

Crise économique et financement de la santé

LA santé a une dimension économique qui est rarement prise en compte dans les pays en développement. La crise qui frappe plus particulièrement l'Afrique se répercute pourtant directement sur les systèmes de santé. Budgets stagnants ou en faible progression, pénurie de médicaments et marchés noirs, absence d'entretien des infrastructures : dans la plupart des pays africains, les services médicaux se détériorent. Dégradation des conditions de vie, déficience des services sociaux, politiques agricoles inadaptées et aléas climatiques entraînent peut-être une recrudescence de la mortalité (1). Cependant la contrainte financière n'est pas encore intégrée dans les calculs des planificateurs. Gouvernements et donateurs évaluent mal les charges récurrentes et les dépenses de fonctionnement des nouveaux projets qui vont peser sur les budgets pendant plusieurs années (2). L'heure est toujours à l'innovation, alors que les services déjà en place ne répondent plus à la demande de soins.

Les pays africains peuvent se targuer de l'amélioration de structures de santé, de la construction d'hôpitaux et de dispensaires, de la formation de médecins et d'infirmiers. Mais, au fur et à mesure de la mise en place de nouveaux services, les charges afférentes sont plus lourdes à supporter. La crise actuelle appelle dès lors une révision des stratégies sanitaires. L'entretien et le fonctionnement de l'existant deviennent prioritaires. L'état des finances publiques impose, de façon urgente, une meilleure allocation de ressources, devenues insuffisantes pour des structures qui n'ont cessé de se développer.

L'impact de la crise économique

N'exportant qu'une production peu diversifiée de matières premières, l'Afrique est frappée par la chute de leurs cours, le renchérissement du coût du crédit, la diminution des transferts publics bilatéraux et l'augmentation des déficits des paiements courants. La charge de la dette connaît une croissance explosive qui devrait s'accroître au cours de la seconde moitié des années 80. Le ratio du service de la dette qui était de 21,6 % en 1984, serait passé à 33,2 % en 1985 (3). Le total des engagements extérieurs de l'Afrique subsaharienne dépasse 80 milliards de dollars, soit près de la moitié du PNB des pays concernés ou encore 215 % de leurs recettes d'exportations en biens et services (4). Conséquence de cette situation, la plupart des pays ont appliqué des politiques d'ajustement et de réduction des déficits publics. Certains ont fait appel au FMI et les mesures prises, notamment l'augmentation du prix des denrées de base, ont parfois entraîné de graves troubles sociaux, comme par exemple en Zambie en 1986 (5).

Comment les difficultés financières se répercutent-elles sur les dépenses publiques de santé ? Dans la majorité des cas, les informations statistiques restent insuffisantes. L'état actuel des comptabilités nationales ne permet pas toujours d'isoler les dépenses relatives à la santé. Certains pays distinguent le budget ordinaire de la santé publique et les dépenses d'investissement. Les lignes budgétaires reflètent des dépenses de nature différente selon les pays (6). De ce fait, toute comparaison internationale s'avère aléatoire, d'autant plus que les chiffres traduisent mal la qualité du système de soins et que les taux de change des monnaies nationales sont le plus souvent déconnectés des réalités économiques. Néanmoins, une des contraintes imposées par les bailleurs de fonds a été une meilleure appréciation des dépenses publiques afin de mieux les contrôler, et certains pays disposent depuis plusieurs années du même système comptable, ce qui permet de suivre l'évolution des dépenses.

Les budgets de la santé publique continuent en général à progresser en termes courants. Ils ont, en revanche, tendance à stagner, voire à régresser, en termes constants, c'est-à-dire en incluant l'inflation. Si l'on tient compte de la croissance démographique, les sommes disponibles par habitant baissent dans tous les cas. Au

(1) J. Dupâquier, « La contre-offensive de la mortalité dans le dernier quart du XX^e siècle », *Histoire, économie et société*, 3, 1984, pp. 473-490.

(2) H. Paret, *Planification de la santé en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1984, 198 p.

(3) *Rapport sur le développement dans le monde 1986*, Washington, Banque mondiale, 1986, 277 p.

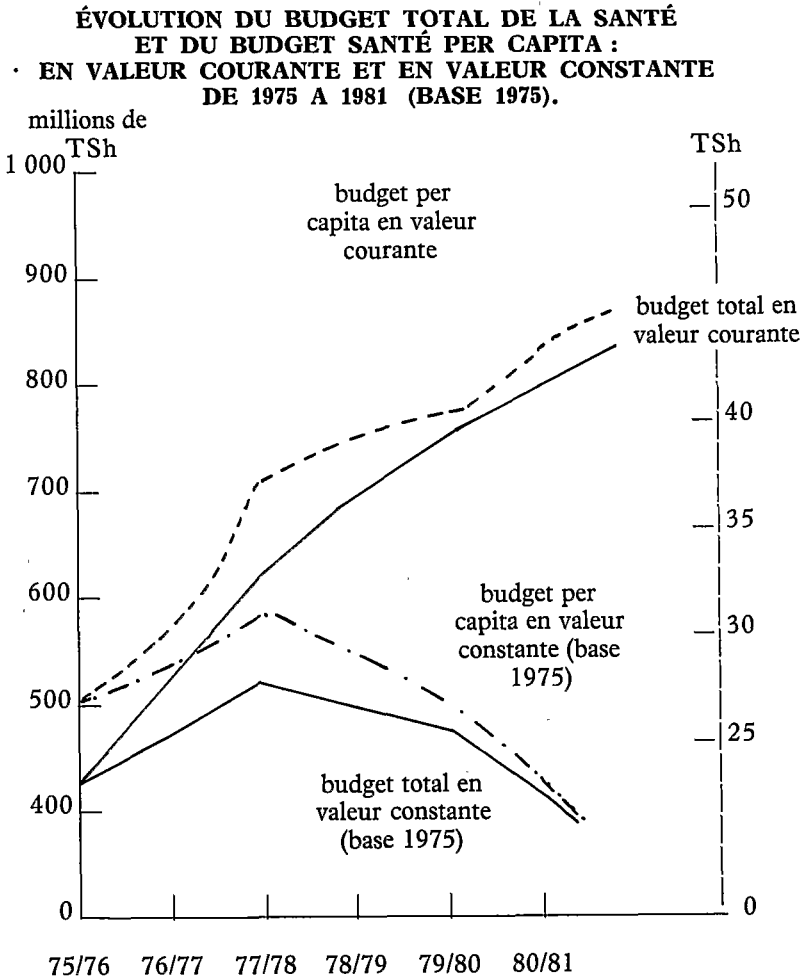
(4) T. de Montbrial, *Ramses 86-87 : Rapport annuel mondial sur le système économique et les stratégies*, Paris, IFRI/Atlas Economica, 1986, 404 p.

(5) *Le Monde*, 16 décembre 1986.

(6) A. Griffiths, *Money for Health : A Manual for Survey in Developing Countries*, Genève, Institut Sandoz, 1982.

Niger, par exemple, le budget du ministère de la Santé publique a augmenté de 50 % entre 1980 et 1984, mais cela traduit en réalité une diminution des dépenses réelles en F CFA constants, diminution qui s'accroît depuis 1983, alors que la population augmente de 2 % par an (7). La figure I montre, dans le cas de la Tanzanie, l'évolution du budget par habitant jusqu'en 1981. Les sommes dépensées par habitant baissent depuis 1977 et cette détérioration s'est en fait considérablement accentuée depuis 1981 (8).

FIGURE I



Sources : J. Hamel et Ch. C. Pannenberg, *Health Care Delivery in Tanzania*, 1983 (données transmises par B.A. Coche).

Mais ces chiffres ne sont pas révélateurs de la détérioration du fonctionnement des services de santé. Ils ne disent rien de la façon dont les dépenses sont ventilées entre les différents postes : personnel, transports, médicaments, fonctionnement. La tendance générale est à une forte augmentation des dépenses de salaires du personnel, de loin le premier poste du budget de la santé publique. Dans certains cas (comme le Nigeria) plus de 80 % des dépenses sont absorbées par les salaires. Devant la pénurie de personnel qualifié, les gouvernements ont donné la priorité à la formation des médecins et des infirmiers. Ceux-ci étaient assurés d'être embauchés dans le secteur public à la fin de leurs études et ce phénomène explique partiellement la croissance des dépenses de santé. Récemment, quelques États (Mali, Guinée,...), souvent sous la pression du FMI, ont mis fin à cette pratique d'engagement automatique, ce qui a comme conséquence la montée d'un chômage qualifié, malgré la pénurie d'infirmiers et de médecins, surtout dans les zones rurales. Mais aucun pays ne s'est risqué à licencier du personnel. En conséquence, devant la diminution des fonds disponibles, ce sont en premier lieu les frais de fonctionnement qui sont amputés.

La part du budget disponible pour l'achat de matériel, de médicaments, les transports et le fonctionnement est presque partout en diminution ; celle consacrée aux médicaments est très souvent réduite à la portion congrue : en 10 ans, elle aurait diminué de moitié au Sénégal et au Burkina Faso (9). Le tableau ci-contre illustre l'évolution de la répartition du budget au Niger, un pays qui reste relativement favorisé quant à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Dans un budget stagnant en termes constants, mais décroissant par habitant, la part du poste personnel augmente au détriment du fonctionnement et de l'achat de médicaments. Compte tenu des plans de formation, le personnel de la santé devrait continuer à croître au cours des prochaines années. Dans le même temps, le PNB n'augmente plus, la dette publique dépasse 50 % de ce PNB et le poids du service de la dette ne cesse de s'accroître, alors qu'aucun renversement de la conjoncture économique, en particulier du marché de l'uranium, ne se profile à l'horizon.

(7) G. Carin, « A propos de l'économie dans le département de Zinder (Niger) et de la possibilité d'autofinancer les charges récurrentes des soins de santé locaux », Bruxelles, Association européenne pour le développement de la santé, 1986, dactyl.

(8) B. Coche, « L'économie de la santé en Tanzanie », Lyon, 1987, dactyl.

(9) D. Senghor, « Médicaments : la portion congrue », *Vivre autrement*, n° 1, 1984 et n° 2, 1985.

**RÉPARTITION FINANCIÈRE DU BUDGET
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU NIGER
ENTRE 1978 ET 1984**

Année	personnel (%)	médicaments (%)	transport (%)	fonctionnement (%)
1979	45	30	10	15
1980	45	31	10	14
1981	49	29	10	13
1982	51	29	8	12
1983	53	26	8	12
1984	54	26	8	12

Sources : ministère de la Santé publique et des Affaires sociales du Niger (1986).

Mais la situation est encore plus critique pour les pays dont la monnaie n'est pas convertible. N'ayant le plus souvent que de petites entreprises de conditionnement de médicaments, les pays africains sont dépendants de l'importation de produits finis sur le marché mondial (10). Après les dévaluations des dernières années, le coût réel de ces produits a souvent fortement augmenté ; le budget de la Zambie pour les médicaments ne permet plus que l'achat du cinquième de la quantité disponible à l'époque de la splendeur du cuivre.

En Tanzanie, les importations de médicaments ont doublé, passant de 1,1 dollar par habitant en 1970 à 2,25 dollars en 1975, puis elles se sont effondrées pour atteindre 0,25 dollar en 1984. En fait, le Soudan ou la Tanzanie dépensent pour les médicaments le dixième du montant déjà insuffisant qu'ils dépensaient il y a 10 ans (11).

Dans quelques cas, les ventes privées compensent partiellement la chute des achats publics, mais le plus souvent la disponibilité réelle diminue. Le point critique est parfois atteint, comme au Mozambique, où la quasi-totalité des produits pharmaceutiques provient de donations (12).

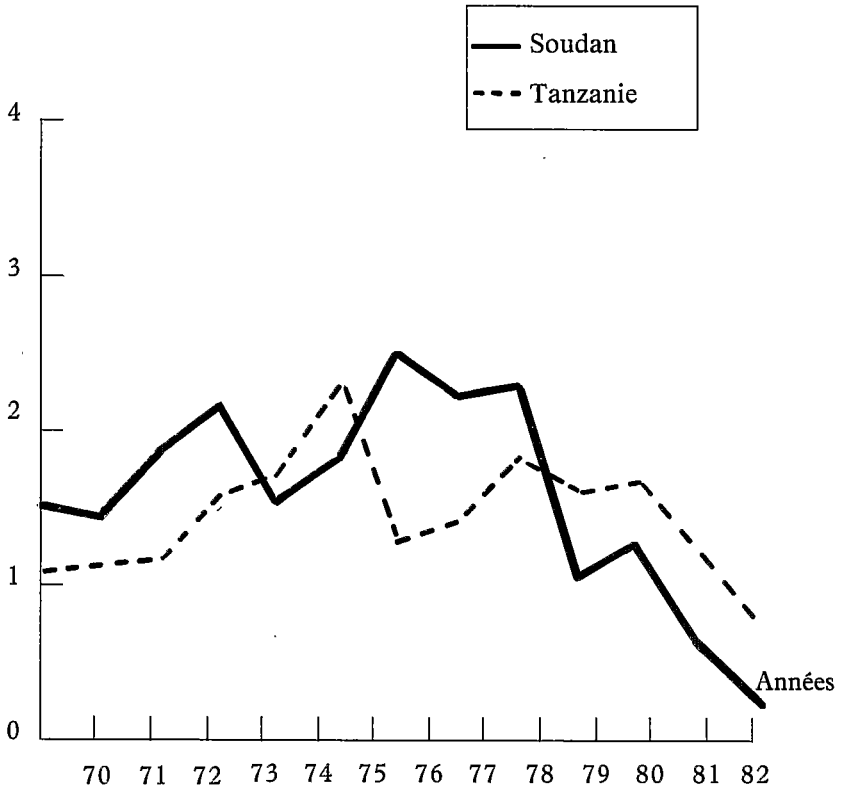
(10) A. Mabila Ngoulou, *La transférabilité des technologies pharmaceutiques aux pays en voie de développement : nationalisme économique et politique de santé* (thèse), Lyon, Université Jean-Moulin, 1985, 505 p.

(11) A. Griffiths, « Les médicaments face à la crise », in *Santé, médicaments et développement : les soins primaires, à l'épreuve des faits* (sous la direction de Alain Destexhe), Paris, publications de la Fondation Liberté

sans Frontières, 1987, pp. 199-204. En Tanzanie la situation s'est améliorée dans les zones rurales avec la mise en place du « programme des médicaments essentiels », financé par la coopération danoise (DANIDA).

(12) *Meeting on Humanitarian Assistance to the People's Republic of Mozambique : Priority Emergency Assistance Requirements for the Year 1987*, UNDRO (United Nations Disaster Relief Organisation), 1987, 170 p.

FIGURE II
**IMPORTATIONS DE MÉDICAMENTS PAR HABITANT
 DEPUIS 1970
 (EN DOLLARS CONSTANTS)**



Sources : D.W. Dunlop, M. Over : « Foreign Exchange Constraints in Financing Health Care in Poor Countries », 1985, in A. Griffiths, *Drug Supply and Use in Developing Countries, Problems and Reactions*, Health Management Institute, 1987.

La part des dépenses de santé dans le budget de l'État varie d'un pays à l'autre : de 8,4 % en 1983 en Zambie à 1,3 % au Soudan. Pour les pays africains à faibles revenus, la valeur médiane est de 4,5 % en 1983, alors qu'elle était de 5,2 % dix ans plus tôt (13). Il n'y a pas d'une année à l'autre de grande variation de la part consacrée à la santé, même si, sur une longue période, elle a plutôt tendance à diminuer. Mais les pays les plus endettés ont souvent réduit plus fortement les dépenses de santé que les autres,

(13) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington, The World Bank, 1987, 93 p.

au Soudan de 5,4 % en 1972 à 1,3 % en 1983. L'augmentation de la part de la santé ne suffit pas en général à compenser la baisse du revenu total disponible. En Zambie, par exemple, le budget de la santé publique a augmenté de 5 % ; néanmoins les dépenses par habitant ont diminué de 20 % environ en 10 ans (14).

Ainsi, même si le personnel de santé est plus nombreux, il dispose de moins en moins de médicaments et de matériel. L'analyse des budgets rejoint l'avis des observateurs : des hôpitaux et des dispensaires vides, mal entretenus, dépourvus de tout, n'offrant plus que de maigres services aux populations qui perdent confiance et les désertent (15).

La dimension du secteur « santé »

A ne regarder que les dépenses du secteur public, une image incomplète du domaine de la santé se dégage. Dans la plupart des pays, les services publics effectuent la majorité des prestations sanitaires, ce qui explique la gravité de la crise actuelle. Mais le secteur privé, les missions et les services sociaux de grandes compagnies jouent un rôle non négligeable (16).

Le secteur privé ne touche qu'un faible pourcentage de la population. Il est centré sur les villes. Si médecins privés et pharmacies privées sont rares dans les zones rurales, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de pratique privée : trafic de médicaments, vendeurs ambulants, consultations privées par des médecins salariés sont des pratiques courantes. Paradoxalement, dans les systèmes étatisés où le secteur privé est interdit, la pénurie, la faiblesse des salaires publics et les marchés noirs réintroduisent souvent une quasi-médecine privée. L'une des conséquences de la déficience du secteur public dans les villes est une relative reprise de la médecine privée. Les ventes de médicaments dans les officines privées ont tendance à augmenter dans les pays de la zone franc (17). Mais le problème ne vient pas seulement de la demande, l'offre est souvent déficiente : même avec des revenus suffisants, il n'est plus toujours possible de se procurer les produits pharmaceutiques.

On ne fera que mentionner les systèmes de protection sociale, encore très peu développés, en soulignant le rôle qu'ils pourraient jouer à l'avenir (18).

(14) A. Griffiths, « Les médicaments face à la crise », in *Santé, médicaments et développement*, op. cit.

(15) A. Sow, « Quels systèmes de soins pour l'Afrique », in *Santé, médicaments et développement*, op. cit., pp. 109-119.

(16) D.W. Dunlop, « Health Care Financing : Recent Experience in Africa », *Social Sciences and Medecine*, vol. 17, n° 24, 1983,

pp. 2017-2025.

(17) *Médicaments, industrie française et tiers monde*, document SNIP (Syndicat national de l'industrie pharmaceutique), Paris, 1986.

(18) T. Nkanagu, « L'expérience africaine en matière de sécurité sociale », *Revue internationale de sécurité sociale*, 38, n° 2, 1985, pp. 131-153.

Les aides extérieures contribuent fortement aux dépenses de santé en Afrique. Dans quelques cas, plus de 50 % des lits d'hôpitaux sont gérés par des missions ou des organismes humanitaires. Les salaires du personnel sont fournis soit par le gouvernement, soit directement par les agences. Il faut noter que l'aide publique au développement n'augmente plus, à l'exception des aides d'urgence. La part de la santé reste modeste : environ 4 % de l'aide publique au développement. De plus, cette aide reste toujours principalement consacrée aux investissements immobiliers, aux équipements et à la formation de personnel qualifié. La majorité des États n'auraient pu consentir ces investissements eux-mêmes, mais les dépenses récurrentes entraînées par ces investissements ont rarement été prévues, nombre de ces projets ne sont donc adaptés ni aux possibilités financières d'absorption, ni aux capacités de gestion des pays receveurs (19).

Enfin les contrats des grandes sociétés étrangères, en particulier minières, leur imposent en général de fournir des prestations sociales incluant des services médicaux. Ces structures sont souvent les plus modernes du pays et sont entièrement financées par les sociétés, mais l'accès est limité aux travailleurs et à leurs familles ; par conséquent, seul un très faible pourcentage de la population en bénéficie.

La contribution exacte de chacun des partenaires au financement du système de santé est assez mal connue. A titre d'exemple, le tableau suivant montre la répartition au Zimbabwe : 50 % des cliniques et des lits d'hôpitaux y sont gérés par le gouvernement et 25 % seulement des médecins reçoivent leur salaire de l'État. Dans d'autres pays au contraire, l'État est le premier, voire l'unique employeur. En Guinée, seuls deux hôpitaux et quelques dizaines de médecins sont gérés et financés par des sociétés minières. Jusqu'à une époque récente, le secteur privé était interdit et les ONG et les aides bilatérales quasiment absentes (20).

André Laurent a tenté de regrouper les dépenses relatives à la santé et de déterminer la dimension économique et financière de ce secteur au Rwanda (21). Celui-ci absorbe cinq fois plus de moyens que ne l'aurait laissé croire l'examen du seul budget de la santé publique. Les aides étrangères apportent 64 % des moyens totaux. Alors que le budget laisse penser que la valeur financière des services de santé ne correspond qu'à 1,2 % du PNB, la valeur réelle

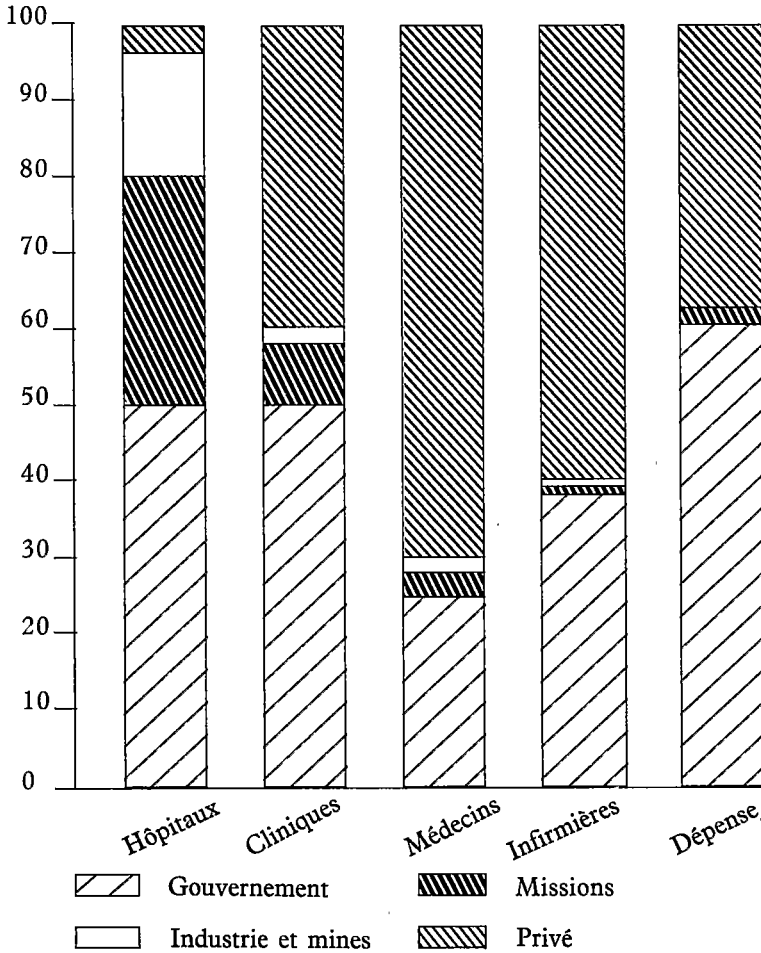
(19) A. Laurent, « Incohérences, irrationalité et paradoxe des politiques de santé », in *Santé, médicaments et développement*, op. cit., pp. 233-240.

(20) A. Crouan, A. Destexhe, « Rapport de mission exploratoire en Guinée Conakry »,

Paris, Médecins sans Frontières, 1986, 26 p, dactyl.

(21) A. Laurent, *Financement et dépenses de santé : Rwanda et Togo*, Genève, Institut Sandoz, 1982, 86 p.

FIGURE III
LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU ZIMBABWE
(1980-1981)



Sources : *Financing Health Services in Developing Countries*, Washington, The World Bank, 1987.

équivalait en fait à 5,5 %. Au Togo, la dépense totale de santé par habitant s'élevait en 1979 à 3 889 F CFA (environ 80 FF). Le gouvernement y contribuait pour 52,4 %, les ménages pour 27,8 %, les organismes internationaux pour 3,2 %, l'aide bilatérale pour 13,2 % et les ONG pour 2,7 %.

Où trouver de nouvelles ressources ?

En publiant la stratégie de « la santé pour tous en l'an 2000 », l'OMS estimait à environ 10 dollars par an et par personne les dépenses nécessaires pour que chacun puisse bénéficier de soins de santé primaires (22). On en est loin dans la majorité des pays africains et l'objectif « santé pour tous » est reporté à des lendemains meilleurs (23). L'absence de ressources économiques introduit une contrainte incontournable. Il n'est pas réaliste de tabler sur une augmentation des aides extérieures, sur une privatisation des services de santé ou sur une reprise rapide de la croissance économique qui générerait des revenus supplémentaires (24). Les ressources devront être principalement trouvées dans les pays (25).

Les États pourraient d'abord réaliser des économies : en équilibrant les compressions budgétaires entre le personnel et les médicaments, en programmant à long terme les achats de médicaments du secteur public par des appels d'offre internationaux. Certains programmes sont d'ores et déjà remis en question. Le fonctionnement satisfaisant d'unités de santé villageoises s'avère financièrement inabordable pour la plupart des pays d'Afrique. Les estimations montrent que leurs coûts s'élèvent au minimum de 5 à 10 dollars par an et par habitant, ce qui signifie que la totalité des budgets devrait être réorientée vers ces programmes pour qu'ils soient efficaces (26). Il en est de même du Programme élargi de vaccination (PEV). L'infrastructure, la logistique et le personnel font souvent défaut (27). Le PEV est un programme particulièrement attrayant, puisqu'il permet d'obtenir de larges financements extérieurs (UNICEF, ...). Les pays doivent néanmoins supporter près de 50 % des coûts totaux dont la presque totalité des frais de personnel. Le lancement d'un PEV implique des charges financières importantes pendant plusieurs années. D'une manière générale, les États devraient être prudents avant de lancer de nouveaux projets, même s'ils reçoivent le label « santé primaire ». Ces projets, dont les résultats sont souvent aléatoires, pèseront lourdement sur les budgets futurs de la santé publique.

(22) *Global Strategy for Health for all by the Year 2000*, Genève, WHO, 1981.

(23) *Santé : politique sectorielle*, Washington, Banque mondiale, 1980, 96 p. ; *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*, op. cit.

(24) D. de Ferranti, « Stratégies pour le financement des services de santé dans les pays en développement », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, vol. 37, n° 4, 1984.

(25) L.M. Howard, « Où trouver l'argent pour donner la santé pour tous d'ici l'an

2000 », *Forum mondial de la santé*, vol. 2, n° 1, 1981.

(26) P. Knebel, *L'équipe de santé villageoise : manuel de planification, d'exécution et d'évaluation des projets de santé villageoise dans les pays du Sahel*, Paris, Club du Sahel, 1982, 168 p.

(27) Pour une discussion sur le PEV, voir M. Rey, « Le programme élargi de vaccination : succès et limites », in *Santé, médicaments et développement*, op. cit., pp. 139-146.

La participation financière des populations

Au lendemain des indépendances, les pays ont considéré la santé comme un domaine prioritaire du développement national. L'accès aux soins médicaux était considéré comme un droit et devait être accessible à tous. En conséquence, les services de santé sont encore théoriquement gratuits dans la plupart des pays du continent (28). Tant que l'État voyait ses ressources augmenter, il ne rechignait pas à fournir ces prestations. Mais avec la crise, la qualité s'est détériorée : aujourd'hui, l'État n'a plus grand-chose à offrir et la fourniture de médicaments se fait de plus en plus rare. Les services demeurent théoriquement gratuits, mais le service rendu est minime, voire nul. Les dispensaires sont vides, la population n'a plus confiance et fuit littéralement le système officiel pour recourir aux marchés parallèles et à la médecine traditionnelle.

La restauration de la confiance passe par le rétablissement de la qualité des services à leur niveau antérieur. Une notion aussi complexe que celle de la crédibilité d'un système de santé dépasse de loin la simple approche économique, on se contentera ici de quelques considérations sur les avantages d'une participation des populations aux coûts des soins.

Le paiement des actes médicaux suscite toujours de grandes appréhensions. Les adversaires de cette pratique mettent l'accent, à juste titre, sur les faibles revenus des populations et sur le service social que constitue la santé.

En fait, il semble que devant l'absence d'autres possibilités (augmentation du rôle de l'État, des aides internationales...), seul le paiement partiel des actes de santé pourrait rendre un minimum de qualités à des prestations médicales de plus en plus vides de contenu (29).

Les populations peuvent-elles payer et à quel prix ? Les populations africaines consacrent des sommes considérables aux médecines dites traditionnelles. Il n'est pas rare que l'équivalent de plusieurs mois de revenus passe dans ces pratiques. De plus, une part importante de la population dispose d'un minimum de revenu monétaire ou de la possibilité de s'en procurer auprès de proches. Les familles préfèrent souvent payer les actes médicaux à condition de recevoir quelque chose en échange. Une participation financière présente en fait de nombreux avantages (30). D'abord, elle génère des revenus pour le système de santé permettant de couvrir une partie des coûts de fonctionnement, comme l'achat de médicaments.

(28) *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*, op. cit.

(29) D. de Ferranti, *Paying for Health Services in Developing Countries : -an Overview*,

Washington, The World Bank, 112 p.

(30) *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*, op. cit.

Ensuite, un tel système pourrait s'avérer, paradoxalement, plus avantageux pour les populations démunies : actuellement les catégories sociales privilégiées ne payent pas les soins et elles bénéficient en priorité des prestations gratuites des services publics. Les personnes démunies devraient être les seules exemptées du paiement des soins. Enfin, des services payants éviteraient certains abus dans l'utilisation des services de santé et favoriseraient une meilleure utilisation des différents niveaux du système de santé (dispensaires, hospitalisations...). Le prix de la consultation, de l'hospitalisation ou des médicaments ne devrait pas nécessairement couvrir les coûts totaux : l'État pourrait payer le personnel et les investissements, alors que les participations individuelles supporteront les frais de fonctionnement et de réapprovisionnement en produits pharmaceutiques.

L'État ayant fait la preuve de ses faibles capacités de gestion, cette partie devrait nécessairement être décentralisée au niveau des régions, voire au niveau des dispensaires ou des hôpitaux. Des expériences de financement partiel de dispensaires sont menées dans divers pays, avec succès. Au Niger, la coopération belge a démontré qu'avec 100 F CFA (2 FF) par consultation, l'ensemble des frais d'achats de médicaments d'un dispensaire pouvaient être couverts (31). En Guinée, à Kouroussa, préfecture de 130 000 habitants, les consultations et les hospitalisations (malgré le coût élevé de ces dernières) ont été multipliées par cinq depuis que l'approvisionnement en médicaments est assuré (avec le concours d'une ONG) à un prix qui permet de couvrir une partie des frais de fonctionnement. Cette intervention a relancé des services de santé devenus agonisants et désertés, faute de rendre le moindre service aux malades (32). D'autres pays ont ébauché des réformes allant dans ce sens, souvent à l'instigation de la Banque mondiale (33).

Il est clair que cette réforme implique une transformation importante des attitudes actuelles, tant de la part des médecins que des patients. En particulier, il faudra que médecins et infirmiers acceptent de s'impliquer dans la gestion, ce qui n'est jamais simple, surtout en Afrique. Bien sûr, ce n'est pas la panacée ; mais l'alternative est désormais la suivante : ou les services médicaux sont théoriquement gratuits et accessibles à tous, mais démunis de tout, ou ils sont partiellement payants pour ceux qui le peuvent, afin d'essayer de fournir un minimum de médicaments aux patients.

Alain Destexhe

Médecins sans Frontières

Liberté sans Frontières

(31) « Recherches opérationnelles sur les soins de santé primaires », Niamey, projet RESSFOP, coopération médicale belge, 1986, dactyl.

(32) J.-P. Lamarque, « Rapport trimestriel

d'activités dans la préfecture de Kouroussa », Conakry, Médecins sans Frontières, 1986, dactyl.

(33) *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform, op. cit.*