de soins ne fournissent plus également de médicaments. Cette situation correspond à une privatisation tacite de l'approvisionnement en médicaments.

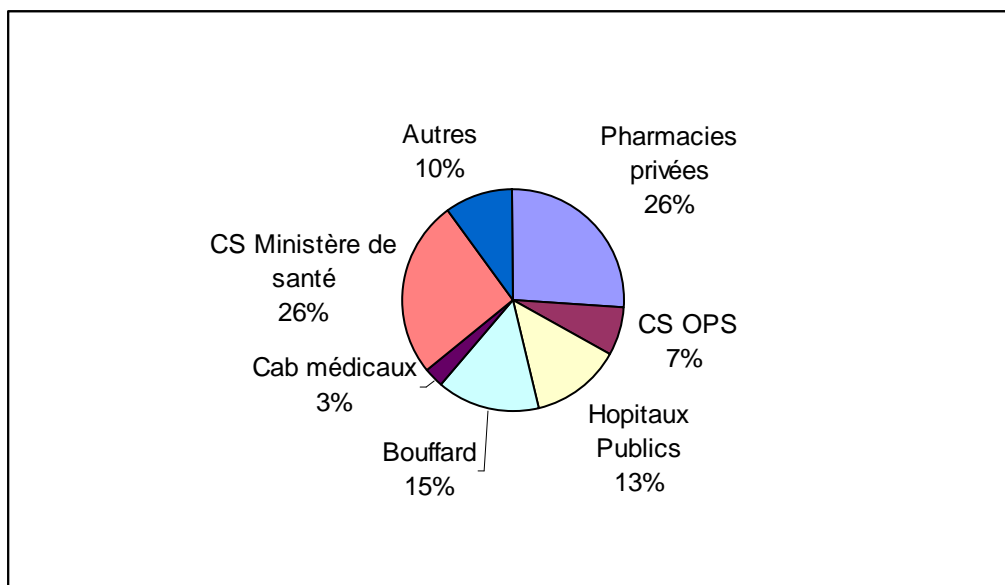
4.1.6 Une privatisation tacite de l'approvisionnement en médicaments dans les structures publiques et un gaspillage des ressources de la santé

Du côté de l'offre, l'amélioration de services de santé se heurte à Djibouti par l'absence de médicaments dans les structures publiques de soins. Les médicaments et consommables constituent des intrants essentiels du système de soins et conditionnent son efficacité. En cas de rupture de ces produits, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé sont remises en cause. En l'absence de production locale, le marché de médicament est alimenté par les importations, et la distribution assurée par le secteur privé. Les achats sont souvent orientés vers des produits chers. Le graphique 5 fait apparaître la répartition des dépenses totales de la santé par groupes de prestataires. On constate en premier lieu que Djibouti consacre trop d'argent à l'achat de médicaments par rapport aux autres services de santé : les frais pharmaceutiques représentent 26 % de dépenses de santé totale de santé. Selon l'estimation de la Banque mondiale de 2006, en moyenne, chaque ménage ayant une dépense de santé positive consacre l'équivalent de 287 dollars américains par an pour l'achat de médicaments. Dans un pays pauvre où la population doit payer les médicaments de sa poche, la part importante de dépenses consacrée aux médicaments par les patients ne reflète pas une consommation excessive des produits pharmaceutiques, mais au contraire une carence en matière de fourniture de médicaments dans les structures publiques de soins (postes de santé, centres de santé, hôpitaux). Du fait des pénuries en médicaments qui sévissent dans les structures de soins publiques, les patients sont contraints de recourir au secteur pharmaceutique privé pour l'achat des ordonnances prescrites alors que le coût élevé des médicaments dans les pharmacies privés ne permet pas à la majorité de la population d'avoir accès aux médicaments requis : ces derniers sont achetés en fonction des ressources disponibles au moment de la maladie, les dépenses pouvant varier de 500FDJ (médicaments courants tels que l'aspirine) à 15 000FDJ⁵¹ pour des maladies nécessitant des traitements plus complets et spécialisés

⁵¹ Cette somme correspond au SMIC à Djibouti

(antibiotiques, etc.). En outre, ces dépenses de médicaments sont inefficaces dans la mesure où elles servent à payer des substances pharmaceutiques coûteuses, les plus souvent achetées directement aux officines privées sans une prescription d'un praticien. Ce qui entraîne un gaspillage des ressources de la santé déjà maigres.

Graphique 5 : Répartition de dépenses totales de santé par groupe de prestataires



Source : Graphique fait à partir des Comptes nationaux de la santé, de février, 2006.

La répartition des dépenses totales de santé dans le pays, montre qu'en dépit de son étroitesse et de la cherté des prix pratiqués, le privé pharmaceutique s'accapare à Djibouti la part la plus importante des dépenses consacrées à la santé (26 %) contre seulement 13 % pour les hôpitaux publics. Dans de nombreux pays en développement, le manque de médicaments dans le secteur public a poussé ceux qui en avaient les moyens à acheter dans le secteur privé. Cela conduit à une « privatisation tacite » de l'approvisionnement en médicaments (Klimek et Peter, 1995, p.27). Les conséquences n'en sont aussi apparentes dans la qualité ou la quantité des médicaments achetés. Elles se traduiraient plutôt par des inégalités dans la distribution des médicaments qui affectent la majorité de

la population, c'est-à-dire les habitants des zones rurales et les pauvres des villes. La majoration des prix ne se traduit pas de la même façon en Europe et dans la plupart des pays d'Afrique, où, au lieu de multiplier le prix du producteur par un certain coefficient, on multiplie le prix facturé par l'exportation européen, généralement, est déjà de 10 à 20 % supérieur au prix du producteur, malgré un pouvoir d'achat nettement inférieur et un remboursement nul. Les prix de vente de médicaments sont particulièrement élevés à Djibouti par rapport à ceux d'Afrique de l'Ouest notamment comme le montre une étude comparative de la CREDES datant de 2002 (voir tableau 26). Cette situation résulte de l'addition de plusieurs facteurs. Premièrement, Djibouti ne compte que quatre officines privées (Pharmacie de la Corne de l'Afrique et sa succursale Avenue 13, Pharmacie de l'indépendance⁵², Pharmacie Nouvelle) exclusivement implantées dans la capitale et aucun grossiste répartiteur. Ces officines réalisent leurs importations à partir de circuits coûteux, directement depuis un grossiste répartiteur français avec certainement un pouvoir de négociation assez faible eu égard aux quantités en jeu. En conséquence, les médicaments fournis restent chers.

Tableau 25 : Prix publics comparés des médicaments dans les pharmacies privées à Djibouti et dans les pays de l'Afrique de l'Ouest (valeurs en FDJ)

Dénomination	Présentation, forme, dosage	Pharmacie Corne d'Afrique	Pharmacie de l'Indépendance	Pharmacie Nouvelles ⁵³	Afriques de l'Ouest	Ecart de prix ⁵⁴
Hydroxyde Chloramphénicol	Cp. bte de 40	750	650	645	290	2,35
Métronidazole	Cp. 250 mg	890	750	750	422	1,89
Cimétidine	Cp. 250 mg	950	1120	450	558	1,51
Cotrimoxazole	Cp. 200 mg	4 320	2740	4500	2640	1,46
Doxyclyne	Cp. 400/80 mg	600	580	580	410	1,43
paracétamol	Cp. 100 mg	1600	530	155	635	1,20
	500 mg	300	300	250	278	1,02

Source, estimation de CREDES, 2002

Le secteur pharmaceutique manque aussi d'organisation dans l'exercice de la profession. Celui-ci se développe de façon « sauvage », dans

⁵² Privatisée en 1999.

⁵³ Valeurs moyennes

⁵⁴ Entre la moyenne des trois pharmacies de Djibouti et les prix d'Afrique de l'Ouest.

un contexte où ni l'encadrement réglementaire ni les bonnes pratiques ne sont bien définies. Aucune procédure ne définit par exemple pour les modes d'exercice de la pharmacie et aucun médicament n'est soumis à un contrôle de qualité. Il n'existe pas non plus de mécanisme de contrôle de prix à la consommation. Les marges sont donc librement déterminées par les détaillants. Même en l'absence de production locale, le pays ne manque pas de médicaments, mais aucune volonté politique ne s'est réellement exprimée pour encourager une politique de médicaments essentiels pour un prix abordable pour la majorité de la population. C'est ce qui explique notamment l'absence de médicaments génériques à Djibouti. L'atout de Djibouti est sa taille relativement petite qui devrait permettre d'organiser aisément ce secteur et d'en maîtriser les actions. L'existence d'un port maritime peut favoriser également le flux des importations à un prix abordable. L'environnement ou les affinités culturelles avec des pays producteurs de médicaments (Egypte, Moyen Orient par exemple) peuvent permettre aussi de diversifier les achats.

Le fait que le rôle de l'Etat dans la distribution, l'approvisionnement et le financement de médicaments est en diminution entraîne aussi une certaine déréglementation de ce secteur. Jusqu'en 1999, les prix de médicaments étaient plafonnés par un arrêté datant de 1985⁵⁵. Les achats par les pharmacies privées devaient se faire sur la base d'un Prix Grossiste Hors Taxe pour les médicaments achetés en France, auxquels les pharmacies appliquaient une marge d'environ 35 % pour la vente au public. Mais depuis 1999, dans le cadre de la libéralisation de commerce, il n'existe aucune réglementation sur la marge commerciale des médicaments. Ceci est le résultat des réformes introduites en 1999 qui ont éliminé les taux de marque pour les denrées telles que le pain, le lait et le gaz et les médicaments. Les instruments de protection sociale de niveau macroéconomique, tels que les contrôles des prix ou les subventions à la production n'ont plus cours à Djibouti. La profession utilise aujourd'hui un système de tarification basé sur des marges appliquées en cascade sur le

⁵⁵ Arrêté n°85-1412/PR du novembre 1985.

prix d'achat correspondant en moyenne à un coefficient multiplicateur de 1,57⁵⁶ ». Cette situation est préjudiciable aux patients, d'autant plus que les médicaments génériques, dont les prix d'achat sont beaucoup plus faibles que ceux de spécialités correspondantes, ne sont encouragés. Compte tenu de l'absence de médicaments génériques, les médecins publics ou privés sont obligés de prescrire des spécialités et les malades sont tenus d'acheter dans les officines privées. Eu égard à l'importance de la part relative des dépenses de médicaments dans les dépenses totales de santé, il est important de réfléchir à des programmes visant à améliorer les circuits d'importation en recourant par exemple à des achats groupés faits par l'OPS pour l'ensemble des opérateurs. Cet effort de renforcement de l'importation, lié à une meilleure information des prescripteurs aussi bien publics que privés pourrait amener à une meilleure maîtrise des dépenses de médicaments. Une des tâches du ministère de la Santé devait être également la révision de politique de prix dans le secteur privé. Les principes directeurs de cette politique devraient aussi la baisse des taxes sur les produits pharmaceutiques qui sont actuellement de 10 % sur les médicaments et les réactifs de laboratoires et de 33 % sur les dispositifs médicaux. La baisse des taxes sur les matières pharmaceutiques et les contenants doivent être ramenées au même niveau que celui des médicaments pour encourager le développement de la production nationale.

La mise en œuvre d'une structure d'approvisionnement performante, fonctionnant dans un contexte de recouvrement des coûts de médicaments, réalisant des achats de médicaments générique par appel d'offres internationaux et pratiquant des marges modérées, peut aussi améliorer l'accessibilité financière des populations. C'est ce modèle qu'avait retenu l'OPS depuis sa création. Les achats sont effectués auprès de grossistes internationaux, majoritairement l'IDA et la CERP, grossiste français, sous de générique et à des prix très compétitifs. Le montant global du budget alloué à la pharmacie est d'environ 350 millions de FDJ par an. La valeur annuelle

⁵⁶ Selon docteur Issa de la Pharmacie de la Corne de l'Afrique « sur un médicament acheté en France d'une valeur d'achat de 10 euros, les pharmacies appliquent successivement une marge de 10 % (frais de douane, puis de 10 % (TIC) et 30 % (marge du pharmacien), soit un prix de 15,73 Euros.

d'achat des médicaments représente environ 200 millions (soit 1.100 FDJ par personne d'ayants droits). La prescription à l'OPS a été rationalisée grâce à l'élaboration d'une liste limitative issue d'un consensus entre les prescripteurs. Les médicaments utilisés sont des médicaments essentiels et génériques. Cette organisation a permis à l'OPS de couvrir l'essentiel de ses besoins avec un coût abordable. Les écarts entre le prix du médicament de l'OPS et le prix le moins cher secteur privé restent considérables comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 26: Ecart entre les coûts de traitement selon la source d'approvisionnement des médicaments (valeurs en FDJ).

Coût des traitements				
Syndromes	Le moins cher dans les pharmacies privées de Djibouti	En % de la dépense totale hebdomadaire du quintile le plus pauvre	Au prix de l'OPS	En % de la dépense totale hebdomadaire du quintile le plus pauvre
IRA chez l'enfant	861	75 %	32	3 %
Diarrhée chez l'enfant	60	5 %	23	2 %
Ulcération gastrique	6125	531 %	94	8 %
Ecoulement urétral	2400	208 %	89	8 %
Ecoulement vaginal	1210	105 %	84	7 %

Estimation faite par de l'OPS (Symposium de la santé 11-14 mars 2009).

Cette comparaison réalisée par les responsables de l'OPS sur les coûts de traitements de 5 pathologies (IRA et diarrhée, l'ulcération gastrique et, IST (écoulement urétral et vaginal) entre le secteur privé, avec les prix les moins élevés des médicaments disponibles dans les trois officines de Djibouti (Pharmacie de la Corne, Pharmacie de l'indépendance et Pharmacie nouvelle) et le prix facturé actuellement par l'OPS à ses assurés, montre que exception faite pour la diarrhée chez l'enfant, les écarts entre les coûts de traitement sont extrêmement importants. Les prix de vente au public par l'OPS sont aussi inférieurs à 100 FDJ soit entre 2 % et 8 % de la dépense totale hebdomadaire des individus du quintile de population le plus

pauvre⁵⁷. On peut cependant noter, en plus des moyens financiers importants consacrés à l'achat des médicaments et consommables, et le nombre limité de personnes couvertes, l'OPS ne possède que deux centres de santé. Il est évident qu'un centre de santé a besoin d'un nombre de médicaments moins grand qu'un hôpital national.

Dans le secteur public, l'approvisionnement en médicaments demeure encore aléatoire. Etant donné la faiblesse des recettes générées par le recouvrement des coûts, le problème majeur de la disponibilité des ressources financières pour l'achat des produits pharmaceutiques reste entier aujourd'hui à Djibouti. Du fait de la pénurie qui sévit régulièrement dans les structures publiques de soins, les malades, qui en ont les capacités financières, achètent les prescriptions dans les officines privées, c'est pratiquement toujours le cas dans les établissements publics de référence nationale. Dans les centres de santé, cela dépend de l'arrivée de dons. La Pharmapro, organisme public chargé d'approvisionner l'ensemble des structures du secteur public a fait faillite en 1999. Avec la participation des usagers aux dépenses de santé, le Gouvernement s'était engagé à mettre en œuvre une nouvelle politique pharmaceutique, basée sur les médicaments et matériels essentiels dans les établissements publics⁵⁸. La disponibilité en médicaments est la pierre angulaire du recouvrement des coûts. Elle est également l'élément clé de l'amélioration globale de la qualité de services de santé. En raison de la faiblesse du budget public consacré à l'achat des médicaments, les recettes du recouvrement des coûts devaient servir en priorité au renouvellement du stock des médicaments et consommables. Des pharmacies communautaires ont été mises en place pour permettre à la population d'accéder à des médicaments essentiels à un prix abordable. Une nouvelle structure, Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Essentiels

⁵⁷ La dépense annuelle totale du quintile de population la plus pauvre est estimée de 60 000FDJ.

⁵⁸ Les médicaments génériques sont des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils sont tombés dans le domaine public, soit aucun brevet n'a jamais été déposé. Le marché de ces médicaments se subdivise en deux catégories : les produits génériques vendus sous son nom déposé, qui ne font l'objet d'aucun brevet mais sont vendus sous son nom de spécialité, et les produits génériques vendus à bas prix sous une désignation commune par des nombreuses sociétés.

(CAMME) a été créée 2004. Sa mission était d'assurer l'approvisionnement, la distribution et la vente des médicaments essentiels dans le secteur public. Elle est cependant affaiblie par sous un financement chronique (environ 70 millions de FDJ de dotation budgétaire annuelle, complétée par des dons en nature des partenaires multilatéraux ou bilatéraux) qui se traduit par une très faible disponibilité de médicaments.

Aujourd'hui, la CAMME est essentiellement tributaire des dons qu'elle reçoit de façon irrégulière et imprévisible. Sa gestion se fait donc au coup par coup, sans qu'il y ait aucune possibilité de programmer les approvisionnements en fonction des besoins. Compte tenu du passif de l'ancienne structure « Pharmapro », auprès des fournisseurs internationaux, la CAMME effectue souvent des achats auprès de pharmacies privées locales à des prix élevés, ce qui ampute considérablement le pouvoir d'achat de ses dotations budgétaires déjà très insuffisantes. Les dons des partenaires sont mêmes distribués directement dans les établissements de soins, sans passer par la CAMME. De nombreux dons non valorisés sont directement remis aux structures publiques de premier niveau par la coopération française, la coopération italienne, l'OMS et l'UNICEF, cependant, les fréquentes ruptures de stock contraignent les patients à devoir s'approvisionner dans le secteur privé pour ceux qui en ont la capacité financière et pour les autres à renoncer à leur traitement ou à s'endetter.

4.1.7 Une pression sur la masse salariale et une pénurie de personnel qualifié

Les ressources humaines constituent le principal facteur de production pour le service de santé. La qualité des services délivrés repose, en grande partie sur la qualité des personnels qui en sont chargés. Les hôpitaux doivent disposer des bonnes compétences mais aussi faire un bon usage de ces compétences. La pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé est une crise mondiale. En 2006, l'OMS lance le sujet sur la scène internationale avec son rapport sur « *la Santé dans le monde* » qui montre l'ampleur des inégalités et de la pénurie mondiale des ressources

humaines. Selon ce rapport, 4,3 millions de soignants manquent à travers le monde (médecins, infirmières et sages-femmes confondus) pour rendre les soins essentiels accessibles à tous. Tous les pays sont confrontés à des carences de ressources humaines de santé mais la situation est particulièrement dramatique en Afrique subsaharienne où plus de 36 pays font face à une pénurie grave de ressources humaines de santé selon ce rapport. L'Afrique, qui compte 11 % de la population mondiale et qui supporte 24 % de la charge de morbidité mondiale, ne compte que 3 % des agents de la santé dans la planète. C'est situation contraste avec celle de l'Amérique du Nord (Canada et Etats-Unis) qui affronte 10 % du fardeau des maladies mondiales avec 37 % des travailleurs de santé du monde et 50 % des dépenses mondiales de santé. A cette pénurie quantitative s'ajoute un déficit en termes de performance et de qualité de soins pour l'Afrique. Par exemple, en Ouganda le taux d'absentéisme du personnel médical dans les centres de santé est évalué à 37 % (Chaudhury 2006).

A Djibouti, la pénurie de ressources humaines de santé s'impose comme le principal goulot d'étranglement du secteur de la santé. Cette pénurie est d'autant plus importante que le Gouvernement djiboutien a dû faire face au départ en masse et de manière inattendue de l'assistance technique française du secteur de la santé à la fin des années 1990 sans que la relève soit assurée par des médecins djiboutiens. En 2010, le pays ne dispose qu'un infirmier pour 9300 habitants, d'une sage-femme pour 14 000, d'un laborantin pour 24 000 habitants et d'un médecin pour 17 000 habitants et d'un médecin spécialiste pour 25 000 habitants (Plan National de Développement Sanitaire, 2008-2012 p.33). Ces chiffres restent en deçà de la norme de l'OMS recommandant au minimum un médecin pour 10 000 habitants et un infirmier, une sage femme et un laborantin pour 5 000 habitants. Le nombre minimum de l'OMS ne correspond pas une situation idéale, mais peut permettre à ce que par exemple que 80 % des accouchements soient assistés par un personnel compétent contre actuellement 56 % pour Djibouti. L'insuffisance des spécialistes dans les domaines en relation avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est encore plus criante à Djibouti. Le pays ne dispose que de deux

gynécologues-obstétriciens, de deux pédiatres exerçant à Djibouti-ville. Alors que le problème de maladies mentales se pose de façon aiguë dans le pays, Djibouti ne dispose aussi que d'un seul psychiatre. Les médecins généralistes dans les cinq districts de l'intérieur n'ont pas de compétences en chirurgie essentielle (notamment la pratique de la césarienne) ni en matière de gestion du système de santé. Le personnel sans qualification occupe également une place importante dans l'effectif du secteur public sous le vocable d'aide infirmier, bénévole, matrones, agent de la santé communautaire, etc. La quasi-totalité du personnel paramédical servant les districts ne dispose d'aucun diplôme. Le ministère de la Santé a employé et emploie encore du personnel bénévole sans qualification dans la plupart des établissements publics. Les accoucheuses traditionnelles, les agents de santé communautaires et les bénévoles sont repartis sur tout le territoire. Les postes de bénévoles sont souvent considérés à Djibouti comme une des portes d'entrée au ministère de la Santé pour les personnes n'ayant pas le niveau de qualification de base minimal. L'acte médical exercé par ces personnels sans qualification peut avoir cependant des conséquences dramatiques sur les patients et les structures de soins.

Les causes de cette crise de ressources humaines dans la santé sont bien connues à Djibouti en premier lieu desquelles, figurent la formation. En matière de formation, le pays ne disposait pas de faculté de médecine jusqu'en 2011. Les formations de médecins financées par les partenaires au développement se faisaient à l'étranger. Le pays d'accueil des étudiants pour la formation dépend en partie du pays ou de l'institution accordant le financement. Les médecins ont longtemps été formés en France puis en Afrique (Bénin, Tunisie, Algérie, etc.). Actuellement, les étudiants en médecine sont envoyés à Cuba.

Malgré l'existence depuis 1994, du Centre de Formation du Personnel de la Santé (CFPS), il existe aussi une pénurie importante du personnel paramédical. On observe aussi une certaine pression sur la masse salariale des hôpitaux publics depuis le début des années 1990. La majorité du personnel de santé est employée par le ministère de la santé et l'effectif n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique. En 1973, le personnel

du ministère de la santé était de 621 personnes. Sur la base du taux moyen de croissance démographique de 3 % par an, il aurait fallu au moins 1.300 personnes en 2003, or le nombre du personnel du ministère de la Santé n'était que 841 seulement. Plus déroutant encore est de constater qu'en 2007 avec seulement 899 salariés, le nombre des travailleurs du ministère de la Santé est moindre qu'en 1997 avec 1 168 personnes. Cette aberration est souvent mise sur le compte des programmes d'ajustement structurel des institutions financières mondiales : entre 1993 et 2004 la loi de finance supprimait les positions vacantes en raison d'un départ à la retraite. Toutefois, depuis janvier 2004, les départs doivent être compensés par un nombre équivalent de remplacements.

Les promotions font aussi l'objet d'un gel depuis 1993 et l'absence d'avancement a laissé le personnel démoralisé. L'absentéisme est répandu et des mesures disciplinaires ne peuvent être prises qu'après une absence de 15 jours pour le personnel de santé et une absence de six semaines pour le personnel administratif.

Au nombre relativement peu important du personnel des soins de santé s'ajoute à Djibouti, le manque de pouvoir qu'exerce le ministère de la Santé sur la gestion du personnel fonctionnaire. Ce sont beaucoup de départements qui interviennent dans la gestion des personnels fonctionnaires : le point de départ est une décision prise au niveau du ministère de la Santé qui est acheminée auprès du ministère de la Fonction Publique, puis transmise au ministère de l'Economie et des Finances. Ce dernier présente la proposition au Premier Ministre qui la soumet à la Présidence de la République. Le ministère de la Fonction Publique est ensuite chargé d'entériner et d'appliquer la décision. Le ministère de la Santé est seulement en mesure de faire des propositions de recrutement. La gestion des carrières et de la rémunération se trouvent plus ou moins centralisés entre les mains du ministère de la Fonction Publique et du ministère de l'Economie et des Finances. De ce fait, les hôpitaux possèdent peu de prise sur leurs personnels. Seule la possibilité d'embaucher des contractuels apporte un peu de souplesse au système.

De plus à la différence du ministère de l'Education Nationale, le ministère de la Santé n'a pas pu obtenir du ministère de l'Economie et des Finances l'octroi d'avantages en nature (logement) ou sous forme de primes pour le personnel servant dans les régions de l'intérieur. De fait, les médecins et les techniciens supérieurs de santé restent massivement dans la capitale, ce qui exacerbe les disparités dans les services de santé de la capitale, Djibouti-ville et les régions l'intérieur du pays.

La capacité du ministère de la Santé en matière de planification et de gestion est aussi insuffisante ; ceci tient à la fois à des causes internes et externes au ministère de la Santé. Tout d'abord, la gestion d'une large fraction du personnel (recrutement, promotion, sanction, facteurs de motivation, octroi des bourses la formation des médecins) dépend essentiellement d'autres ministères. Par exemple, l'octroi de bourses des médecins impliquent le ministère de la Santé, de l'Education Nationale et le ministère des Affaires étrangères. Il existe également des dysfonctionnements internes au ministère de la Santé. C'est la Direction Administrative et Financière, à travers la « section de gestion du personnel » qui est chargée de la planification des ressources humaines. L'insuffisance de planification a conduit à un développement anarchique des ressources humaines basé sur un recrutement du personnel se faisant au cas par cas en fonction des besoins du moment. L'habitude prise de s'appuyer sur des bénévoles, formés dans le cadre du travail puis embauchés, a contribué à la situation actuelle de manque de personnel qualifié. En 2009, selon les chiffres fournis par la Direction Administrative et Financière du ministère de la Santé, le ministère de la santé emploie 960 agents. Les effectifs se présentent comme suit : 48 médecins (42 nationaux), 4 dentistes (2 nationaux et 6 pharmaciens (4 nationaux) 96 infirmiers diplômés d'Etat, 52 sages-femmes et 22 techniciens de laboratoire, 410 auxiliaires, le reste de l'effectif travaille dans l'administration ou dans l'entretien. L'effectif du ministère de la santé est resté stable ces dernières années. En raison de la politique d'ajustement structurel, seuls les départs à la retraite sont remplacés. On note toutefois une légèrement augmentation de l'effectif du ministère de la Santé à partir de 2005 qui concerne en majorité la régularisation des aides soignants et des

matrones actifs dans le secteur public depuis une dizaine d'années mais qui étaient dans une situation administrative anachronique, car, sans une décision de recrutement en bonne et due forme.

Le personnel appartient à deux corps distincts : les fonctionnaires (412 agents) qui relèvent directement du ministère de la Fonction Publique et les conventionnés (548) qui sont recrutés directement par le ministère de la Santé. Les fonctionnaires possèdent en moyenne des qualifications plus élevées que les autres. Les médecins et les personnels paramédicaux diplômés appartiennent prioritairement au corps des fonctionnaires. La gestion des personnels conventionnés est en principe assurée par le ministère de la Santé, depuis l'embauche jusqu'au départ à la retraite, en passant par les promotions, les mutations et les sanctions disciplinaires. Cependant, Djibouti est encore confronté pour de nombreuses années au déficit du personnel qualifié et notamment des médecins spécialistes.

4.2 La privatisation des dépenses de santé : des limites évidentes dans le cas de Djibouti

La réforme de 1999 se focalise notamment sur la participation individuelle des usagers au financement de la santé et spécialement au moment de la maladie. En dépit, de la participation de la population dans les dépenses de santé, les problèmes de financement persistent dans le secteur public de santé. La marchandisation se heurte premièrement par la faible capacité contributive de la population. Le paiement au comptant et au moment de la maladie des usagers représente également une barrière financière à l'utilisation des services de santé. En outre, ces dépenses privées de santé sont inefficaces dans la mesure où elles servent souvent à payer des substances pharmaceutiques coûteuses, les plus souvent achetées directement aux pharmacies privées sans une prescription d'un praticien. Ce qui entraîne un gaspillage des ressources de la santé déjà maigres (voir point 4.1.6). Les établissements publics de soins sont en outre de plus en plus tributaires des recettes provenant du paiement direct des usagers et doivent accorder la priorité à ceux qui peuvent payer. Les médecins du secteur

public exercent aujourd'hui une activité privée autorisée dans leur établissement public d'affectation. Mais la double pratique des médecins exerçant dans le secteur public conduit à leur faible présence effective dans les établissements publics de soins. Pour ces raisons au moins des alternatives doivent rechercher au financement privé de la santé.

4.2.1 Un faible niveau de ressources générées par la privatisation des dépenses de santé

L'objectif d'une participation individuelle des usagers au financement de services publics de santé était non seulement de couvrir des dépenses mais aussi de gérer des recettes pour améliorer la qualité de l'offre de soins. L'efficacité d'un financement privé de la santé doit être à l'origine d'un cercle vertueux aboutissant à l'amélioration de l'offre de soins et de la fréquentation. La réalisation de cet objectif rencontre néanmoins certaines limites. A l'échelle du pays, la contribution des malades à travers leurs paiements directs constitue la première source de financement de la santé dans le pays. Cependant au niveau local, ces ressources sont loin d'assurer l'autonomie financière des établissements publics ni même de compenser la diminution des dotations de l'Etat. Les structures publiques de soins ont alors un niveau de ressources égal voire inférieur à celui qui existait avant l'adoption de la politique de paiement de services publics de santé. L'apport de ressources est notamment dérisoire dans les centres de santé qui ont opté pour un système de tarification forfaitaire souvent détaché de calcul des prix de revient réel pour couvrir des sommes plus modestes. Le coût de collecte de ces fonds est important. Ce « coût de transaction » vient de diminuer le montant des recettes collectées voire, dans le cas extrême, excéder ce montant. Le cas du centre médical-hospitalier d'Ali-Sabieh est instructif à cet égard. Cet établissement collecte mensuellement la modique somme de 85 000 FDJ correspondant à la facturation des prestations suivantes : consultation et maternité. Cette somme reste insuffisante même pour couvrir le salaire de la caissière chargée de distribuer le ticket. La participation individuelle de la population au financement de la santé, ne

permet pas, comme il avait été souhaité, une augmentation de la gamme de services de soins de santé primaires. La réaffectation des recettes à l'amélioration de la qualité devient aussi impossible.

Pour les établissements publics autonomes, les recettes générées par le recouvrement des coûts constituent une liquidité importante. Elles restent cependant faibles pour assurer leur autonomie financière en cas de désengagement financier de l'Etat ou des bailleurs de fonds. En 1986, avant même l'initiative de Bamako, l'hôpital Peltier avait mis en place un système de contribution financière directe des patients qui s'appliquait cependant exclusivement sur certaines prestations. Grâce au renforcement du service de recouvrement en moyens matériel et humain mais aussi et surtout par l'appropriation au sein de l'hôpital Peltier le service de recouvrement des coûts antérieurement basé au Trésor national, les recettes correspondant aux paiements effectués au guichet du bureau des entrées et le recouvrement de certaines factures émises auprès certains clients (OPS, armée nationale, sociétés privées, etc.) ont fortement augmenté ces dernières années passant de 21 137 490FDJ en 2000 en à 96 261 572 FDJ en 2007. Mais, par rapport à son budget annuel, le montant des recettes propres générées par le recouvrement des coûts reste faible et ne permet même pas de couvrir la prime du personnel de l'hôpital (voir tableau 28).

Tableau 27 : Hôpital Peltier, Comparaison de recettes propres et rémunération du personnel en franc Djibouti

Recettes propres		Rémunération annuelle du personnel	
Paiement au comptant (Patient)	46 410 091	Salaires	299 109 672
Chèque (société privé et	48 461 376	Prime	100 012 333
Virement	1 390 095		
Total	96 261 572	Total	399 122 005

Source : hôpital Peltier, Service de recouvrement, avril 2010.

En outre l'augmentation de recettes résulte plus d'une amélioration de la notification des activités : contractualisation, sécurisation des procédures de paiement qu'une forte croissance de la fréquentation⁵⁹. Enfin le paiement au comptant qui correspond à la somme payée directement par le patient à l'hôpital Peltier ne représente que 47 % de recettes propres. La somme restante de recettes provient de sociétés privées, de l'armée nationale, de l'OPS, etc. L'Etat avec l'aide des bailleurs de fonds continue à prendre en charge les salaires des fonctionnaires et des dépenses communes (eau, électricité, téléphone, carburant, produit pharmaceutiques) de l'Hôpital Peltier. Le niveau de la participation de l'Etat devait être néanmoins bloqué au volume de la date de mise en autonomie à savoir en 2000 pour Peltier et ne devait évoluer que pour prendre en compte les augmentations de salaires. Le nombre d'emploi de fonctionnaires et conventionnés devait être également bloqué à son chiffre de 2000. En théorie, depuis 2000, cet établissement ne peut plus faire évoluer ses effectifs qu'en recrutant des contractuels sur ses recettes propres. Par contre, le départ d'un fonctionnaire l'autorise à le remplacer sur financement de l'Etat. De même, les volumes de consommation des dépenses communes sont stabilisés au niveau de la date de mise en autonomie et leur augmentation (en volume) relève d'un financement complémentaire à la charge de l'établissement. Cette procédure vise à responsabiliser les dirigeants en conditionnant la mise en œuvre de toute amélioration par une plus grande efficacité de leur système de recouvrement des coûts.

Le bénéfice attendu d'une participation « équitable » des usagers aux dépenses de santé se heurte en premier lieu à Djibouti à la faible capacité financière de la population. En effet, en 2002, selon les résultats de EDAM2, 74,4 % vit dans la pauvreté relative et 42,2 % dans l'extrême pauvreté (avec un revenu inférieur à 1,8 \$US par personne et par jour). Ceci nous amène à nous demander si la population djiboutienne est en mesure de contribuer individuellement aux dépenses de santé. Au cours de dernières années,

⁵⁹ Les conséquences de la modalité du paiement éclaté immédiat sont aggravées à Djibouti par les exigences des établissements publics de soins qui réclament un acompte correspondant à une hospitalisation de 5 jours pour les indigents pour être admis à l'hospitalisation.

Djibouti a enregistré une hausse dramatique de la pauvreté. « L'enquête djiboutienne auprès des ménages, (EDAM-2) » de 2002, indique que l'incidence de la pauvreté est passée respectivement, de 45,1 % à 74 % pour la pauvre relative, et de 9,6 % à 42,1 % pour la pauvreté extrême entre 1996 et 2002. Les résultats de cette enquête confirment également le caractère structurel et massif de la pauvreté. La pauvreté est généralisée et touche toutes les zones géographiques et toutes les catégories sociales. Mais en termes de concentration, c'est la ville de Djibouti qui abrite le plus grand nombre de pauvres, avec une incidence de 65,2 % et 57,4 % respectivement pour la pauvreté relative et extrême. Malgré l'accélération de la croissance de ces dernières années (autour de 5 % 2005-2010), les indicateurs disponibles en 2011 suggèrent que le niveau de pauvreté monétaire s'est encore aggravé à Djibouti. Les conséquences de cette situation sont dramatiques pour le développement humain. En février 2011, le Gouvernement estime qu'en milieu urbain « 47 % des ménages n'ont pas les moyens de s'offrir le régime alimentaire « nutritionnellement adéquat ». 31 % de la population serait également sous-alimentée et la proportion des enfants souffrant de malnutrition s'élèverait à 33 % », soit l'un des taux les plus élevés du monde (Initiative Nationale pour le Développement Social, février 2011). La pauvreté monétaire qui nous intéresse ici retrace une insuffisance de revenus monétaires pour faire face aux dépenses alimentaires et non alimentaires indispensables, mais les autres indicateurs de la pauvreté humaine ne sont pas plus favorables à Djibouti. Dans le secteur de la santé, la pauvreté se manifeste par l'incapacité durable de payer le minimum des frais médicaux (Kaddar et al., 2000, p. 913). Etant donné la particularité de ce secteur, nous pouvons élargir la notion de la pauvreté à l'exclusion des soins. Celle-ci regroupe des situations variées et concerne l'ensemble des personnes qui éprouvent des difficultés de paiement des soins pour des raisons diverses (absence d'argent au moment de la maladie, irrégularité des revenus dans l'année, etc.). Ces raisons affectent aussi les personnes en situation de pauvreté que celles qui ne les sont pas, et excluent par conséquent du service public de soins, soit de façon permanente, soit de façon temporaire. Il apparaît ainsi entre pauvreté et santé une relation circulaire que l'on retrouve à propos d'autres domaines : pauvreté de l'Etat qui n'a pas les

moyens d'organiser une couverture suffisante de son territoire, pauvreté de la famille, qui ne peut pallier les carences de l'Etat.

4.2.2 Une barrière financière à l'accès aux services de santé

Dans un système de santé marchandisé, tout individu doit payer afin de se faire soigner. Dans les pays développés, cette situation est traditionnellement caractéristique des Etats-Unis où les services de santé sont des biens économiques classiques privés qu'il faut « acheter » selon la loi de l'offre et de la demande. En Afrique subsaharienne, le recul du financement public consacre l'émergence d'une logique marchande dans les établissements publics de soins. Ainsi paradoxalement, c'est dans les pays les plus pauvres que la part relative des ménages au financement du secteur de la santé est la plus importante⁶⁰. Dans ces pays, les usagers sont contraints de payer directement les services consommés et non pas à les financer collectivement à travers un système d'assurance maladie comme nous le connaissons dans la majorité des pays développés. La tarification des soins permet de desserrer la contrainte financière, issue de rationnement des dépenses publiques, qui pèsent sur les structures publiques de soins. Elle implique cependant la solvabilité des individus et exclut de facto les services publics de santé tous ceux qui ne pourront pas payer. Outre le faible pouvoir d'achat de la population, la modalité de paiement en vigueur dans les établissements publics de soins à Djibouti expose à l'utilisateur de public de santé à un risque de dépenses catastrophiques. Les services de santé les plus demandés (transport, hospitalisation, accouchement, etc.) restent aussi inabordables pour la majorité de la population djiboutienne.

⁶⁰ Les pays où la population paie de sa poche plus de 50 % des dépenses de santé représentent 47,6 % de l'ensemble de pays pauvres mais seulement 5,4 % des pays riches. Selon le Rapport de l'OMS, l'ensemble des pays du monde où la population paie plus de 50 % des dépenses de santé de sa poche, 62, 5 % sont des pays pauvres. A l'inverse, il n'y a que 27 % des pays pauvres contre 70 % des pays riches où la population paie moins de 30 % des dépenses de santé de sa poche.

4.2.2.1 Un mode de paiement exposant l'utilisateur à un risque de dépenses catastrophiques

A la différence d'autres types de dépenses, les dépenses de santé ont des caractéristiques spécifiques. Elles sont d'abord inéluctables. La théorie économique classique selon laquelle toute dépense est le résultat d'un choix entre différentes options peut difficilement s'appliquer aux soins notamment quand ils sont urgents. Il ne s'agit pas pour un usager par exemple de choisir entre les soins hospitaliers de son fils grièvement blessé et l'achat d'une nouvelle maison.

Deuxièmement, les dépenses médicales les plus lourdes sont généralement imprévues. On ne sait jamais quand on aura besoin de soins et combien ces soins coûteront. Les frais médicaux à la charge du patient sont donc plus difficiles à budgétiser que, par exemple, les frais de scolarité dont le montant et l'échéance sont connus à l'avance. Par conséquent, si les dépenses régulières d'un montant fixe, déterminé d'avance, peuvent être acquittées à l'aide de l'épargne, tel est rarement le cas de celles qui sont imprévues et dont le chiffre peut varier d'une petite fraction du budget annuel à plusieurs fois le revenu total d'un patient.

Troisièmement, la maladie entraîne non seulement des dépenses supplémentaires, mais aussi une perte de revenu notamment dans les pays pauvres sans couverture sociale.

Quatrièmement, le poids de la maladie varie selon le revenu. Mais les plus démunis sont les plus menacés, la charge que représentent les dépenses est plus lourde pour eux, à la fois par rapport au budget dont ils disposent et par rapport à leurs besoins.

A Djibouti, l'utilisateur doit payer les soins à l'acte, au comptant et au moment où il est malade plutôt que de les payer à l'avance quand il est bien portant. La modalité de paiement en vigueur dans les établissements publics de soins réduit encore davantage la possibilité de payer et donc de se soigner. Le paiement direct et à l'acte choisi par les établissements publics de soins à Djibouti expose le patient de service public de santé à un risque de dépenses catastrophiques. Pour faire face aux dépenses médicales onéreuses, la solution la plus courante consiste simplement à éviter ou à retarder le plus possible le recours à des services de santé. Une autre option

consiste à se replier sur des solutions « meilleur marché », même si elles ne peuvent répondre à un réel besoin de soins spécialisés. Plutôt que de consulter un médecin qualifié, la seule option réaliste est parfois d'acheter directement des médicaments auprès d'un quelconque revendeur. Cette situation conduit inévitablement à une consommation irrationnellement de médicaments qui a des effets nocifs (résistances accrue aux antibiotiques, par exemple). L'une des solutions les plus couramment adoptées est pour faire face à des dépenses de santé consiste aussi à emprunter ; tel est le cas de 30 à 40 % des patients pauvres (UNICEF, 1996). Pour disposer de l'argent nécessaire à des soins hospitaliers, par exemple, les patients pauvres doivent convaincre des usuriers de leur accorder un prêt. Ainsi, une étude réalisée à Phnom Penh, au Cambodge, a montré que 20 % des personnes n'ayant pas les moyens de faire face à leurs dépenses de santé empruntent à des taux d'intérêt mensuel de 20 à 30 %. Selon cette étude : « *lorsque ces personnes ne peuvent pas faire face aux échéances, elles sont souvent contraintes de vendre leurs biens, terre et maison, voire de vendre leurs filles à des bordels* ». Les dégâts sociaux causés par l'emprunt sont appelés à s'aggraver dans les pays pauvres comme Djibouti où les services de santé sont rémunérés par des paiements directs relativement élevés. En effet, les dépenses de santé augmentent avec le temps, mais les ressources et le réseau social des pauvres finissent de ce fait par s'épuiser. Le recours à des emprunts privés très onéreux devient donc de plus en plus fréquent, et encore n'est-il pas toujours possible pour ceux qui n'ont plus de biens à vendre en cas d'insolvabilité.

Techniquement, plusieurs modes de paiement sont possibles chacun présentant des avantages et des inconvénients (voir tableau 28). Parmi les différentes modalités de paiement, il est possible de distinguer : le paiement éclaté, le paiement forfaitaire, et la cotisation périodique. Dans le premier cas, le patient paie pour la consultation mais aussi pour les différents actes (soins, parasitologie) qui lui sont prescrits ainsi que pour les médicaments. Cette modalité de paiement est facile à mettre en place pour les établissements publics de soins, mais elle ne favorise pas la continuité de soins pour le patient. Celui-ci doit payer la consultation, à l'issue, de laquelle il sort généralement avec une ordonnance pour des médicaments à acheter,

il faut aussi payer pour des éventuels examens, radiologie, échographe, etc. Cette modalité de paiement entraîne deux types d'exclusion des services de santé. L'exclusion temporaire due essentiellement à un manque des ressources à un moment donné de l'année, d'une part, et l'exclusion permanente qui a pour conséquence une impossibilité totale de bénéficier des soins modernes, d'autre part.

Tableau 28 : Principaux avantages et risques de différents modes de paiements.

Mode de paiement	Avantages	Risques
Paiement éclaté : Le patient paie séparément pour les actes et les médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - facile à mettre en œuvre - contrôle des recettes plus aisé - favorisé le renouvellement des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - ne favorise pas la continuité des soins - favorise la sur-prescription vénale
Le paiement forfaitaire : le patient paie pour chaque consultation un prix forfaitaire qui comprend le coût des soins (actes et consommables) et celui des médicaments prescrits	<ul style="list-style-type: none"> - partage des risques car permet des subventions croisées (pour un même type de pathologie, des soins produits à un coût < au prix permettent de financer des soins > à leurs coûts - meilleur suivi des traitements - permet aux patients d'épargner pour anticiper certaines dépenses de santé car il sait à l'avance ce qu'il devra payer 	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté de gestion rigoureuse de la filière pharmaceutique - élaboration des tarifs peut être difficile si on ne peut estimer les coûts moyens de production avec approximation acceptable.
La cotisation périodique : le patient paie un forfait tout compris pour un épisode de maladie	<ul style="list-style-type: none"> - favorise la continuité des soins - permet aux patients d'épargner pour anticiper certaines dépenses car il sait à l'avance ce qu'il devra payer - partage des risques car subventions croisées 	<ul style="list-style-type: none"> - élaboration des tarifs difficile - nécessite quelques années d'application pour être bien maîtrisée

Source auteur

Le paiement forfaitaire repose lui sur un prix unique pour chaque consultation qui comprend à la fois l'ensemble des actes effectués par le personnel médical (consultation, radiologie, médicaments, etc.). Les patients peuvent donc prévoir les dépenses qu'ils auront à faire chacune de leur demande de soins. Cette modalité permet de plus une redistribution du coût de soins entre les malades.

La cotisation période est une approche qui peut s'apparenter de loin aux principes des mutuelles, les populations cotisent selon une périodicité choisie, souvent annuelle, et bénéficient de soins gratuits ou à tarif préférentiel. L'adhésion des populations à cette modalité dépend de la qualité des soins assurés par la structure qui a adopté ce principe. Les modalités de paiement périodique et forfaitaire, qui admettent un partage des risques entre les patients ont l'avantage de lutter contre le premier type d'exclusion des services de santé. Des mesures d'exemption pour ceux qui ne peuvent pas réellement payer sont une solution au second type d'exclusion des services de santé.

4.2.2.2 Un niveau de tarif rendant inabordable les services publics de santé les plus demandés

Plus que la politique de paiement direct des usagers, le niveau élevé de tarification constitue aussi une barrière à l'accès aux soins et limite par conséquent les recettes collectées par les hôpitaux publics. Les services de santé les plus demandés (consultation transport, hospitalisation, accouchement, etc.) restent inabordables pour la majorité de la population à Djibouti. A l'Hôpital Peltier par exemple, le coût moyen d'une consultation oscille entre 5.000 FDJ et 10. 000DJF, ce à quoi s'ajouteraient un total d'environ 2. 000 FDJ perçus de manière informelle à ces différents niveaux et qui correspondraient à des « usages » bien établis. Ces tarifs rendent rédhibitoires l'accès aux soins. Ce n'est pas seulement un problème pour les pauvres et les exclus, c'est un problème pour la majorité de la population. Cette solution revient à considérer la santé comme un produit normal dont la consommation relève de la responsabilité de chacun. Il peut être

également émis des réserves sur les tarifs d'hospitalisation pratiqués par l'Hôpital Peltier et la maternité de Dar El Hanan (voir tableau 30).

Tableau 29: Tarifs d'hospitalisation de l'hôpital Peltier et de la Maternité de Dar El Hanan) en FDJ.

Rubriques	Coût réel	Plein tarif	Tarif indigent
Service de réanimation	28 484 FDJ par jour	15 000 FDJ par jour	3 000FDJ pour un forfait de 5 jours
Service chirurgie orthopédie	42 000 FDJ par jour	30 000 par jour	10 000 FDJ forfait
Service des urgences	4253 FDJ par jour	2 500 par jour	2 500 par jour
Accouchement normal	30 000 FDJ	20 000 FDJ par jour	9 000 FDJ pour un forfait de 3 jours
Accouchement avec césarienne	50 000	25 000FDJ par jour	10 000 pour un forfait de 3 jours.

Source : ministère de la Santé : Rapport final de Symposium sur la santé mars 2009

A lecture de ce tableau, nous remarquons que les tarifs d'hospitalisation des établissements publics de soin sont fixés en fonction des coûts de production des hôpitaux publics même si les utilisateurs de service public de santé bénéficient d'une remise importante en ne payant pas le coût réel des services de santé. La dépense est néanmoins importante par rapport au pouvoir d'achat de la population djiboutienne et pas seulement pour les indigents. A titre d'exemple, l'hospitalisation d'une journée dans le service chirurgie orthopédie de l'hôpital Peltier coûte en plein tarif la somme de 30 000FDJ qui correspond à deux fois le montant du salaire minimum mensuel dans le pays. Cette somme n'inclut ni les actes (laboratoire, radiologie, etc.) ni les médicaments. La non-exclusion des usagers est une des caractéristiques d'un service public. Or, le recouvrement des coûts, qui se surajoute souvent à un paiement informel induit une barrière financière

pour l'utilisation des services de santé par les populations notamment les plus pauvres.

A Djibouti toute personne qui souhaite se soigner mais qui n'a pas le moyen de payer n'accède en aucun cas au service public de santé. On retrouve ici la logique du marché où seule la demande solvable est prise en considération. En outre, nous remarquons aussi qu'aucune d'exemption de paiement n'est prévue pour ceux qui ne peuvent payer les soins. Les tarifs d'hospitalisation des indigènes semblent en apparence plus favorable par rapport au plein tarif, cependant, ce prix n'a rien de social ni d'un ticket modérateur compte tenu de la pauvreté extrême de cette population. Cela suppose aussi qu'un indigent doit au préalable obtenir un certificat d'indigence délivré par le ministère de l'Intérieur. Même, le certificat d'indigence qui donne droit à une réduction en cas d'hospitalisation est souvent accordé à ceux ont la capacité de l'obtenir en franchissant les différents obstacles administratifs plutôt qu'à ceux en ont les plus besoin. Pour limiter l'usage de ce document, les établissements publics de soins exigent aussi de son titulaire de s'acquitter un acompte minimum correspondant à 5 jours d'hospitalisation pour pouvoir être admis à l'hospitalisation. Cette somme est non remboursable même si celui-ci quittait l'hôpital au bout de la première journée.

4.2.3 Le privé dans le public à l'origine d'une faible présence du personnel médical dans le secteur public

A Djibouti, les personnels des établissements publics de soins, en général payés sur le budget de l'Etat sont affectés après recrutement effectués par concours. Le ministère de la Santé et le ministère de la Fonction publique se partagent les rôles dans le domaine du recrutement, de l'affectation et de la gestion des ressources du secteur public de santé. Dans un tel système, les hôpitaux publics disposent de peu de marge de manœuvre pour gérer les emplois et les affectations individuelles notamment en ce qui concerne les fonctionnaires. Cependant, avec le recouvrement des coûts, les établissements publics de santé ont acquis une liberté totale en ce

qui concerne le recrutement sur fonds propres. Ils peuvent aussi intervenir sur les facteurs influant sur la motivation de leurs ressources humaines. Le faible niveau de rémunération des agents de la santé est souvent désigné comme une des causes principales de leur démotivation. Une large part de la facture de la santé est consacrée aux salaires aux dépens de l'équipement ou de médicaments. Cependant, la politique salariale présente des faiblesses : les rémunérations connaissent une érosion en valeur réelle, bien que leurs niveaux relatifs en termes de pouvoir d'achats soient élevés au regard de ce que qui est observé dans les autres secteurs. Le personnel de la santé est traité de manière discriminante par rapport au personnel de l'éducation qui bénéficie de différentes primes et se retrouve à l'abri des arriérés de salaire. La démotivation du personnel a été aggravée dans les années 1990 et 2000 par le paiement irrégulier des salaires mais aussi par la forte diminution ou la suppression de diverses primes, qui représentent une part significative des rémunérations. Le bas niveau des salaires qui en résulte conduit les agents à développer des stratégies individuelles pour améliorer leurs revenus. Aujourd'hui, les médecins du secteur public exercent une activité privée autorisée dans leur propre établissement public d'affectation. Cette activité libérale des médecins publics se déroule tous les après-midi dans les quatre établissements publics autonomes et n'est pour l'instant autorisée qu'aux médecins spécialistes. Pour les hôpitaux publics, offrir aux médecins spécialistes la possibilité d'exercer dans leurs locaux une activité libérale permet de fidéliser une clientèle plus aisée et de disposer en cas d'urgence des médecins hospitaliers à proximité de leur service. Pour le ministère de la Santé, il s'agit de légaliser une pratique courante qui consomme les ressources des hôpitaux publics sans contrepartie. Cette activité privée des médecins exerçant dans le secteur public bénéficie en premier lieu aux médecins spécialistes qui ont accès à un revenu complémentaire important, mais aussi aux établissements publics autonomes qui offrent aux médecins dans leur consultation privée, la logistique (locaux, personnel paramédical et moyens techniques) en échange d'une partie des recettes. Les pratiques de tarification et les modalités de partage des recettes varient d'un médecin à un autre. Mais d'une manière générale, c'est la situation de la concurrence qui détermine la nature de ce partage. Il bénéficie davantage aux praticiens

lorsque la demande est forte alors qu'ils ne sont pas nombreux. Les consultations privées induites également des activités supplémentaires aux structures publiques et donc des recettes supplémentaires pour les hôpitaux autonomes. Cette activité est destinée avant tout à une clientèle solvable qui souhaite éviter les longues files d'attente de la matinée dans les structures publiques.

Ces revenus supplémentaires générés par l'activité privée des médecins publics peuvent être utilisés par les structures publiques pour améliorer la qualité de leur offre de soins. Mais le privé de soins des hôpitaux publics est aussi une solution génératrice des dérives potentielles importantes même dans les pays développés où la réglementation est plus stricte. Il a pour effet de subventionner les soins aux patientés privés des hôpitaux publics par le financement public et diminuer la qualité de soins offerts aux patients admis à l'hôpital public sous le régime public (McPake et al., 2007). La pratique privée et le financement privé qui l'accompagne sont utilisés pour allonger les budgets des hôpitaux publics mais aussi pour assurer l'accès aux soins et services de qualité supérieure aux personnes capables et désireuses de payer pour leur soins (Colombo et Tapay, 2004, p. 10). En effet, la clé de la prestation privée de soins dans les hôpitaux publics est la différenciation des services sur la base de leur qualité : qualité des services personnels, qualité des soins médicaux et chirurgicaux, accès plus rapide aux soins. Les patients ne seront pas convaincus de la pertinence de payer le prix d'un service privé que si le service est de meilleure qualité et d'un accès rapide. Les hôpitaux publics devront donc maintenir cette différence de qualité en utilisant un supplément de ressources et les mettre à la disposition des patients privés. Cette stratégie, encore plus cruciale lorsque les deux hôpitaux publics (hôpital Peltier, et l'hôpital de Balbala) comme c'est le cas à Djibouti entrent en compétition pour attirer des patients privés. En conséquence, la contribution des patients privés au financement des hôpitaux publics pourrait être tout à fait théorique. Il n'y a en effet aucune garantie que l'inverse ne se produirait pas, c'est-à-dire que le financement public des hôpitaux publics n'en vienne à subventionner la pratique privée. Les patients admis sous un régime privé dans un hôpital public contribueront au financement des services aux patients admis sous

un régime public que dans la mesure où leur contribution excède les coûts des services qu'ils utilisent. Si le financement public contribue pour plus que sa part au fonctionnement de l'hôpital, le transfert des ressources ne se fait plus des patients « privés » vers les patients « publics », mais bien en sens inverse. Autrement dit, à Djibouti, ce sont les plus pauvres et souvent les plus malades qui financent les soins des moins pauvres puisque depuis l'adoption des politiques de recouvrement des coûts de soins, le pays est passé du paradigmatique des soins de santé gratuits pour tous au paradigmatique de soins de santé payants pour tous, conduisant à ce que certains économistes appellent « *le paradoxe des payeurs pauvres* ». Puisque les services de santé ont pour fonction de diagnostiquer la maladie, de traiter les malades, de les guérir si possible, les coûts de ces services chez les personnes malades seront forcément supérieurs aux coûts de chez celles qui sont en bonne santé.

Les soins privés dans le secteur public peuvent aussi diminuer la qualité de soins offerts aux patients admis à l'hôpital public sous le régime public. A Djibouti, c'est la faible présence effective des médecins spécialistes qui constituent des problèmes majeurs pour la crédibilité du système public de soins. La double activité contribue à l'indisponibilité effective du personnel qualifiée. Les médecins sont en outre moins actifs aux heures normales du service public et plus présents lors des consultations privés. Ce constat est fait par le propre service du ministère de la Santé dans son « *Bulletin d'information du 15 mai 2009* ». Le problème est grave lorsqu'on sait que les médecins spécialistes sont peu nombreux à Djibouti et qui en outre sont accaparés par des tâches administratives puisqu'ils s'occupent souvent des postes de responsabilités dans les différents services du ministère de la Santé. Ce qui signifie, qu'en dehors de consultations privées, il est difficile pour un patient de voir rapidement un médecin spécialiste. Cette situation favorise automatiquement les patients privés des hôpitaux publics au détriment des patients admis sous un régime public de soins. Cette situation aussi aggravée dans le cas de Djibouti par le fait qu'il ne s'agit pas vraiment de la création d'un secteur privé structuré et réglementé au sein du secteur public, mais plus un arrangement entre les médecins fonctionnaires qui souhaitent gagner plus et des établissements publics

autonomes intéressés par la manne produite par l'activité libérale de leurs médecins. La généralisation de paiement au comptant dans l'ensemble des structures publiques avait pour objectif d'améliorer la qualité de l'offre publique des soins par la motivation financière de personnel de santé et la disponibilité de personnel qualifié. Il a cependant eu peu d'effet sur la double activité du personnel médical du secteur public de santé. Au contraire le recouvrement des coûts dans les établissements de référence notamment a encouragé le comportement opportuniste du personnel de santé qui privilégie les actes privés les plus rémunérateurs pour eux.

4.2.4 Une autre possibilité de réforme du système de santé djiboutien

Le problème de l'accès aux soins et de l'utilisation des services de santé ne peut se résumer uniquement aux prix des soins ou au niveau du revenu. Mais lorsqu'une frange importante d'une population démunie doit payer pour avoir le droit de se soigner, l'accessibilité devient alors avant tout à une capacité financière avant d'être un problème géographique, culturel, etc. En effet en instaurant indistinctement une politique de participation des populations aux charges hospitalières, nombreuses sont les personnes (surtout les plus démunies) en Afrique subsaharienne qui ont renoncé ou réduit la fréquentation des centres de santé. Ceci a été démontré par de nombreuses études empiriques : Wyss et Nandjinger (1995) et Ndhlovu (1994) pour les cas respectifs du Tchad et du Kenya et Meuwisen (2002) pour le cas du Niger. Ces études montrent que l'introduction de la participation financière aux soins par les usagers discrimine les personnes à faibles revenus car la demande de soins de santé est une fonction croissante du niveau de revenu. Le paiement direct a eu pour conséquence également d'appauvrir les personnes si une maladie durable nécessitant un traitement coûteux leur survenait. Pour surmonter les difficultés d'accès aux services de santé et garantir un financement régulier et efficace à l'offre de santé, la mise en place d'un système de couverture contre le risque maladie est une des meilleures solutions. L'avantage est de ce système que le coût de la

maladie est repartie dans le temps entre tous. Ce système peut aussi servir à protéger les plus pauvres en pondérant la contribution selon le revenu. De nombreux pays développés ont établi le principe de couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire. En Afrique subsaharienne, la plupart des pays affichent la volonté de parvenir à la couverture universelle, et de financer la santé par la mise en place ou l'élargissement de l'assurance maladie obligatoire. Mais, seuls quelques pays ont engagé des réformes dans ce sens et dans tous les cas, les populations couvertes restent faibles. En 2008, seul, le Rwanda arrive à couvrir 90 % de sa population (Dukhan, 2010, p. 186).

L'assurance maladie se distingue nettement du système payant ou à règlement direct dans lequel l'utilisateur est le seul responsable du paiement de son traitement médical. Elle se caractérise aussi par le fait que la charge du financement n'incombe pas entièrement au gouvernement et que le coût total des soins de santé des assurés est repartie entre divers partenaires. Ce partage des coûts, qui allège la charge à imputer au budget de l'Etat, peut aussi intéresser le Gouvernement djiboutien pour engager des réformes dans ce sens. Mais L'Etat djiboutien ne peut pas du jour au lendemain déclarer l'assurance maladie obligatoire pour tous. Les critères théoriques de faisabilité de l'assurance maladie sociale (proportion élevée d'une population salariale et urbaine, niveau élevé des dépenses de santé par tête, qualité de l'offre sanitaire, capacité de gestion, etc.) n'existent pas totalement à Djibouti. Le Gouvernement peut cependant commencer par assurer ceux qui ont un revenu ainsi que leurs familles avant d'élargir la couverture à terme sur l'ensemble de la population. Dans le cadre de cette thèse, nous préconisons d'étendre la population couverte par l'Organisme de Protection Sociale (OPS) aux fonctionnaires civils, aux policiers, aux militaires, aux membres de profession libérale. Ces populations représentent une catégorie attrayante pour l'assurance maladie, d'une part, c'est une population « disciplinée » au risque maladie inférieure à la moyenne (Cols Blancs) et leurs revenus sont supérieurs à la moyenne, leurs ressources financières sont en outre connues et une retenue à la source est possible, d'autre part.

Dans le but d'améliorer de son accès aux soins, il est possible également d'étendre la population solvable du secteur informel au régime de

l'OPS. Pour le secteur informel, le prélèvement de cotisations sociales permettant de financer le risque maladie, ne peut être effectué directement sur les salaires. Dans ce contexte, un régime de prépaiement doit permettre de trouver d'autres mécanismes de collecte des ressources de façon à faire également bénéficier cette population d'une prise en charge de soins de santé. Le système de prépaiement, ou d'« abonnement » est un dispositif proposé par les prestataires de soins publics ou associatifs en Afrique de l'Ouest notamment. Sa spécificité est que les populations payent une somme fixe une fois par an afin de bénéficier des soins tout long de l'année, d'où le terme « abonnement ».

Le secteur informel est la deuxième composante importante de l'emploi à Djibouti : les travailleurs du secteur informel ou les employeurs de ce secteur, qui ne sont pas affiliés à l'OPS représentent environ 25 % des actifs occupés âgés de 12 ans et plus (Lachaud, 2004). La population solvable du secteur informel comprend notamment : les travailleurs du secteur de transport routier (comprenant les camionneurs, les taximans et les chauffeurs de bus), les pêcheurs, les agriculteurs, les femmes commerçantes. Ces catégories de travailleurs ont d'abord des revenus réguliers, en outre même s'il n'existe pas encore un système de protection sociale, les différents secteurs informels développent déjà une certaine dynamisme associative qui tend à s'organiser de façon informelle, par la mise en place des caisses communes utilisées notamment à mieux prendre en compte certains risques (par exemple par le financement des dépenses exceptionnelles liées au décès).

Lorsque l'on détermine comment financer les services de santé pour certaines personnes, il est important de tenir également compte du reste de la population. Cela signifie que la couverture dont bénéficient les populations du secteur formel ou les populations solvables et organisés du secteur informel ne doit pas réduire l'accès, la protection dont bénéficieront les autres, et notamment les plus pauvres ne disposant d'aucun revenu. Dans un contexte de chômage permanent et d'une pauvreté généralisée une majorité de la population survit grâce à la solidarité familiale et de voisinage. Actuellement en cas de recours aux soins, les populations les plus pauvres

s'adressent principalement aux structures publiques de soins. Mais, comme les modalités d'attribution des certificats d'indigence sont peu claires, que le recours aux pharmacies privées est le plus souvent nécessaire, le financement de leurs soins, reste largement à leur charge. Pour favoriser leur accès aux soins, le traitement des indigents doit rentrer dans le cadre d'un contrat avec l'Etat et faire l'objet d'une dotation de compensation sur une ligne budgétaire spécifique gérée par le ministère de la Solidarité et non par le ministère de la Santé. Cette séparation créera une certaine transparence dans les allocations budgétaires et permettra aux différents intervenants de se concentrer sur leurs métiers. En l'absence de subvention publique pour les établissements de soins dans le cadre de la prise en charge des indigents, même en présentant un certificat d'indigence, les populations les plus pauvres ont beaucoup de mal à se faire accepter par les personnels de la santé. Les établissements publics se considèrent comme des structures de soins et non des institutions de protection sociale⁶¹.

La prise en charge des indigents peut se faire gratuitement (ou quasi gratuitement) par les structures publiques de soins sur présentation d'un certificat d'indigence délivré par les services administratifs locaux. Le tableau ci-dessous permet de résumer la couverture actuelle de la population djiboutienne et les pistes relatives aux options possibles de financement de soins à Djibouti :

Tableau 30: Couverture actuelle de la population Djiboutienne et les alternatives possibles

Catégorie	Couverture actuelle	Propositions
Forces Armées de Djibouti (FAD)	Soins gratuits dans les structures de soins des FAD et à l'Hôpital Bouffard (financement français)	- Un régime d'assurance maladie par les cotisations salariale admettant également les retraités et géré par L'OPS.
Police nationale	Soins gratuits dans les structures de soins de la police et prise en charge dans les autres structures par le	- L'extension de la couverture doit être progressive. La mutuelle de la police deviendrait alors une assurance

⁶¹ À l'Hôpital Peltier, le jargon utilisé pour désigner les plus pauvres est « les cas sociaux ».

	patient	maladie complémentaire. - L'OPS établira des conventions avec les structures de soins de FAD, de la Police, du ministère de la Santé, de L'hôpital Bouffard et du secteur privé éventuellement.
Fonctionnaires	Soins dans les structures publiques de soins avec paiement lors de la prestation	
Conventionné de la Fonction publique et employés du secteur privé formel	OPS	- Etendre les prestations de l'OPS aux soins hospitaliers
Indépendants du secteur informel	Structures publiques avec paiement lors de la prestation	OPS avec un régime de prépaiement (abonnement)
Population à faible capacité contributive (indigènes)	Soins dans les structures publiques de soins avec paiement lors de la prestation	Nouveau régime mieux organisé avec un meilleur ciblage, des cartes de bénéficiaires et un financement « isolé » hors du ministère de la Santé et public.

Source auteur

Le dispositif en place actuellement à l'OPS présente un certain nombre d'avantages : l'accessibilité de soins est assurée pour tous les salariés du secteur privé et leurs familles. Le caractère obligatoire de l'assurance pour tous les salariés évite les comportements de sélection adverse, tant de la part de l'organisme assureur que de la part des assurés. Ce système repose aussi sur un financement équitable (proportionnel au salaire) de la protection. L'OPS est aussi actuellement l'organisme public le plus rentable du pays et sert de caution auprès de bailleurs de fonds aux entreprises publiques qui souhaitent emprunter comme par exemple l'Electricité de Djibouti. L'élargissement des activités de l'OPS vers d'autres populations (fonctionnaires, population solvable du secteur informel, etc.) permet d'abord d'étendre la protection contre le risque financier à davantage des personnes, ou de fournir un niveau plus élevé de protection à ceux qui bénéficient déjà d'une couverture sanitaire imparfaite (en remplaçant par exemple les

dépenses directes par une certaine forme de prépaiement). En outre des synergies sont possibles entre les prestataires de santé pour optimiser l'utilisation des ressources. Il serait plus judicieux d'utiliser par exemple l'expérience de l'OPS (Centrale d'achat) et ses capacités pour lancer des appels d'offres communes pour l'ensemble des établissements publics et parapublics de soins. Cette politique d'élargissement de l'activité de l'OPS peut également aboutir à une maîtrise des coûts en encourageant par exemple l'utilisation du médicament générique non seulement par le ministère de la Santé, mais pour tous les prestataires publics et privés ayant des conventions avec l'OPS. Tous secteurs confondus, les médecins sont actuellement obligés de prescrire des médicaments spécialités dans la mesure où le patient ne peut pas trouver des génériques sur le marché.

L'élargissement des activités de l'OPS pourrait également se faire vers de nouvelles prestations. Comme mentionné déjà, deux types de recours de soins ne sont pas pris en charge par l'OPS : l'accouchement et l'hospitalisation. Dans ces cas l'OPS devrait évaluer une alternative entre rembourser le recours aux soins dans une maternité et les soins spécialisés (hospitalisation, et investigation complémentaires à l'hôpital Peltier), ou bien développer les activités correspondantes dans ses propres structures de soins. L'OPS assure déjà une activité de consultations prénatales et l'élargissement de la base des ayants droits de l'OPS peut également conduire à l'ouverture des nouveaux centres de soins puisque les centres de soins de l'OPS sont actuellement proches de la saturation.

CONCLUSION

Ce quatrième chapitre avait pour objectif d'analyser les conséquences de la marchandisation. Selon les prescriptions des organisations internationales et les théories économiques qui les sous-tendent analysées dans le premier chapitre, la marchandisation devait résoudre les problèmes de financement du système djiboutien et améliorer l'accent aux soins pour la population et pour les plus pauvres en particulier. Pour la Banque mondiale notamment l'accent mis sur l'offre de services plutôt que sur la demande devait inciter les établissements publics de soins à une meilleure performance et à une plus grande attention accordée aux besoins exprimés par la population. Le financement privé du système de santé devait être à l'origine d'un cercle vertueux qui aboutit en fin de compte à une augmentation de la fréquentation des structures publiques de soins par la population. Les établissements publics de soins qui bénéficient d'une large autonomie se procurent les ressources financières nécessaires auprès des usagers. La contribution des usagers qui accroît les ressources disponibles permet de supprimer les pénuries de médicaments, et de motiver les personnels par l'intéressement aux performances des structures publiques de soins. L'affectation des ressources mobilisées à l'amélioration de la qualité de soins doit à son tour favoriser une augmentation de la fréquentation des structures publiques de soins. Ce raisonnement paraît convaincant à première vue. Mais il ne vaut que si l'augmentation des tarifs n'empêche pas la population d'accéder aux services hospitaliers. Or, tel n'est pas le cas. Les hôpitaux publics djiboutiens sont de plus en plus tributaires des recettes provenant du paiement direct des usagers et accordent la priorité à ceux qui peuvent payer. La marchandisation du système de santé a rendu aussi les biens et services les plus demandés inabordables pour la majorité de la population. Ce n'est pas seulement un problème pour les pauvres et les exclus, c'est un problème pour la majorité de la population : médicaments, évacuation, hospitalisations, sont hors de portée financière de la majorité de la population djiboutienne. Ce qui va à l'encontre de l'objectif ultime

recherché qui consistait à améliorer l'accès aux soins de la population et notamment des plus pauvres.

Les prestataires de soins sont plus motivés par la maximisation de leur revenu que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins. Mais les problèmes récurrents de financement de la santé demeurent toujours à Djibouti. Le bénéfice attendu de la marchandisation du système de santé se heurte notamment à la faible capacité financière des ménages djiboutienne. En 2002, 74 % de la population djiboutienne est déclarée pauvre par la Banque mondiale (2002). Selon la définition de la Banque (1990), un pauvre ne dispose qu'un 1 dollar américain par jour pour vivre. Ceci nous amène à nous demander si la population djiboutienne est réellement en mesure de contribuer individuellement aux dépenses de santé. La faible fréquentation des services de santé a du reste pour effet de remettre en cause tout le raisonnement des institutions internationales.

Conclusion générale

La marchandisation est fondée sur le postulat d'après lequel le marché est le meilleur moyen pour optimiser la production et la distribution de richesses. Ce dernier renvoie à son tour aux concepts de concurrence et de compétitivité. Elle s'insère dans une dynamique du recul de l'Etat-providence et vise à confier au seul marché la production des services publics en réduisant l'étendue et le rôle du secteur public, ses prérogatives et son influence. Elle fait également référence également à la réduction de l'ensemble des services directement assurés par l'Etat, avec forte délégation au privé, ainsi qu'à la sous-traitance et à la limitation des ressources financières de tous les organismes fonctionnant sous financement public afin d'inciter ceux-ci à se diriger vers le privé. Elle implique également la libéralisation de certains secteurs traditionnellement publics notamment (les télécommunications, les transports, l'eau.....) afin de faciliter l'entrée en concurrence des investisseurs privés et réaffirmer l'urgence et la nécessité d'une compétitivité accrue dans un contexte concurrentiel qui ne pourrait pas se concevoir dans un marché monopolistique réglementé.

Pour des raisons d'efficacité et d'efficience économique, elle cherche aussi à imposer au secteur public les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée.

Bien qu'elle prenne des formes différentes : privatisation, externalisation des activités du secteur public, nouvelle gestion publique, bonne gouvernance ou autre, la marchandisation résulte principalement la convergence de deux séries de facteurs. Dans un contexte de crise économique avec des dettes publiques qui suivent une courbe exponentielle depuis quelques décennies, de mondialisation des échanges et de la concurrence les Etats tentent d'accroître leur compétitivité en donnant la priorité à la réduction de leurs coûts salariaux et de leurs budgets sociaux.

Le deuxième facteur résulte d'une forte influence de la pensée néolibérale qui cherche à cantonner l'Etat aux missions régaliennes. Le domaine de la santé est aujourd'hui l'un de ceux qui illustrent le mieux l'emprise croissante de cette influence néolibérale affirmant que la seule réforme pour une rationalisation des décisions publiques est de faire comme

Conclusion générale

si ces décisions publiques étaient des décisions marchandes. Il s'agit donc de privatiser les services publics chaque fois que cela possible et de leur appliquer les règles de concurrence, de solvabilité individuelle (ou « de recouvrement des coûts ») et finalement d'assimilation de l'efficacité à la rentabilité, calculée à partir d'un système de prix. Telle est, en substance la philosophie de base de la marchandisation.

La première difficulté d'ordre technique réside dans le fait que le marché n'existe pas toujours. Dans les pays en développement, la capacité des capitaux privés est souvent limitée et la nécessité de faire face aux immenses problèmes (pauvreté, inégalité, manque infrastructures) expliquent que la plupart des pays en développement aient suivi un modèle économique dans lequel l'Etat a joué le rôle principal, que ce soit par les dépenses publiques ou son influence sur l'organisation des différentes activités économiques.

Les défaillances du marché sont aussi bien connues, rappelons simplement avec Paul Krugman (1994, p. 181), que les marchés ne sont magiques et que vouloir à tout prix imposer le recours au marché par simple choix idéologique risque d'aboutir à des solutions moins satisfaisantes que celles proposées par une gestion publique traditionnelle⁶². Cela ne signifie évidemment pas que le recours au marché ne doit être envisagé dans aucun cas. Le marché, tel qu'il est généralement présenté par certains économistes, est en fait un idéal type. Dans la réalité, il n'y a pas de marché parfait, pas plus qu'une gestion publique toujours défaillante. Il faut donc évaluer soigneusement dans tous les cas quels sont les avantages et les inconvénients de ces deux possibilités de gestion.

L'analyse néolibérale juge l'intervention de l'Etat néfaste pour l'économie et tout ce qui relève du domaine public (route, infrastructures et organisations publiques, santé, éducation, sécurité publique, traitement de la pollution, etc.) pourrait être avantageusement cédé au privé pour des

⁶² Dans son livre « *Peddling Prosperity*, Paul Krugman (1994, p. 181) commente ainsi l'annonce de la privatisation de British Rail : « At the time of writing, the Major government has declared its intention to private British Rail, with an enthusiasm and lack of concern for consequences that suggest that little has been learned. Conservatives in Britain apparently have not yet realized that markets are not magical. They can work well when conditions are right, but leaving a natural monopoly free to do its worst is blind ideology. »

Conclusion générale

raisons d'efficacité, d'efficience. Ces concepts sont si majestueux, si empreints de beauté formelle, que nous hésitons même à discuter de leur pertinence. Pourtant, d'un point de vue plus pratique, l'efficacité des mécanismes de marché n'est pas toujours supérieure à celle de l'autorité publique. Certaines politiques sont mieux à même d'être traitées par le secteur public notamment lorsqu'elles revêtent une dimension temporelle de long terme ou bien une dimension sociale. L'efficience⁶³ d'un système de santé est meilleure par exemple quand la gestion est assurée par les pouvoirs publics. Dans son Rapport sur la santé dans le monde de 2000 : « *pour un système de santé plus performant* », L'OMS a classé le système français de santé comme le meilleur au monde alors que les Etats-Unis qui dépensent par habitant beaucoup plus que la France ne sont classés qu'au 37^{ème} rang mondial. Les systèmes de santé américain et français se situent aux extrémités d'une pratique, qui va du plus marchéisé au plus collectif. Sur le plan financier, le système américain de santé qui s'appuie essentiellement sur une assurance privée qui coûte cher. Comme en témoignent les statistiques de l'OCDE de juin 2011, la dépense de santé par habitant s'élève, aux Etats-Unis, à 7960 \$ US, soit deux fois et demie la moyenne de l'OCDE qui s'élève à 3223\$. Il n'est pas étonnant que les américains voient leurs dépenses de santé s'envoler d'année en année et représenter environ 18 % de leur PIB contre environ 9 % pour les autres membres de l'OCDE. Sur le plan de la santé elle-même, ce système exclut un grand nombre de personnes.

Le système public de santé présente deux avantages par rapport au système de protection privé comme celui des Etats-Unis. Les coûts de production sont plus faibles par rapport à un système d'assurance privée (Caire 2002). Premièrement le système public bénéficie des économies d'échelles, du fait d'un grand nombre d'adhérents. Il supporte des charges de sécurité plus faibles par rapport au système privé. L'absence de concurrence permet d'économiser également sur les frais de marketing : publicité, prospection commerciale que doivent supporter un système d'assurance privé en concurrence. Enfin, le monopole public permet de diminuer des coûts de gestion notamment parce que par la gestion est

⁶³ Lorsque les résultats sont rapportés aux dépenses engagées.

Conclusion générale

simplifiée : le contrat vis-à-vis de l'assuré social est unique et se base sur le calcul de cotisation unique.

Sur le plan de la santé également, le système public est susceptible d'assurer à l'ensemble de la population de soins de qualité en évitant en premier lieu, l'exclusion de certains groupes de la population, les plus pauvres et les plus vulnérables par exemple. Il empêche aussi par sa nature obligatoire « la sélection adverse » qui se produit dans un système d'assurance privée, souvent volontaire lorsque les personnes en bonne santé, jugeant les cotisations trop élevées, choisissent de ne pas s'assurer.

Le marché privilégie également d'autres valeurs que le service public. La logique du marché est celle de la demande solvable alors que le service public doit de manière absolue, assurer la pérennité de ses fonctions. Il prend en considération tous les usagers, et pas seulement ses meilleurs clients.

Le critère de capacité à faire des profits ne coïncide pas aussi au critère du service public. Cette capacité à faire du profit peut être acquise en rétrécissant le service, en éliminant des services publics par exemple certains besoins qui coûtent chers alors que le service public vise à répondre de façon universelle à des besoins sociaux, dont certains ne sont pas rentables selon des critères des entreprises privées. La recherche systématique de rentabilité dans le service public peut conduire à la fermeture d'hôpitaux, à réduire la qualité de la distribution du courrier ou se concentrer sur les lignes de chemins de fer les plus rentables mais souvent aux dépens des objectifs sociaux, écologiques ou d'aménagements du territoire. Par rapport à une entreprise privée, une organisation publique est souvent contrainte de supporter des obligations qu'elle est en droit de considérer comme « anormales », eu égard à son activité principale, mais que l'Etat lui impose au nom de l'intérêt général. Ces obligations peuvent se traduire par des pertes de recettes. L'exemple le plus évident est celui de réductions tarifaires ou d'exonération accordée à certaines catégories d'usagers : familles nombreuses, personnes à faibles ressources, etc. Ces obligations peuvent se concrétiser également par une augmentation des coûts, par rapport à ce qu'ils seraient si l'obligation n'existait pas. Dans cette

Conclusion générale

catégorie on peut aussi ranger les maintiens de l'exploitation de lignes déficitaires par exemple pour les compagnies publiques de transport ou d'un hôpital de campagne. La vocation des organisations publiques repose au moins en partie sur la notion d'intérêt général.

A Djibouti, la marchandisation résulte d'une crise économique aiguë au début des années 1990 et une pression de bailleurs de fonds. Ces derniers ont prôné des réformes structurelles centrées principalement sur l'assainissement des finances publiques la privatisation des entreprises. Contraint de réduire les dépenses publiques, l'Etat s'est engagé dans une politique de rigueur se traduisant par des mesures de réduction dans les dépenses du personnel et de matériel. Depuis 1998, les comptes publics ont renoué avec l'équilibre. Le pays a aussi retrouvé la croissance. Cependant cet équilibre reste précaire et la conjoncture sociale du pays a évolué négativement puisque le pays doit faire désormais face à une pauvreté généralisée.

Dans le domaine de la santé, la marchandisation se focalise à Djibouti sur la privatisation du financement de la santé en remplaçant la gratuité de soins par le paiement au comptant de services de santé. Les conséquences de ce mode de paiement peuvent être dramatiques, notamment pour les plus pauvres car il impose une barrière financière et contraint les patients à retarder ou à annuler le recours aux soins. Certes, la solidarité africaine reste encore plus intense qu'en Occident, elle s'avère cependant impuissante dans le cas de Djibouti face aux grosses dépenses de santé (cas d'hospitalisation prolongée, chirurgie, etc.).

La gestion de ces fonds privés est ensuite confiée des groupes communautaires. Ces derniers doivent en outre chargés de mettre en place des politiques de santé à la place de l'Etat. L'implication de la population dans la gestion des structures de soins repose sur l'hypothèse que l'impact de l'organisation communautaire sur la prestation de services de santé est plus grand lorsque la population décide de prendre elle-même les choses en main : plutôt que de rechercher à agir sur un prestataire qui lui est extérieur, elle préfère prendre ses responsabilités et gérer elle-même des

Conclusion générale

structures de soins. La participation de la population à la gestion des structures est cependant mal définie et souvent confondue avec la participation financière. Par ailleurs la population reste avant tout simple cliente des structures publiques de soins à Djibouti.

L'exigence de soins de santé de qualité pour tous est fondamentale. Cependant, plus personne n'ignore aujourd'hui, les contraintes de financement sur le système de santé. Chacun est bien conscient que le financement est le point de départ de toutes les réformes des systèmes de santé. Le choix d'un système de santé dans un pays donné est toujours une décision politique qui détermine le mode de financement. De nombreux pays dans le monde ont expérimenté des mécanismes de financement indirect de la santé. Dans l'Etat New Jersey, aux Etats-Unis, les médicaments pour les personnes âgées, par exemple, sont financés par les gains du casino. Au Tchad, le Gouvernement lève une taxe au profit de financement des soins de la mère et de l'enfant. Au Niger, la contribution gouvernementale aux coûts de la santé provient d'un impôt sur le chiffre d'affaires des entreprises. La Norvège recourt à une forme de financement intéressante pour améliorer l'approvisionnement des régions rurales reculées en médicaments. Les pharmacies, comme toute affaire privée, sont taxées selon leur revenu annuel. Une partie des revenus provenant de cette taxation n'entre pas dans le budget général, mais est redistribuée aux pharmacies dont la clientèle est trop peu nombreuse pour leur assurer un revenu suffisant. Il en résulterait une subvention des zones rurales par les acheteurs urbains de médicaments d'une part et d'autre part par la population entière.

A Djibouti, le financement de la santé a été marqué par deux orientations successivement dominantes : la gratuité des soins et le financement de la santé par les usagers eux-mêmes. Une troisième voie demeure explorée : l'assurance maladie couvrant tout la population avec une cotisation proportionnelle au revenu et des prestations égalitaires. Le développement de paiement au comptant des services publics de santé tend à réduire l'accessibilité financière des populations. Le développement de l'assurance maladie doit pouvoir améliorer cette accessibilité, tout en

Conclusion générale

favorisant le bon fonctionnement des structures de soins. Le développement d'un système d'assurance maladie suppose qu'il existe des capacités de paiement suffisantes, qui permettent aux populations de contribuer au financement de la santé. L'Etat peut cependant commencer par assurer ceux qui ont un revenu ainsi que leurs familles avant d'élargir la couverture sur l'ensemble de la population. Une première possibilité de financement de la santé passe notamment par l'élargissement des activités de l'OPS vers des nouvelles populations. Dans le cadre de cette thèse, nous préconisons d'étendre la population couverte par l'OPS aux fonctionnaires civils, aux policiers, aux militaires. Les ressources financières de ces populations sont connues et une retenue à la source est possible. Il est possible également d'étendre la population solvable du secteur informel au régime de l'OPS à travers le système d'abonnement. C'est un dispositif qui permet à la population de payer une somme fixe une fois par an pour bénéficier des soins tout au long de l'année.

L'élargissement des activités de l'OPS pourrait contribuer au développement de la couverture maladie à Djibouti. Des synergies sont possibles également entre les prestataires de santé pour optimiser l'utilisation des ressources : par exemple l'utilisation du médicament générique pour tous les prestataires publics et privés ayant des conventions avec l'OPS.

Ceux qui ne pourront pas relever d'une logique d'assurance doivent être abordés à travers une logique d'assistance mettant en œuvre des mécanismes de solidarité. Aucun dispositif n'est réellement mis en place pour traiter les cas des extrêmement pauvres notamment car une fraction importante de la population l'est. Il n'existe effectivement pas de mécanismes totalement satisfaisants pour définir des « indigents », et même si tout ne pourra pas être fait, des avancées majeures sont cependant possibles pour que cette catégorie de la population ne soit pas exclue du système de soins. Elles peuvent par exemple reposer sur des subventions publiques ou des bailleurs de fonds. La lutte contre la pauvreté constitue aujourd'hui la priorité des politiques de développement ; des fonds sont disponibles pour la santé grâce aux réductions de la dette de pays pauvres et très endettés. La

Conclusion générale

santé est aussi de plus en plus considérée comme un bien public global nécessitant des interventions et des solidarités mondiales. Ceci pourrait être réalisé dans le cas de Djibouti, entre autres, en mettant en place un mécanisme d'identification pertinent ainsi que des critères d'éligibilité standardisés et objectifs des plus pauvres de la population.

Annexe

Fonctions des principaux dirigeants rencontrés et rôle de leur établissement dans la pyramide soins

Nom	Fonction	Lieu	Date	Rôle de l'établissement le système de santé
1	Directeur de la maternité de Dar El Hanan	Bureau	11/03/09	Maternité de référence nationale
2	Directrice du Centre Paul Faure	Bureau	14/03/09	Centre de référence nationale pour la lutte contre la tuberculose
3	Directeur de l'hôpital Peltier	Bureau	20/03/09	Hôpital de référence nationale pour l'ensemble du système de soins à Djibouti
4	Directeur administratif et financier de Peltier	Bureau	27/03/09 et 4/04/09	
5	Directeur de l'hôpital de Balbala.	Bureau	22/04/09	Etablissement de référence nationale : 2 ^{ème} hôpital du pays après Peltier
6	Directeur du Centre médical-hospitalier d'Obock	Bureau	3/05/09	Hôpitaux régionaux spécialisés aux soins de premier niveau :
7	Directeur du Centre médical-Hospitalier d'Ali Sabieh	Bureau	14/05/09	

8	Responsable du Centre de santé Farad-Had	Bureau	18/05/09	Porte d'entrée du système de soins : Structures de 1er niveau de soins : consultations
9	Responsable de centre de santé d'Arnaud	Bureau	28/05/09	
10	Responsable de Poste de santé de PK 12	Bureau	11/06/09	Situé en zone rurale et en principe géré par un infirmier, le poste de santé quotidiennement des soins préventifs
11	Responsable de Poste de santé Holl-Holl	Bureau	21/06/09	
12	Directeur du département budget	Bureau	3/07/10	Ministère de l'Economie et des Finances
13	Directeur du département l'Epidémiologie et de l'Information Sanitaire	Bureau	17/07/10	Ministère de la Santé
14	Directeur administratif et financier	Bureau	19/08/ 10	
15	Directeur du département : « Etudes et planification »	Bureau	2/01/09	
16	Directeur du département recouvrement	Bureau	3/03/09	OPS

Bibliographie

Ahmed F (2005), *L'impact du système éducatif djiboutien sur la croissance économique régionale*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Grenoble II.

Albagli C. et Cazenave F (1994), *La création de la petite entreprise en Afrique noire : Abidjan, Dakar, Lomé*, Nouvelle Edition, Africaine, Dakar.

Albagli C (2005), L'Etat, les agents économiques et les règles, *Monde en Développement*, vol. 33, n°129.

Alexandre H (2005), Le point sur les privatisations, *Cahier du FARGO* n°1051203, décembre, Université de Bourgogne.

Amar A et Berthier L (2006), *Le nouveau management public : avantages et limites*, XVI International RESER, 28-30 septembre 2006, Lisbonne.

Amewokunu Y (2000), *Analyse de l'impact de la privatisation sur la performance financière des entreprises nouvellement privatisées : cas de l'Afrique*, presses de l'Université de Laval, Québec.

Anastassopoulos J-P (1980), *La stratégie des entreprises publiques*, Dalloz, Toulouse.

Angelier J-P (2006), *Les changements institutionnels dans les industries de réseaux : une libéralisation prématurée dans les pays en développement ?*, Communication au colloque « Institutions et croissance économique, Université d'Oran, 11-12 mars.

Assidon E (1992), *Les théories économiques du développement*, La Découverte, Paris, 3^e édition.

Athias L et Saussier S (2007), Un partenariat public-privé rigide ou flexible ? Théorie et application aux concessions routières à péage, *Revue économique*, N°3 vol.58, p. 565-576.

Aubry J-F (1998), *Les services publics en Europe*, PUF, Paris.

Banque Africaine de développement (2007), *Document de stratégie par pays axé sur les résultats*, Djibouti.

Banque central de Djibouti

2006 : *Rapport annuel*

2007 : *Rapport annuel*

2008 : *Rapport annuel*

2010 : *Rapport annuel*

Banque mondial

1980: Santé, *Politique sectorielle*.

1987: *Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for reform*.

1990 : Rapport sur le développement dans le monde : *le développement au seuil du XX^e*.

1993 : Rapport sur le développement dans le monde : *Investir dans la santé*.

1994 : *Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience*.

1996 : *Enquête djiboutienne auprès des ménages*, (EDAM-1) Djibouti.

1997: *Djibouti, Crossroads of the Horn of Africa, Poverty Assessment*, Djibouti.

1997 : Rapport sur le développement dans le monde : *L'Etat dans un monde en mutation*.

2000 : Rapport n°21414, *stratégie de coopération avec la république de Djibouti*, Djibouti.

2002 : *Enquête djiboutienne auprès de ménages 2*, (EDAM-2) Djibouti.

2005 : *Analyse d'Impact social et pauvreté : secteur énergétique*, Djibouti.

2006 : *Analyse des dépenses publiques de Djibouti : mettre les finances publiques au service de la croissance et de la réduction de la pauvreté*, Djibouti.

2012: Doing Business.

Barro R.J (1990), *Government spending in a simple model of endogenous growth*, Journal of Political, Economy, n°98, pp. 103-125, University of Chicago press, 98.

Barthélemy J (2002), Enjeux et limites des stratégies d'externalisation, *l'Expansion Management Review*, numéro de mars, pp. 44-87.

Bartoli A (1997), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.

Bauby C et Boual J-C (1994), les services publics entre l'Etat et le marché, in Bellon B et al, (1994), *L'Etat et le marché*, Economica, Paris, pp. 133-143.

Bazeix M (1994), La privatisation, stade suprême de l'interventionnisme ?, *Revue français de droit administratif*, n° de mars-avril, pp. 285-309.

Beaumol W.J, Panzar, J. C et Willig R.D (1982), *Contestable markets and the theory of industry structure*, Harcourt brace Jovanovitch.

Béland F et Cambourieu C (2008), *Le privé dans la santé : les discours et les faits*, les presses de l'Université de Montréal.

Belkous I (2007), *L'impact du progrès technique sur l'évolution du concept de service public*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Montpellier 1.

Bénie M (1991), Restructuration, et évolution de l'emploi dans le secteur public et para-public en Côte d'Ivoire, *Tiers-Monde*, tome 32 n°126, pp. 451-464.

Berthèley J-C, Kauffmann, Valfort M-A, Wegner L (2004), *Privatisation en Afrique subsaharienne : un état des lieux*, OCDE, Paris.

Bertrand E et Destais C (2002), *Le théorème de Coase, une réflexion sur les fondements microéconomiques de l'intervention publique*, *reflets et perspectives de la vie économique*, n°2, p. 111-124.

Bezes P

2005 : *L'Etat et les savoirs managériaux : essor et développement de la gestion publique en France*, in Lacassé F et Verrier P-E (2005), *30 ans de réforme de l'Etat*, Dunod, Paris, pp. 9-40.

2007 : *Construire des bureaucraties Wébériennes à l'ère du New Public Management ?*, *Critiques internationales* Vol. 2 n°35, p. 9-29.

BIT (1988) *Bilan et perspectives des privatisations en Afrique francophone*, *Programme interdépartemental sur la privatisation, la restructuration et la démocratie économique*, BIT, Genève.

Bizaguet A (1992), *Le secteur public et les privatisations*, PUF, Paris.

Blanchet A et Gotman A (2007), *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Armand Colin, 2^e Edition.

Blanchet K et Schimidt A(2009), *Aide internationale dans la santé : tonneau des Danaïdes ou peau de chagrin*, *Humanitaire*, n°19.

Boidin B (2005), *La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains*, *Mondes en développement*, Vol.33-2005/3-n°131, pp. 29-44.

Bourque M (2007), *Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : le cas du Québec et du Royaume-Uni*, *Revue Gouvernance*, septembre, 2007, pp 1-13.

Brillet E (2004), Le service public à la française : mythe national au prisme de l'Europe, *Alternatives Economiques*, Vol n°4, n°24, pp 20 à 42

Buchanan J (1986), The demand and supply of public goods, Rand Macnally, Chigoco.

Buchanan J et Tollison R (1973), *Theory of public Choice: Political application of Economics*, The University of Chicago, Press.

Buchanan J et Wagner R (1977), *Democracy in Deficit*, Academic Press, New York.

Caire G (2002), Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale : de l'efficacité microéconomique à l'équité sociale, in Dupuy J-M (2002), *Politiques sociales et croissance économique*, L'Harmattan, p. 113-127, Paris.

Chamorand E (1996), Le système de santé américain : poids du passé et perspectives, *La documentation Française*, n° 5030.

Cartelier L

1992 : L'expérience française de privatisation : Bilan et enseignements, *Revue Internationale de Droit Economique*, 1992/3, p. 375-402.

1995 : De nouvelles théories économiques pour l'intervention de l'Etat, *La documentation Française : Cahiers Français*, n°271, pp. 61-79.

Cassiers T et Reman P (2007), Ambivalences de l'Etat-providence à l'horizon d'un Etat social actif, *Informations sociales*, 2007/6 n° 142, p. 18-24.

Charreaux G et Alexandre H

1997 : L'entreprise publique est-elle nécessairement moins efficace?, *Revue française de Gestion*, n°115, septembre octobre, pp, 38-56.

2000 : Les privatisations françaises ont-elles été efficaces ?, *Revue Economie Industrielle*, Hors série, 1er trimestre, pp.135-172.

Chaudhury N (2006), Missing in actions: teacher and health worker and absence in developing countries, *Journal of Economic Perspective*, Vol 20, n.1, Winter 2006, pp 91-116.

Chevalier (2004), *L'Etat postmoderne*, LGDJ, coll. « Droit et société », 2^e éd.

Chitou I (1991), *La privatisation des entreprises du secteur moderne en Afrique*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Paris1, Panthéon Sorbonne.

Cissé M (2010), *L'évolution des différents modes de délivrance des services publics dans les Etats africains*, communication présenté au colloque sous-régional sur « l'Etat et le service public en Afrique de l'Ouest de novembre 2010, Dakar.

CNUCED

2004 : *Données de base relatives aux pays les moins avancés*, rapport établi par le secrétariat de la CNUCED, Nations Unies, New York.

2009 : *Rapport sur l'investissement dans le monde*.

Coase R

1937 : *The nature the Firm*, *Economica*, New series, Vol. 4, n°16, pp. 386-405.

1960: The problems of social cost, *Journal of Law and Economics*, n°3, pp.1-44.

Cohen D (1997), *Richesse du monde pauvretés des nations*, Flammarion, Paris.

Cohen E (1992), *Le colbertisme high tech*, *Economie des Télécom et du grand projet*, Hachette Pluriel, Paris.

Cohen E et Henry C (1997), Service public, *La documentation française*, Paris.

Collier P (2000), *Implications of Ethnic Diversity*, the World Bank, Lisbon.

Collins C (1994), *Management and Organization of developing health systems*, Oxford: OUP.

Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique (2007), *Rapport sur la gouvernance à Djibouti*, Djibouti.

Communauté européenne (2007), *Document de stratégie, pays et programme indicatif national pour la période 2008-2013*, Lisbonne.

Cornia G, Jolly R et Stewart F (1987), *Adjustment with a human face. Protecting the vulnerable and promoting growth. A Study by Unicef*, Clarendon Press-Oxford University, New York, p 319.

CREDES

2001 : *Rapport d'analyse du système de santé de Djibouti*, Djibouti.

2002 : *Etude Prévalence VIH-Sida, TB, Paludisme*, Djibouti.

2003 : *Cadre Stratégique intersectoriel de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2003-2007*, Djibouti.

Crozet Y (1993), *L'économie mondiale : de 1945 à nos jours*, Hachette, Paris.

Currien N (1995), L'économie des réseaux, in Lorrain et Stoker (1995), *La privatisation des services urbains en Europe*, la Découverte, Paris, pp.47-80.

Dahlgren G

1991 : *Strategies for Health financing in Kenya, The difficult Birth of a new policy*, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, n° 46, pp. 67-81.

2001 : Payer les soins de sa poche : un déterminant majeur de la pauvreté, dans Rainhorn Burnier, *La santé au risque du marché incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*, PUF

Delorme R et André C (1983), *L'Etat et l'économie : Un essai d'explication de l'évolution des dépenses publiques en France 1870-1980*, Seuil, Tours.

Dezalay Y et Garth B. G (2006), Les usages sociaux d'une science globale : la diffusion de nouveaux paradigmes économiques comme stratégie hégémonique et enjeu domestique dans les champs nationaux de reproduction des élites des Etats, *Sociologie du travail*, Vol. 48 n°3, p. 308-329.

Djellal F et Gallouj F

2007 : Les services publics à l'épreuve de la productivité et de la productivité à l'épreuve des services publics, *Revue d'économie industrielle*, n°119, 3^e trimestre, pp 25-54.

2012 : La productivité à l'épreuve des services, P.I.E Peter Lang, coll. Business & Innovation, Bruxelles.

Doura (2001), *dépendance, crise et développement*, ed. DAM, Montréal.

Dubois C et Pénal J-D (2007), *Said Ali Coubèche, la passion d'entreprendre : témoin du XX^e siècle à Djibouti*, Khartala, Paris.

Duharcourt P (1997), Les enjeux de la modernisation des services publics, *Revue la pensée* n° 310, avril-mai-juin 1997.

Dujardin B (2003), Ajustement structurel, ajustement culturel ?, *Santé Publique*, Vol.n°4 n°15, pp. 503-513.

Dumoulin J et Kaddar M (1993), Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes, *Science sociales et santé*, vol 2 n°11, pp. 81-119.

Esping-Anderson G (1999), *Les trois mondes de l'Etat-providence : essai sur le capitalisme*, PUF, Paris.

Fassin D(2000), *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, Paris.

Finger M et Ruchat B (1997), *Pour une nouvelle approche du management public*, Seli Arslan, Paris.

Finger M (1998), Néolibéralisme contre nouvelle gestion publique, in Hufty, *La pensée comptable*, PUF, p. 57-75.

Firmin C (2008), *Financiarisation, répartition des revenus et croissance en France*, thèse de doctorat soutenue en 2008, Paris 1.

Flori Y-A et Tizio S (2000), Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité en économie sociale dans *Efficacité versus équité en économie sociale*, Alcouffe, et al., L'Harmattan, Paris, p 467-478.

Foirry J-P (2001), L'Initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines, dans *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XX^e siècle*, Rainhorn et Burnier, PUF, p. 53-69.

Foster M (2005), MDG-Oriented sector and Poverty Reduction Strategies : Lessons from Experience. Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, *World Bank*, Washington.

Fournier P (2001), Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique, dans Rainhorn J-D et Burnier M-J, *La santé au risque du marché, l'incertitude à l'aube du XX^e siècle*, pp 71-96.

Friedman M

1968 : *Inflation et systèmes monétaires*, Calmann-Levy, Paris. ed. 1994.

1999 : *Une formule hybride mêlant libéralisme et étatismes est sans issue*, Le Monde du 20 juillet, p 1-13.

Gallouj C et Brignon J (2011), *Petit précis de santé publique et d'économie de la santé*, Ed.Lamarre.

Géline J.B (1995), *La réforme de toutes les réformes. L'ajustement structurel et la réforme des soins de santé dans le Tiers-monde*. Communication à la IIème Conférence canadienne de santé internationale, 12-15 novembre 1995, Ottawa.

Gombor A (2011), *Les réseaux de transport, à Djibouti et le développement économique et social*, Thèse de doctorat, Université de Grenoble.

Gordon G (2000), *Synthesis Report on the Baseline Survey for the Health Services for the Urban Component*, Recherche de Crossroads Consultancies, commandée par Options Consultancy Services pour le Phnom Penh Urban Health Project, Londres, Royaume-Uni, 2000.

Goujon D et Poisat C (2005), *L'hôpital public et l'économie solidaire : réflexion autour d'un exemple français*, *Revue Economie et Solidarités*, Vol. 36, n°2, p. 73-88.

Gouvernement de Djibouti

2000 : *Document Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP)*, Djibouti.

2011 : *Initiative Nationale pour le Développement Social*, Djibouti.

Guex S (2003), *La politique des caisses vides : Etat, finances publiques et mondialisation*, *Actes de la recherche en science sociales* 2003/1-2, 146-147, p. 51-62.

Guillaume P (2001), L'Etat providence en question, *Revue d'histoire*, n° 69, janvier-mars, pp. 43-50.

Guislain P (1997), *The privatization challenge*, Banque mondiale, Washington.

Hamdouch A et Deprêt M-H (2005), Carences institutionnelles et rationnement de l'accès à la santé dans les pays en développement : repères et enjeux, *Mondes en Développement*, Vol 33-2005/3, n° 131, pp.11-28.

Hassan S (2004), *Institutions, organisations et changement institutionnel : le cas de Djibouti*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université d'Amiens.

Hayek H (1946), *La route de la servitude*, Médicis, Paris.

Hecht R et Musgrove P (1993), Repenser le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé, *Finance et Développement*, septembre.

Henriet D et Rocher J-C (1999), Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé, dans régulation du système de santé, Rapport Mougeot, Conseil d'Analyse Economique, Paris, *La Documentation Française*, pp. 115-129.

Holly D (2003), *Les Nations Unies et la mondialisation*, L'Harmattan, Paris.

Hood C

1991: A public management for all seasons?, *Public Administration*, Vol. 6 N°1, p 3-19.

1995: The New public management in the 1980s: variations on a themes; *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, N°3, pp. 93-109.

Hours B (2001), De l'offre de soins au prix de la santé et à la marchandise, *Economies et sociétés*, série F, n°39, P. 1491-1504.

Houssein M (2010), *Essai de l'investissement en éducation : le cas de Djibouti*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Perpignan.

Hugon P

1991 : La pensée française en économie du développement, *Revue d'économie politique*, n° 2, p. 171-229.

1999 : *L'économie de l'Afrique*, Edition la Découverte, Paris.

2009 : *L'économie du développement et la pensée francophone*, Paris, A.U.F/E.A.C.

Hugouneng R et Ventelou (2002), Les services publics français à l'heure de l'intégration européenne, *Revue de l'OFCE*, n° 80 pp. 10-61.

Jacquemot P (1988), La désétatisation en Afrique subsaharienne, enjeux et perspectives, *Revue Tiers-Monde*, n° 29, 114, pp. 271-293.

Jaffré Y et Olivier de Sardan J-P (2003), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris.

Kaddar et M et Flori Y-A (1996), *Equité et financement de la santé dans les pays en développement*, Communication aux XVIIIème Journée des économistes français de la santé, Dijon.

Kaddar M, Stierle F, Bergis S-E et Tchicaya A (2000), L'accès des indigènes aux soins de santé en Afrique subsaharienne, *Tiers-Monde*, tome 41n°164, pp. 903-925.

Keynes J M (1936), *Théorie générale de l'emploi de l'intérêt et de la monnaie*, Payot, Paris éd. 1982.

Kiambu J (2008), *Déréglementation, dynamique concurrentielle et diffusion des services de télécommunications dans la République Démocratique du Congo*, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Dunkerque.

Krugman P (1994), *Peddling Prosperity: Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations*, W. W. Norton & Company, New York.

Laffer A (1981), *L'ellipse ou la loi des rendements fiscaux décroissants*, Institution Europeam, Bruxelles.

Laperche B et Uzunidis D (2003), *Etatisme et marchandisation du secteur public : le cadre d'une régulation Keynésiano-libérale*, *Cahier de recherche n°63*, Lab RII, ULCO.

Laufer R et Burlaud A (1980), *Management public : gestion et légitimité*, Dalloz, Paris.

Leloup F, Moyart L, Pecqueur B, *La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ?*, *Géographie Economie Société*, n°4, vol. 7, p.321-332.

Le Masne P

2004 : *Services publics et développement*, communication aux 1eres journées du GRES, Bordeaux.

2007 : *Les services publics approches économiques et enjeux sociaux*, PUR, Rennes.

Lévêque F (1998), *Economie de la Réglementation*, La découverte, Paris.

Mahamoud I (2008), *L'économie informelle*, thèse en sciences économiques, Université de Paris 13.

Mahboobi L (2002), Recent privatization trends in OECD countries, *Financial Market Trends*, n°82 p.43-58.

Makalou O (1999), *Privatization in Africa: A critical analysis*, Banque mondiale, Washington.

Margairaz M (2005), Les services publics économiques entre experts, praticiens et gouvernants dans le XX siècle, *Revue d'histoire Moderne et Contemporaine*, vol 3, n° 52, pp. 132-157.

Marty F, Trosa S et Voisin A (2006), *Les partenariats public-privé*, La Découverte, Coll. repères.

Massenet M(1975), *La nouvelle gestion publique : pour un Etat sans bureaucrate*, Edition Hommes et Technique, Suresnes.

McPake B et Hanson K et Adam C (2007), Two-tier charging strategies in public hospitals: Implication for intra-hospital resource allocation an equity of access to hospital services, *Journal of Health Economics*, vol.26, p. 447-462.

Meessen B et Van Damme W (2005), Système de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles, *Mondes en Développement*, Vol 33, n°131.

Merlin C (2006), *Les services publics en mutation : La Poste innove*, L'Harmattan, Paris.

Merrien F-X (1998), Misère de la nouvelle gestion publique, dans Hufty M (1998), *La pensée comptable*, PUF, pp. 141-152.

Metougue P (2005), Faut-il re-nationaliser les entreprises en Afrique ?, *Cahier de recherche*, n°102, Lab.R II, ULCO.

Meuwisen L (2002), Problems of cost recovery implementation in the district health district care: a case study from Niger, *Health Policy and Planning*, vol. 17, p. 304-313.

Mills A (1997), *Private Health Providers in Developing Countries*, Zed Books, London.

Ministère djiboutien de l'Economie, des Finances et de la Planification, chargé de la privatisation :

2005 : Bilan de 1999-2004, *De l'ajustement au développement*.

2006 : Bulletin d'information de l'année 2006, Djibouti.

Ministère djiboutien de la santé :

1999 : Loi n° 48 de 3 juillet « *Portant Orientation de la Politique de Santé* » et la loi n°63 du 23 décembre 1999 « *portant réforme hospitalière* », Djibouti.

2008 : *L'enquête nationale : Analyses de la couverture vaccinables des enfants de 0 à 23 mois*, Djib-Santé, Djibouti, édition n°15 Sept-Oct, 2008.

2009 : *Le symposium sur la santé*, Rapport final, Djibouti.

2009 : *Les Cadres de Dépenses à Moyen Terme*, Djibouti.

2009 : Annuaire Statistique, Djibouti.

2011 : Annuaire Statistique, Djibouti

Mougeot M (1994), *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris.

Musgrave R. A (1959), *The Theory of Public Finance*, MC Graw Hill, New York.

Myrdal G (1960), *Beyond the Welfare State*, Gerard DuckWorth.

Nakoulma D (2000), *Privatisations et performance des entreprises*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Toulouse.

Natasha P et Mills A, Serious contractual difficulties? A case study of contracting for PHC in South Africa, in Audibert et al (2003), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, Paris.

Ndhlovu L (1994), Clients and Providers : definitions and Perspectives of Quality of family Planning services, *Communication présentée à l'atelier sur la qualité des soins de santé pour les femmes dans le pays en développement*, OMS, Budapest (Hongrie), 15-17 octobre.

Ndiaye C (2008), La gouvernance : état des lieux et controverses conceptuelles, cahier de *recherche n°174 Lab RII*, ULCO.

Niskanen W (1971), *Bureaucracy and representative government*, Aldine, Chicago.

Nolan B et Turbat G (1995), *Cost Recovery in public Health Services in Sub-Saharan Africa*, World Bank, Washington.

OMS

1999 : *Rapport sur la santé dans le monde : pour un réel changement*.

2000 : *Rapport sur la santé dans le monde, Pour un système de santé plus performant*, Genève.

2006 : *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève : Travailler ensemble pour la santé.

2008 : *Rapport sur la santé dans le monde : Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais*.

ONU HABITAT(2010), *Les enjeux de l'urbanisation en Afrique*, Bamako, Novembre.

Organisation de transparence internationale (2011) *L'indice de perception de la corruption*, www.Transparency.Org.

Osborne D et Gaebler T (1993), *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is transforming the public sector*, Plume.

Osborne S (2000), *Public Private Partnerships: Theory and practice in international perspective*, London, Routledge.

Otondo G (2008), *Le renouveau des théories du développement. Institutions et bonne gouvernance*, Cahier du Lab.RII, ULCO, n°177.

Pareto V(1963), *Manuel d'économie politique*, traduite de l'édition italienne par Pichon R, Durand-Auzias, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2eme édition, Paris.

Parker D et Knippenberg (1991), *Financement et participation communautaire : un examen de la question*. Communication du Séminaire du CIE, Paris.

Passet R (2001), *L'illusion néolibérale*, Flammarion, Paris.

Patriciat L (2006), Spécial Djibouti : Une Stabilité bienvenue, mais un système économique atone, *Marchés Tropicaux & Méditerranéens*, n° 3147, Paris.

Perrot J (1999), L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé, *Document de travail*, OMS, Genève.

Petiteville F (1998), Les figures mythiques de l'Etat dans l'économie en développement, *Problèmes économiques*, n°2, La Documentation française, Paris.

Pigou A. C (1932), *the Economics of Welfare*, 4r ed. Macmillan Co. London.

Plane P (1998), Les services publics africains à l'heure du désengagement de l'Etat, *Annales des Mines*, n°52.

PNUD

2004 : Cadre *Intégré, Etude Diagnostic d'Intégration par le Commerce*, Djibouti.

2004 : L'environnement *macroéconomique et Institutionnel*, Djibouti.

2007 : Rapport *national sur le développement humain*, Djibouti.

Pollitt C et Boukaet Geert (2004), *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford University Press, Oxford, 2ème édition.

Polton D (2004), Décentralisation des systèmes de santé : d'un éclairage international, *Revue Française des Affaires, Sociales* n° 4.

Power M (2004), *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*, La Découverte, Paris.

Price Waterhouse (1999), *Etude de l'Office National des Eaux de Djibouti*, Djibouti.

Rainhorn J-D et Burnier M-J (2001), *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXIème siècle*, PUF, Paris.

Refait M (1990), *Le secteur public en France*, PUF, Paris.

Richard V (2004), Le financement de la santé en Afrique Subsaharienne : le recouvrement des coûts, *Médecine tropicale* n°64, p. 337-340.

Ridde V et Girard J-E (2004), Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, *Santé publique*, vol n°15, pp. 37-51.

Ridde V (2004), *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, Banque mondiale.

Rokovsky C (1994), Les services publics en Europe : entre monopole et concurrence, *Revue des Affaires européennes*, N° 2, LGDJ, Montchrestien, juil. 1994, pp. 43-47, Paris.

Romer P.M (1990), Indogenous technical change, *Journal of Political Economy*, n°98.

Rosanvallon P (1981), La crise de l'Etat providence, Seuil, Paris.

Rostow W (1970), Les étapes de la croissance économique, Seuil, Paris.

Saint-Martin D (2001), *Building the New Managerial State. Consultants and the Politics of Public Sector Reform in Comparative Perspective*, Oxford University Press.

Samuelson P. A (1954), The Pure theory of public expenditure, *Review of Economics and Statistics*, p. 387-389.

Sanni Y. H

2004 : *L'économie politique de la privatisation de la désétatisation*, Université de Québec, Montréal.

2007 : *Les privatisations en Afrique Occidentale*, Les Presses de l'Université de Laval, Canada.

2009 : *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde : entre droit fondamental, justice social et logique marchande*, L'Harmattan, Québec.

Schieber G, Fleisher L et Gottret (2006), la privatisation du financement de la santé : une chance à saisir, *Finances & Développement*, Décembre 2006.

Selys G (1995), *Privé du public : à qui profitent les privatisations*, EPO, Bruxelles.

Shaw P (1999), New trends in Public Sector Management in health applications in developing, *World Bank*. Washington.

Shaw P. et Griffin C (1995), Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Banque mondiale, Washington.

Shepherd W.G (1984), Contestability vs Competition, the *American Economic Review*, vol. 74, n°4.

Smith A (1776), *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Livre IV, ch. 2, éd. Flammarion, tome II p. 42-43.

Stiglitz J-E

Stiglitz J-E 2000 : Principe *d'économie moderne*, De Boeck Université, coll. Ouverture Economique.

2002 : *La grande désillusion*, Fayard, Paris.

Stoffaes C (1995), *L'Europe de l'utilité publique. Des industries de services publics renouvelés dans l'Europe libérale*, Collection, Rapports officiels, ed ASPEurope.

Tapay N et Colombo F (2004), l'Assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE : avantages et coûts pour les individus et les systèmes de santé, in Gaëtan LAFORTUNE, *Le projet de l'OCDE sur la santé : Vers des systèmes de santé plus performants*. OCDE, Paris.

Thirion N (2002), *Les privatisations des entreprises publiques dans une économie sociale de marché : aspects juridiques*, Bruylant, Bruxelles.

Tizio et Flori (1997), L'Initiative de Bamako : Santé pour tous ou maladie pour chacun ?, dans *Tiers-Monde*, tome 38 n°152 pp. 837-858.

Tizio S

2004 : Entre Etat et marché : une nouvelle régulation pour les pays en développement ?, *Tiers-Monde*, Vol 45, n°179, pp.644-663.

2005 : Trajectoires socio-économiques de la régulation dans les pays en développement : une problématique institutionnelle, *Monde en développement*, Vol. 33 n°131, pp 45-57.

Trabelsi M et Mohamed A (2006), *Une expérience d'introduction de la comptabilité analytique d'exploitation de l'hôpital Peltier*, Djibouti.

Trosa S (2008), *La réforme de l'Etat : un nouveau management ?*, Ellipses, Paris.

Tullock G (1978), *Le marché politique : analyse économique des processus politique*, Economica, Paris.

Turshen M (1999), *Privatizing Health services in Africa*, Rutgers University Press, Londres.

Unicef (1996), *Study of health care demand and health care expenditure in Kuba District*, rapport n° 35, New York.

USAID (2000), *Djibouti Investors Roadmap*, Djibouti

Uzunidis D et Yacoub L (2008), Le développement dans la mondialisation : crise de la gouvernance mondiale et retour de l'Etat, *Recherches internationales*, n° 84, octobre-décembre 2008, pp. 103-131.

Uzunidis D, Yacoub L et Otando G (2010), Le développement dans la mondialisation : de la bonne gouvernance aux politiques économiques actives, *cahiers de recherche* n° 229, Lab RII, ULCO.

Vialle P (1998), *Stratégie, des opérateurs des télécoms*, ed. Hermès, Paris.

Vickers J et Yarrow G (1991), Economic perspectives on privatization, *Journal of Economic Perspectives*, vol.5 n°2, p. 111-132.

Villalonga B (2000), Privatization, and Efficiency: Differentiating Ownership Effects from political, Organizational and Dynamic, *Effects, Journal of Economic behavior & Organization*, n°42, pp. 43-74.

Visscher C (2004), Autorités politiques et haute administration : une dichotomie repensée par la nouvelle gestion public, *Revue Internationale de politique comparée*, vol. 11, n°2, p. 205-223.

Voisin C (1995), Les entreprises publiques : aujourd'hui : nationalisations, privatisations et marché unique, cahiers français, n°271, *La documentation Française*, pp 55-61.

Walras L (1990), *Etudes d'économie sociale*, Economica, Paris.

Weber L (1997), *L'Etat, acteur économique*, Economica, Paris.

Williamson J

1990 : What Should the World Bank think about the Washington Consensus ?, the *Bank Research Observer*, vol. 15, n°2.

2003 : Un train de réformes devenu un label galvaudé, *Finance & Développement*, Vol. 40, n°3.

Wright V (1993), *Les privatisations en Europe : Programmes et problèmes*, Actes Sud, Poitiers.

Wyss K et Nandjinger M (1995), Problems of utilization of nutritional rehabilitation services by mothers of malnourished children in N'Djamena (Tchad), in Robert J H et Vlassoff C, the Female client and the Health-care provider, *Centre de Recherche pour le Développement International*, Ottawa, p.138-153.

Yacoub L (2009), La politique économique dans la mondialisation : de la récusation au renouveau, *cahiers de recherche* n° 211, Lab RII, ULCO.

Ziller J

1995 : Sphère publique et secteur privé dans les pays en transition, *Revue française d'administration publique*, n° 74, pp, 207-210.

2003 Vrai et faux changements dans les administrations en Europe, *Revue française d'administration publique*, 2003/1-2, n° 105-106, p. 67-79

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : DE LA MARCHEISATION DU SECTEUR PUBLIC	16
1.1 Une forte accélération du développement de secteur public à partir de la seconde moitié du 20^e siècle	17
1.1.1 Secteur public et service public.....	18
1.1.2 Intervention de l'Etat dans l'économie et développement du secteur public dans les pays industrialisés.	22
1.1.2.1 L'intervention de l'Etat comme réponse aux défaillances du marché.....	24
1.1.2.2 L'Etat régulateur de l'activité économique et sociale et le développement du secteur public.....	29
1.1.3 Le rôle charnière du secteur public dans l'économie africaine.....	33
1.1.3.1 Le secteur public : un héritage historique et une stratégie de développement.....	33
1.1.3.2 Le développement du secteur public pour pallier l'absence du secteur privé	37
1.1.3.3 Le développement du secteur public pour des raisons d'équité et de justice sociale.....	38
1.2 Les services publics menacés par le marché	40
1.2.1 Les principaux facteurs justificatifs de la marchandisation.....	41
1.2.1.1 Les limites de certaines formes d'intervention directe de l'Etat dans un nouveau contexte.....	42
1.2.1.1.1 Les besoins de financement des Etats dans un contexte de restriction budgétaire.....	43
1.2.1.1.2 Une concurrence plus rude dans un contexte de mondialisation des échanges.....	45
1.2.1.1.3 Les évolutions technologiques modifiant les caractéristiques de la fonction de production.....	48
1.2.1.2 Une forte influence de la pensée néolibérale.....	50
1.2.1.2.1 Les succès rencontrés par les politiques monétaristes dans les années 1980-1990	51
1.2.1.2.2 Les applications économiques inspirées par les économistes de l'offre	53
1.2.1.2.3 L'Etat et l'intérêt personnel dans la théorie des choix publics	54
1.2.1.2.4 Un secteur public moins efficient que les entreprises privées soumises à la concurrence selon l'approche des marchés contestables.....	56
1.2.1.2.5 Le Consensus de Washington : Un programme conçu pour répondre à des problèmes spécifiques mais appliqué au monde entier.....	59
1.2.2. Les formes de marchandisation du secteur public.....	66
1.2.2.1 La mondialisation de la privatisation	66
1.2.2.2 L'externalisation des activités relevant du secteur public	70
1.2.2.3 Une Nouvelle Gestion Publique (NGP).....	75
CHAPITRE 2 : LES POLITIQUES DE MARCHEISATION A DJIBOUTI : ETAT DES LIEUX	86
2.1 Présentation du contexte historique, démographique et socio-économique de Djibouti	87
2.2 Les facteurs à l'origine de la marchandisation.....	91
2.2.1 Une contrainte budgétaire due à une crise économique aiguë et à une assistance extérieure en baisse..	93

2.2.2. Une pression des bailleurs de fonds pour modifier le rôle et la place de l'Etat dans l'économie	100
2.2.2.1 La marchandisation présentée comme une solution à une gestion publique défaillante	100
2.2.2.1.1 Les services publics de base fournis par les entreprises publiques jugés chers et insuffisants	100
2.2.2.1.2 Une critique de l'efficacité de dépenses publiques par les bailleurs de fonds	106
2.2.2.2 La marchandisation du secteur public : une stratégie pour promouvoir un secteur privé atone à Djibouti	115
2.3 Les formes de marchandisation du secteur public djiboutien	121
2.3.1 La mise en œuvre limitée de la privatisation des entreprises publiques faute de repreneurs.....	122
2.3.2 L'externalisation de la gestion des entreprises publiques du secteur de transport	125

CHAPITRE 3 : UN SYSTEME DE SANTE DJIBOUTIEN AU CŒUR DE POLITIQUES DE MARCHEISATION DU SECTEUR PUBLIC

3.1. Méthodologie de la collecte de données sur le terrain

3.2 Les principales caractéristiques du système de santé djiboutien avant la réforme de 1999

3.2.1 Un service public de santé disponible pour tous et gratuitement.....	138
3.2.2 Une dépense de santé non prioritaire dans le budget de l'Etat	140
3.2.2.1 Un faible niveau de dépenses publiques de santé.....	140
3.2.2.2 Une dépense publique de santé fongible	147
3.2.2.3 Une dépendance financière du système de santé djiboutien de l'aide extérieure très volatile.....	151
3.2.3 Une capacité hospitalière relativement suffisante selon la norme de l'OMS mais un système de santé désorganisé	154
3.2.3.1 Une désorganisation entretenue par le report de la demande et des ressources vers les établissements de référence nationale.....	160
3.2.3.2 Des dysfonctionnements internes aux établissements publics de référence nationale.....	163
3.2.4 Une faible performance globale du système de santé djiboutien selon l'analyse de l'OMS	165

3.3 Les formes de marchandisation adoptées dans le secteur de la santé.....

3.3.1 Le paiement au comptant de services publics de santé : une privatisation des dépenses de santé	170
3.3.2 Une nouvelle gestion des établissements publics de soins	177
3.3.2.1 L'implication de la population dans la gestion des établissements publics de soins.....	177
3.3.2.2 Une décentralisation de services de santé à des autorités locales sous-financées	183
3.3.2.3 Une large autonomie administrative et financière accordée aux établissements de référence nationale	186

CHAPITRE 4 : LES IMPACTS DE LA MARCHEISATION DU SYSTEME DE SANTE A DJIBOUTI : ENTRE DIFFICULTES FINANCIERES ET DEGRADATION DE L'OFFRE DE SOINS.....

4.1 Une dégradation de l'offre de soins dans le pays

4.1.1 Un système de soins fractionné mais privilégiant ceux qui ont un revenu.....	197
4.1.1.1 L'assurance maladie pour les salariés du secteur privé	198

4.1.1.2 La création des structures de soins destinées à l'armée nationale et aux forces nationales de police..	199
4.1.1.3 Le développement d'un secteur privé de soins qui n'a aucune obligation en matière de santé publique	200
4.1.2 Une organisation pyramidale de l'offre publique de soins limitant les soins thérapeutiques onéreux	204
4.1.3 De fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins.....	208
4.1.4 Une relation cloisonnée entre des prestataires de services de santé aux statuts variés.....	213
4.1.5 La restructuration des activités des établissements publics de soins.....	219
4.1.6 Une privatisation tacite de l'approvisionnement en médicaments dans les structures publiques et un gaspillage des ressources de la santé	224
4.1.7 Une pression sur la masse salariale et une pénurie de personnel qualifié.....	231
4.2 La privatisation des dépenses de santé : des limites évidentes dans le cas de Djibouti	236
4.2.1 Un faible niveau de ressources générées par la privatisation des dépenses de santé	237
4.2.2 Une barrière financière à l'accès aux services de santé.....	241
4.2.2.1 Un mode de paiement exposant l'utilisateur à un risque de dépenses catastrophiques	242
4.2.2.2 Un niveau de tarif rendant inabordable les services publics de santé les plus demandés	245
4.2.3 Le privé dans le public à l'origine d'une faible présence du personnel médical dans le secteur public....	247
4.2.4 Une autre possibilité de réforme du système de santé djiboutien.....	251
CONCLUSION GENERALE	259
ANNEXE.....	267
BIBLIOGRAPHIE.....	269
TABLE DES MATIERES.....	292
TABLE DES TABLEAUX	295
TABLE DES GRAPHIQUES ET SCHEMAS.....	297

Table des tableaux

Tableau 1 : Les principales mesures recommandées par le Consensus de Washington	61
Tableau 2 : Les options de participation proposées aux investisseurs privés dans les services publics	71
Tableau 3 : Les différentes actions s’inscrivant dans le champ du NMP	76
Tableau 4: L’évolution des indicateurs socio-économiques de Djibouti (1980-2000-2007).....	90
Tableau 5 : Répartition sectorielle des investissements publics durant 1984-1988.....	91
Tableau 6 : Quelques indicateurs économiques du pays de 1994 -1999	94
Tableau 7 : Assistance extérieure par bailleur de fonds (décaissements annuels, en millions de francs Djiboutiens).	97
Tableau 8 : Caractéristiques comparées des réseaux	102
Tableau 9 : Répartition des sièges de l’assemblée nationale par communauté.....	109
Tableau 10 : Indicateurs sociaux sélectionnés de Djibouti et des autres pays de la région	110
Tableau 11 : Les formes de marchandisation du secteur public djiboutien	122
Tableau 12 : Evolution du trafic des marchandises et du trafic conteneurisé du port de Djibouti de 2000 à 2008	127
Tableau 13 : La production nationale sur la période 2000-2007 exprimée en tonnes	129
Tableau 14 : Guide d’entretien avec les responsables des établissements publics de soins	137
Tableau 15 : Composition et niveau des dépenses publiques de la santé, 1996- 2002.....	143
Tableau 16 : Dépense de la santé : Djibouti et autres pays.	144
Tableau 17 : Dépenses publiques d’éducation dans divers pays à revenu intermédiaire dont Djibouti.	145
Tableau 18 : Taux d’exécution en % du budget public de santé de 1997-2002.....	148
Tableau 20 : Division de l’hôpital en unités fonctionnelles pour déterminer les coûts de différents services.....	191
Tableau 21: Récapitulatif de la couverture actuelle de la population à Djibouti.....	203
Tableau 22 : Structures de soins de Djibouti par région	208
Tableau 23 : Répartition des populations et du personnel médical dans les régions de l’intérieur... ..	212
Tableau 24 : Répartition de la prise en charge des accouchements dans les hôpitaux de la ville de Djibouti en 2000.	220
Tableau 25 : Distribution litière de l’hôpital Peltier	222
Tableau 26 : Prix publics comparés des médicaments dans les pharmacies privées à Djibouti et dans les pays de l’Afrique de l’Ouest (valeurs en FDJ)	226
Tableau 27: Ecart entre les coûts de traitement selon la source d’approvisionnement des médicaments (valeurs en FDJ).	229

Tableau 28 : Hôpital Peltier, Comparaison de recettes propres et rémunération du personnel en franc Djibouti.....	238
Tableau 29 : Principaux avantages et risques de différents modes de paiements.....	244
Tableau 30: Tarifs d'hospitalisation de l'hôpital Peltier et de la Maternité de Dar El Hanan) en FDJ.	246
Tableau 31: Couverture actuelle de la population Djiboutienne et les alternatives possibles.....	254

Table des graphiques et schémas

Graphique 1 : Aperçu du niveau global des dépenses publiques de Djibouti entre 1990-2004.....	112
Graphique 2 : Dépense totale de santé par source de financement.	142
Graphique 3 : Performance comparée du système de santé de Djibouti : relation entre les dépenses et la performance globale du système de santé	167
Graphique 4 : Performance comparée du système de santé de Djibouti : relation entre les dépenses de santé et l'impact de la santé sur l'état de santé	168
Graphique 5 : Répartition de dépenses totales de santé par groupe de prestataires.....	225
Schéma 1 : Une organisation pyramidale de l'offre publique de soins	135
Schéma 2 : Une désorganisation des soins par la mauvaise répartition des ressources.....	162
Schéma 3 : les rôles des différents intervenants dans les centres de santé.....	179
Schéma 4 : La persistance du problème de la qualité entretenue par une absence de coordination entre des établissements de soins aux statuts variés	217