

# dial

## diffusion de l'information sur l'Amérique latine

47, QUAI DES GRANDS-AUGUSTINS - 75006 PARIS - FRANCE - TÉL. (1) 46.33.42.47

CCP 1248.74-N PARIS - Du mardi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 18 h 30

Hebdomadaire - n° 1310 - 2 juin 1988 - 4,5 F

### D 1310 BOLIVIE: SANTÉ NATIONALE ET BANQUE MONDIALE

Intitulé "Diagnostic de la Banque mondiale sur la population et la santé en Bolivie", le long rapport de cette institution financière internationale a fait grand bruit en Bolivie en avril 1988. Au niveau des statistiques le constat est accablant: en termes de population et de santé, la Bolivie arrive, avec Haïti, au dernier rang des pays d'Amérique latine. Vu le signataire du rapport, les chiffres avancés ici n'en sont que plus impressionnants. Parmi les recommandations principales faites au gouvernement bolivien, la Banque mondiale insiste sur la nécessité impérieuse de ralentir la croissance démographique par le contrôle des naissances et par l'alphabétisation des femmes des milieux populaires. Nous donnons ici de larges extraits du rapport de la Banque mondiale.

Note DIAL

## BOLIVIE, STRATÉGIE SECTORIELLE POUR LA POPULATION, LA SANTÉ ET LA NUTRITION (Extraits)

### I- LIMITATIONS AU DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL

1. Pour offrir des chances raisonnables de succès, une stratégie de développement des secteurs de la population, de la santé et de la nutrition en Bolivie doit tenir compte des conditions et caractéristiques particulières du pays, lesquelles se présentent comme un défi singulier pour les autorités et pour les donateurs de l'extérieur.
2. Le pays et sa population - Les conditions topographiques et socio-culturelles de la Bolivie sont autant d'obstacles importants au développement. Les chaînes montagneuses des Andes à l'ouest et au centre ainsi que les vastes zones de savanes souvent inondées et de forêts à l'est, ajoutées aux distances énormes et à un réseau sommaire de routes et de communications, ont traditionnellement fait obstacle au commerce et aux échanges à l'intérieur du pays comme avec le monde extérieur. Plus de la moitié de la population (constituée d'Indiens surtout concentrés dans les régions montagneuses) parle quecha et aymara, et ne participe que marginalement à la vie économique, politique et culturelle du pays. Prises ensemble, ces conditions ont favorisé une instabilité politique chronique. Depuis son indépendance en 1825, le pays a connu cent quatre-vingts gouvernements, dont six pour les seules huit dernières années.
3. Fonctionnement récent de l'économie et secteur public - Le gouvernement actuel, entré en fonction en août 1985, s'est aussitôt trouvé devant des perspectives extrêmement sombres: de 1980 à 1984 le produit intérieur brut (PIB) avait diminué de 16% et le PIB per capita, de 27%; le taux annuel d'inflation était monté à 25000%; les rentrées du gouvernement central étaient tombées à 3% du PIB; le déficit consolidé du secteur public représentait 29% du PIB; et les intérêts dus au titre de la dette

extérieure s'élevaient à 700 millions de dollars, soit 20% du PIB. Selon toute probabilité, pendant cette période de déclin, le pourcentage des familles vivant en état de pauvreté absolue avait augmenté.

4. Face à une telle situation critique, le gouvernement a annoncé une nouvelle politique économique d'urgence, et il a aussitôt adopté des mesures de stabilisation de l'économie et de correction des grands déséquilibres. En dépit des progrès accomplis dans les deux années qui ont suivi, il subsiste encore des problèmes décourageants tels que le bas niveau des rentrées publiques et la faiblesse des incitations dans le secteur privé, problèmes qu'il importe de résoudre pour permettre la poursuite du développement économique et social. La principale tâche du gouvernement en matière économique et fiscale consiste à harmoniser l'austérité financière avec une croissance équilibrée et avec une meilleure distribution des bienfaits de la croissance. Cependant, les plans officiels de réforme sont hypothéqués par une organisation déficiente et par la faible capacité administrative du secteur public. Les fréquents changements d'organisation et de personnel, effectués par suite du manque de capacité professionnelle dans le service public et rendus possibles par une réglementation garantissant la sécurité de l'emploi, font obstacle à toute planification et à toute mise en oeuvre des programmes du secteur considéré.

5. En Bolivie, les lourdes limitations nationales exigent pratiquement de s'engager à long terme en matière de population, de santé et de nutrition; d'orienter les efforts vers les groupes prioritaires (les mères, les nourrissons et les enfants) sur la base d'objectifs réalistes à court et moyen terme; de favoriser une vigoureuse participation du secteur privé; de mobiliser et de concentrer des ressources financières, d'en décentraliser la gestion; et d'élaborer des programmes intégrés d'interventions sectorielles et inter-sectorielles.

## II- SITUATION ACTUELLE, POLITIQUES ET PROGRAMMES DE POPULATION, DE NUTRITION ET DE SANTE

### 1) Population

6. Situation actuelle - La population de la Bolivie, de 6,6 millions d'habitants (à la mi 1987), se trouve encore pour une grande mesure en rural: la proportion de population rurale de 57% (en 1984) est la plus élevée d'Amérique latine. On estime que la population totale s'élèvera à 9,7 millions en l'an 2000. Le taux de croissance démographique est en augmentation et on prévoit qu'il sera encore plus élevé à la fin du siècle: de 2,3% l'an dans les premières années de la décennie 1990, il est monté à 2,8 dans les premières années de la décennie actuelle, pour arriver à 3% en l'an 2000. De tels taux grandissants de croissance démographique soulèvent de sérieux problèmes en matière de développement en raison de leur impact sur les demandes d'emploi, de logement et de services sociaux: entre 1987 et l'an 2000 il faudra créer 1,6 million d'emplois, construire 740.000 logements et accueillir chaque année 23.000 enfants dans des écoles primaires.

7. Le taux élevé de fécondité est la cause principale d'une croissance démographique accélérée - A raison d'une moyenne de 6,2 enfants par femme, le taux de fécondité en Bolivie est à plus de 50% supérieur à la moyenne latino-américaine; il est plus élevé en rural (8 enfants contre 5,7 en urbain), dans les groupes parlant quechua et aymara (8,2 contre 5 pour ceux parlant exclusivement espagnol), chez les pauvres (7,5 contre 4,4 pour les milieux à revenus moyens et élevés) et parmi les femmes analphabètes (8 contre 3,1 pour les femmes ayant au moins neuf années de scolarité). L'implantation rurale, la méconnaissance de l'espagnol, la pauvreté et l'analphabétisme sont autant de facteurs étroitement liés à la couche indienne de la population.

8. La raison majeure d'un taux élevé de fécondité est la pratique peu répandue de la contraception - Une enquête réalisée en 1983 sur l'usage des contraceptifs

révèle que 25% seulement des personnes recensées pratiquaient la contraception et que 10% seulement utilisaient des moyens modernes.

9. On y relève également des taux importants de femmes ayant eu au moins un avortement provoqué: 53% dans la classe moyenne, 30% dans la classe basse et 22% dans la classe haute. Cette preuve éloquente d'une demande insatisfaite de contraceptifs est corroborée par les résultats d'une autre enquête selon laquelle 78% des femmes en âge de procréer souhaiteraient pratiquer une contraception efficace. A l'évidence il y a un besoin ressenti et des possibilités d'augmentation de l'usage de contraceptifs dans toutes les zones géographiques et toutes les couches sociales.

10. La faible diffusion de la contraception est due en partie à l'ignorance des usagers possibles des méthodes contraceptives modernes. En 1983, moins de la moitié des femmes des zones rurales connaissaient l'une de ces méthodes. Le principal facteur d'une telle situation est l'analphabétisme des femmes adultes: avec son taux de 70%, il constitue un obstacle important à la perception progressive des bienfaits de la contraception pour la santé ainsi qu'à l'acceptation des méthodes contraceptives modernes.

11. La faible disponibilité en contraceptifs et leur prix élevé limitent également la pratique de la contraception. Les pharmacies (qui sont de loin les principaux points de vente au détail) se trouvent dans les agglomérations et les villes, hors de la portée de la plupart des gens habitant en rural. On peut aussi ajouter en toute sécurité qu'en Bolivie, comme dans d'autres pays latino-américains, les prix élevés à la consommation constituent une dissuasion supplémentaire dans l'usage des contraceptifs.

(...)

## 2) Nutrition

19. Situation actuelle - Les niveaux de nutrition humaine en Bolivie sont, à l'égal d'Haïti, les plus bas de l'hémisphère. Les trois principaux problèmes nutritionnels sont:

- a) la malnutrition protéino-énergétique (pour 41% des enfants de moins de cinq ans);
- b) le goitre endémique;
- c) les déficiences en micronutritifs clés (fer, vitamine A et vitamine B 2).

20. La malnutrition protéino-énergétique est le problème le plus grave, mais aussi le moins susceptible de solution car il s'enracine dans la pauvreté. De fait, le lien entre malnutrition et pauvreté résultant du retard général du pays est manifeste: en 1975, 80% de la population disposaient de revenus ne leur permettant d'acquérir que 70% de la quantité nécessaire d'aliments et de services essentiels, et 60% environ ne pouvaient faire face qu'à 80% du coût du panier de la ménagère essentiel. Les conditions ont empiré en raison de la détérioration de l'économie: pour la période 1982-1984, l'indice de la production alimentaire moyenne per capita est descendu à 84, alors qu'il était de 100 en 1974-1976. La disponibilité en aliments a encore été réduite par la déficience des systèmes de transport, de stockage et de distribution.

21. Cependant on pourrait faire beaucoup pour neutraliser les pires effets de la malnutrition dans les groupes de bénéficiaires prévus: les nourrissons, les mères et les enfants des couches sociales pauvres en urbain et en rural. Par exemple, la déficience en iode (qui peut conduire au goitre et au retard mental chez les enfants) pourrait être corrigée par la iodisation du sel. L'anémie résultant de la déficience en fer (surtout prédominante chez les femmes enceintes et les nourrissons) pourrait être combattue par l'enrichissement en fer du sucre et des biscuits. Les effets les plus pernicioseux de la malnutrition des mères, des nourrissons et des enfants pourraient être atténués par l'espacement des naissances et par le contrôle des maladies diarrhéiques. L'alphabétisation des femmes serait un élément important pour l'amélioration des pratiques nutritionnelles des groupes les plus défavorisés.

(...)

### 3) Santé

27- Situation actuelle - Les conditions de santé en Bolivie sont depuis longtemps les pires de toute l'Amérique du sud et ne trouvent d'équivalent, pour l'hémisphère, qu'en Haïti. Les taux de mortalité sont extrêmement élevés dans les groupes prioritaires: plus de 120% pour les nourrissons, 37% pour les enfants de 1 à 4 ans (ces deux taux étant plus de huit fois supérieurs à ceux de Cuba, du Costa Rica et du Panama); 48/10.000 pour les mères en accouchement (au lieu de 5/10.000 au Chili, au Costa Rica et à Cuba). Cela veut dire que, chaque année, 12.500 familles perdent leur mère et que 57.000 familles perdent un enfant. Sur plus de 100.000 décès annuels, près de la moitié sont des nourrissons.

28. Les causes les plus communes de décès sont les maladies diarrhéiques et parasitaires ainsi que les affections respiratoires aiguës. Les études conjointes OMS/OPS indiquent que près des deux tiers des décès de nourrissons sont attribués à diverses sortes d'infections et maladies contagieuses; ces études citent la malnutrition protéino-énergétique comme l'une des causes connexes dans presque 40% des cas. La coqueluche, la rougeole et la scarlatine figurent parmi les dix causes les plus importantes de décès des enfants de moins de cinq ans.

29. La plupart de ces maladies pourraient être évitées par l'adoption de mesures préventives appropriées telles que la formation sanitaire, l'hygiène et les vaccinations. Il ressort des études de morbidité un cadre analogue bien que moins documenté: les enfants de moins de cinq ans connaissent en moyenne onze moments de diarrhées aiguës par an. L'analphabétisme des femmes rend très difficile le soutien des familles pauvres en matière de prévention des maladies, de mesures sanitaires et de soins précoces.

30. Les pertes à la production dues à l'absentéisme pour cause de maladie s'élèveraient à environ 725 millions de dollars en 1974. Cette estimation ne tient pas compte de la productivité non optimale due à la mauvaise santé. C'est pourquoi l'amélioration de la santé doit être recherchée pour des raisons tant humanitaires qu'économiques. L'amélioration de la santé, si étroitement liée à l'amélioration de la nutrition et à la réduction de la fécondité, agirait ainsi comme agent catalyseur du développement des ressources humaines du pays, l'un des objectifs principaux de la politique gouvernementale.

(...)

### V- STRATÉGIE RECOMMANDÉE

55. Principaux éléments de la stratégie - ils pourraient être de:

- a) renforcer la fonction de direction du ministère de la prévoyance sociale et de la santé publique (MPSSP) en faisant de lui l'axe de la réforme;
- b) augmenter progressivement le financement et la proportion des fonds attribués à l'ensemble intégré des services de base en matière de santé et à l'amélioration de leur gestion;
- c) accroître la contribution des organisations non gouvernementales (ONG) et des organismes extérieurs grâce au renforcement et à la coordination de leurs activités (peut-être en attribuant à telles ONG des groupes bénéficiaires de zones géographiques précises) dans le cadre des plans de développement régional d'assistance sanitaire et du programme intégré des services sanitaires de base du MPSSP.

56. Phases de la stratégie - A court terme (1988 à 1990) les budgets et attributions du MPSSP pourraient être réorientés du niveau central aux régions, des hôpitaux de haut niveau aux postes de santé de base, des médecins au personnel de niveau inférieur, des éléments physiques aux éléments de gestion, et de la construction de nouveaux édifices à la réhabilitation et au rééquipement de ceux déjà existants.

57. Dans une première étape on pourrait améliorer les services de santé dans les périphéries urbaines pauvres et dans les secteurs ruraux d'accès moins difficile. On pourrait renforcer la planification des naissances et le programme intégré des services sanitaires de base au niveau de la nutrition. On pourrait augmenter la capacité régionale de planification, d'élaboration budgétaire, d'exécution et de contrôle. On pourrait attribuer des fonds additionnels en provenance de l'extérieur aux organes régionaux du MPSSP ainsi qu'aux ONG ayant passé des accords pour la réalisation de tâches déterminées, dans le cadre des programmes régionaux de développement intégré des services sanitaires de base.

58. Egalement à court terme:

- a) des campagnes d'alphabétisation féminine et autres campagnes d'éducation des femmes sur le thème de la santé pourraient être organisées par un large éventail d'organismes et groupes publics ou privés, nationaux et étrangers, selon des objectifs et des perspectives précis;
- b) on pourrait arrêter des plans de vente subventionnée de contraceptifs;
- c) les programmes de nutrition et d'alimentation complémentaire pourraient être mieux contrôlés et être rattachés à ceux des services sanitaires de base;
- d) on pourrait instaurer des systèmes de prise en charge par l'utilisateur pour l'achat des médicaments et la prestation de services hospitaliers.

59. Enfin il faudrait poser les bases analytiques d'améliorations ultérieures dans des sous-secteurs clés. On pourrait instaurer des systèmes de formation professionnelle et d'incitation du personnel, et mener des études sur l'offre et la demande en personnel pour avoir une base plus solide dans l'élaboration des plans d'utilisation et de développement des ressources humaines. On pourrait analyser les points suivants:

- a) la destination des ressources du MPSSP;
- b) les services de soutien;
- c) la récupération des coûts;
- d) le financement et l'utilisation des fonds des organismes de sécurité sociale et du MPSSP.

60. Afin de pallier certaines des déficiences critiques du ministère de la prévoyance sociale et de la santé publique, le gouvernement pourrait désigner un intermédiaire extérieur (comme l'UNICEF) pour qu'il apporte son aide dans la réalisation des réformes nécessaires ainsi que dans l'exécution et le contrôle de la stratégie à court terme, avec la collaboration éventuelle du FNUAP (pour la planification des naissances) et du PMA (pour la nutrition et l'alimentation complémentaire).

61. A moyen et à long terme (1991 à 2000) on mettrait en place les incitations du personnel, les politiques de ressources humaines, ainsi que l'amélioration des services de soutien et de récupération des coûts selon des accords à passer. On pourrait décentraliser davantage le financement et les fonctions au niveau des districts de santé, lesquels pourraient se convertir en centres des opérations et des coûts. On pourrait encourager la participation communautaire dans l'exécution des plans de santé par district, avec la collaboration des mères alphabétisées. On pourrait prévoir une coordination plus efficace entre le MPSSP et les organismes de sécurité sociale. Enfin, l'aide extérieure pourrait être appliquée là où les capacités boliviennes sont les plus faibles, et elle pourrait être supprimée à mesure qu'augmenteraient les ressources nationales.

(Traduction DIAL - En cas de reproduction, nous vous serions obligés d'indiquer la source DIAL)

---

Abonnement annuel: France 330 F - Etranger 390 F - Avion 460 F  
Directeur de publication: Charles ANTOINE - Imprimerie DIAL  
Commission paritaire de presse: 56249 - ISSN: 0399-6441