

# Allégement de la dette et dépenses publiques dans les pays pauvres très endettés

*Sanjeev Gupta, Benedict Clements,  
Maria Teresa Guin-Siu et Luc Leruth*

L'INITIATIVE en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ) a été le premier effort de grande envergure lancé par la communauté internationale, en 1996, pour réduire la dette extérieure des pays les plus pauvres du monde. Elle est allée au-delà des initiatives antérieures de réduction de la dette en incluant les dettes envers les créanciers multilatéraux comme le FMI et la Banque mondiale et en inscrivant l'allégement de la dette dans un cadre global de lutte contre la pauvreté. Les améliorations apportées à cette initiative en 1999 ont encore resserré les liens entre allégement de la dette, réduction de la pauvreté et politiques sociales.

L'objectif fondamental de l'initiative renforcée est de canaliser les ressources publiques libérées par l'allégement de la dette dans des programmes de réduction de la pauvreté. Dans les programmes actuellement négociés par le FMI et la Banque mondiale avec les pays pouvant être admis à obtenir un allégement de leur dette, les dépenses de l'État au titre de services publics qui touchent directement les pauvres, tels que prévention sanitaire et enseignement élémentaire, augmenteront.

Fin mai 2001, des allègements de dette avaient été engagés pour 23 des 41 pays recevables : Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guyana, Honduras, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nicaragua, Niger, Ouganda, Rwanda, São Tomé-et-Principe, Sénégal, Tanzanie, Tchad et Zambie. À ce stade, dit «point de décision», un allégement intérimaire de la dette est mis à la disposition de ces 23 pays, sous réserve qu'ils remplissent certaines conditions. Cet allégement intérimaire est fourni par le FMI et la Banque, et par d'autres créanciers à leur discrétion. Au point d'achèvement — où les pays ont pu faire état de l'application de politiques conformes à ce qui a été déterminé au point de décision —, tous les créanciers fournissent le reste de l'allégement de dette convenu.

## **Diminution du service de la dette**

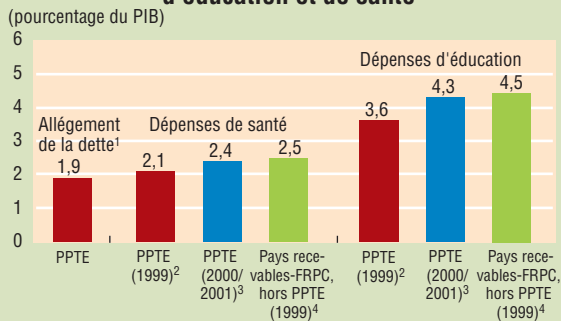
Les pays qui obtiennent un allégement de leur dette dans le cadre de l'initiative renforcée devraient voir leurs paiements de service baisser en moyenne de 1,9 point de pourcentage du PIB entre 2001 et 2003 par rapport à ce qu'ils ont payé en 1998–99 (graphique 1). Sur la base d'une moyenne pondérée par le PIB de chaque pays, les paiements de service diminueront de 1,6 point. Les économies réalisées sur le service de la dette pourraient être considérables pour certains pays — pour le Guyana, par exemple, elles seront en moyenne de 9 % du PIB par an dans les années qui viennent.

Il se peut toutefois qu'une partie de l'allégement de la dette des PPTÉ n'apparaisse pas immédiatement dans les budgets des pays bénéficiaires. Par exemple, un allégement de la dette envers le FMI peut ne pas apparaître initialement dans les comptes budgétaires du pays s'il échoit à la banque centrale plutôt qu'au budget (sauf dans les pays de la zone franc CFA). Par conséquent, les pays pourraient devoir créer des comptes spéciaux à la banque centrale pour identifier l'épargne liée à l'initiative afin qu'elle puisse être transférée au budget à titre de don. De même, certaines entreprises publiques pourraient bénéficier de l'allégement de la dette sous forme d'un amortissement de leur dette garantie par l'État, mais cet amortissement n'apparaîtra pas dans le budget de l'État à moins que le montant ainsi économisé y soit transféré.

## **Mesures de réduction de la pauvreté**

L'emploi des fonds économisés à la suite de l'allégement doit être guidé par la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP), laquelle est définie dans un document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Le DSRP détermine les conditions de l'accès aux prêts concessionnels du FMI et de la Banque mondiale. Les pays élaborent leur stratégie en collabora-

Graphique 1  
Allègement de la dette des PPTE et dépenses d'éducation et de santé



Sources : autorités nationales et FMI.

<sup>1</sup>Réduction du service de la dette annuelle en 2001-03. À l'exclusion de São Tomé-et-Principe.

<sup>2</sup>19 des 23 PPTE ayant atteint le point de décision en mai 2001.

<sup>3</sup>14 pays dans le cas des dépenses de santé et 13 pays dans le cas de l'éducation.

<sup>4</sup>19 pays recevables à bénéficier des ressources de la facilité pour la réduction de la pauvreté et pour la croissance du FMI.

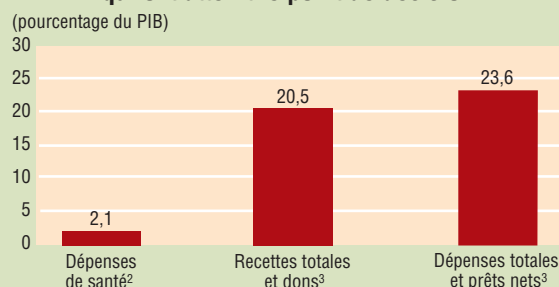
tion avec le FMI et la Banque mondiale ainsi qu'avec la société civile et les partenaires du développement. Mis à jour chaque année, le DSRP décrit les politiques macroéconomique, structurelle et sociale prévues pour des programmes d'ajustement de trois ans destinés à promouvoir la croissance et à réduire la pauvreté. Les stratégies sont axées sur les résultats de façon à encourager les pays à adopter des politiques qui débouchent sur des améliorations tangibles et mesurables du bien-être des pauvres. À ce jour, cinq PPTE ont établi des DSRP définitifs. Les autres ont articulé leur stratégie dans des DSRP intérimaires.

Les DSRP des 23 pays qui sont arrivés au point de décision comprennent tous des mesures destinées à développer l'accès des pauvres aux soins de santé primaires et préventifs et à l'enseignement élémentaire. Certains DSRP prévoient aussi une augmentation des dépenses affectées à l'eau et à l'assainissement (9 pays), aux routes et à leur entretien (7 pays) et au développement rural (8 pays), et certains comprennent des programmes de logement pour les défavorisés et des mesures de renforcement des filets de protection sociale.

Les fonds libérés par l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative PPTE renforcée seront considérables relativement aux budgets actuels et passés de la santé et de l'éducation. L'économie annuelle de ressources équivalant à 1,9 point de pourcentage du PIB représente, en moyenne, environ 50 % et 90 %, respectivement, des dépenses publiques d'éducation et de santé en 1999 dans les pays qui ont atteint le point de décision. En fait, les dépenses — de santé, notamment — au titre de programmes de réduction de la pauvreté pourraient augmenter d'un montant encore supérieur à celui des ressources dégagées par l'initiative. Pour les 23 pays qui ont atteint le point de décision, les dépenses et les recettes publiques totales (dons compris) sont estimées à 24 % et 21 %, respectivement, tandis que les dépenses de santé sont estimées à 2,1 % du PIB pour 1999 (graphique 2). En réorientant la répartition des dépenses publiques en faveur des programmes de réduction de la pauvreté, le processus du DSRP pourrait accroître les crédits budgétaires alloués à ces programmes.

Les possibilités d'augmentation des dépenses de santé dans les PPTE sont vastes. Bien que ceux qui ont atteint le point de décision aient fortement accru leurs dépenses de santé en valeur réelle par habitant depuis le milieu des années 80 (graphique 3), ces dépenses demeurent inférieures à celles

Graphique 2  
Recettes et dépenses totales et dépenses de santé dans les PPTE qui ont atteint le point de décision<sup>1</sup>



Sources : autorités nationales et estimations des services du FMI.

<sup>1</sup>1999 ou données disponibles les plus récentes.

<sup>2</sup>Pour 19 des 23 PPTE ayant atteint le point de décision.

<sup>3</sup>Pour tous les PPTE ayant atteint le point de décision, sauf São Tomé-et-Principe.

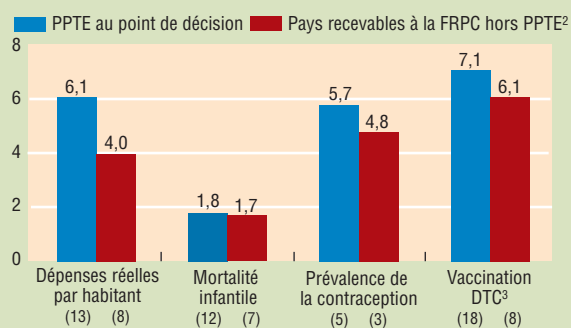
d'autres pays à faible revenu. En 1999, par exemple, les pays hors PPTE qui pouvaient bénéficier d'un allègement de dette au titre de la facilité pour la réduction de la pauvreté et pour la croissance (FRPC) du FMI ont dépensé au titre de la santé environ un demi-point de pourcentage du PIB de plus que les PPTE qui ont atteint le point de décision. En 1999, les PPTE n'ont consacré à la santé qu'environ 9 % des dépenses publiques totales, dans une fourchette allant de 3 dollars par personne à Madagascar à 35 dollars en Bolivie et au Guyana.

Étant donné l'urgence des besoins de santé dans nombre de PPTE et le défi que représente le VIH/sida, il serait tentant de faire valoir que la totalité de l'aide aux PPTE devrait aller à une augmentation des dépenses publiques de santé. Certains — dont Jubilé 2000, dans une déclaration conjointe de Jeffrey Sachs et Ann Pettifor en mai 2000 — ont recommandé à cette fin la mise sous séquestre dans un fonds spécial du service de la dette actuellement acquitté par les PPTE. Cependant, même si des améliorations des indicateurs de la santé sont l'objectif le plus important de la politique publique, il pourrait ne pas être souhaitable d'affecter à la santé la totalité des fonds libérés par l'allègement de la dette des PPTE. D'autres programmes de dépenses publiques — eau et assainissement, nutrition et éducation des femmes en âge de se reproduire — pourraient être plus bénéfiques à la santé des pauvres.

En outre, il n'est pas justifié de se focaliser exclusivement sur l'augmentation des dépenses de santé dans les PPTE pour améliorer les indicateurs de la santé. Si ceux-ci se sont améliorés, en moyenne, dans les PPTE depuis le milieu des années 80 (graphique 3) — bien qu'à partir de faibles niveaux —, des dépenses publiques de santé plus élevées n'ont pas toujours été associées à une amélioration des indicateurs sociaux. Cela tient en partie aux inefficacités de ces dépenses et à l'allocation de crédits de santé à des activités qui ont relativement peu d'effets sur les indicateurs sociaux et le bien-être des pauvres, comme les soins curatifs. Des études de l'incidence des avantages confirment la faiblesse disproportionnée de la part des dépenses publiques de santé dont les pauvres bénéficient dans les PPTE (graphique 4). Aussi une stratégie globale visant à améliorer les performances en matière de santé doit-elle être centrée non pas seulement sur l'obtention de ressources supplémentaires pour la santé publique, mais aussi sur l'élimination de ces inefficacités des dépenses et la réallocation des fonds aux programmes le plus bénéfiques pour les pauvres, comme les programmes de soins prénataux et de vaccination.

Graphique 3

### Variation annuelle, en pourcentage, des dépenses de santé et des indicateurs sociaux, 1985–99<sup>1</sup>



Sources : Banque mondiale, base de données des indicateurs du développement dans le monde, 2000; autorités nationales; estimations des services du FMI.

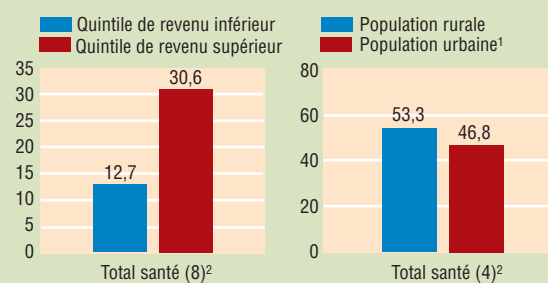
<sup>1</sup>Amélioration moyenne entre la première année, depuis 1985, où le pays a lancé un programme appuyé par le FMI et l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles. Nombre de pays entre parenthèses.

<sup>2</sup>Économies en transition non comprises.

<sup>3</sup>Diphthérie, tétanos, coqueluche.

Graphique 4

### Incidence des avantages des dépenses publiques de santé dans les PPTE (en pourcentage des dépenses totales)



Source : Hamid R. Davoodi and Sawitree Sachjapinan, "How Useful Are Benefit Incidence Studies?" IMF Working Paper series (Washington: International Monetary Fund) (à paraître).

Note : Les données remontent au début des années 90 et portent sur l'année la plus récente pour laquelle elles sont disponibles.

<sup>1</sup>Dans les pays constituant l'échantillon, un quart de la population en moyenne vit dans des zones urbaines.

<sup>2</sup>Nombre de pays entre parenthèses.

Soucieux de ces considérations, maints pays ont centré leurs DSRP sur des mesures visant à rendre les dépenses sociales (de santé notamment) plus efficaces et à réaffecter les dépenses dans chaque secteur en faveur des pauvres. Les SRP visent généralement à améliorer la qualité et à élargir la couverture des services de santé publique, en insistant sur la prévention (voir l'encadré). Pour atteindre ces objectifs, les PPTE s'engagent à accroître les dépenses affectées aux programmes de santé. Cependant, compte tenu des considérations évoquées ci-dessus, les ressources dégagées par l'allègement de la dette seront allouées à un large éventail de programmes de réduction de la pauvreté, et les dépenses du secteur de la santé doivent augmenter en moyenne de 0,4 point de pourcentage du PIB entre 1999 et 2000/01 — moins que le montant total de l'allègement de la dette des PPTE.

Au-delà de l'effort d'amélioration de la répartition et de l'efficacité des dépenses sociales, les PPTE ont à surmonter un certain nombre d'autres obstacles s'ils veulent atteindre leurs objectifs de réduction de la pauvreté. La croissance économique — l'un des fers de lance de la lutte contre la pauvreté — doit être portée à un niveau largement supérieur à sa moyenne historique dans bien des pays, et il faut aussi remédier aux contraintes de capacité dans les secteurs sociaux pour arriver à accroître fortement la prestation de services sociaux au cours des prochaines années.

### Contrôle de l'emploi des fonds dégagés par l'allègement

Il est crucial que l'allègement de la dette se traduise par une augmentation des dépenses publiques liées aux programmes de réduction de la pauvreté et que les fonds soient affectés aux objectifs visés et bénéficient aux pauvres. Dans ce contexte, toutes les dépenses au titre de la lutte contre la pauvreté, et non pas seulement celles qui sont associées à l'initiative, doivent être contrôlées. Les objectifs sont d'accroître les dépenses des programmes de lutte contre la pauvreté et la part des dépenses publiques totales consacrée à ces programmes.

Ce contrôle suppose d'identifier les dépenses de réduction de la pauvreté dans le contexte de la SRP de chaque pays. À court terme, l'analyse de la réorientation des dépenses en faveur de programmes plus centrés sur les pauvres devra

porter sur des estimations approximatives des dépenses de l'administration centrale par fonction (comme l'éducation et la santé). Cependant, dans une catégorie donnée — la santé, par exemple —, ces estimations ne distingueront pas les dépenses destinées à aider les pauvres d'autres types de dépenses (comme les soins hospitaliers dans les centres urbains). Les pays sont donc encouragés à fournir des données plus détaillées. À mesure qu'elles seront disponibles à la faveur d'améliorations de la nomenclature budgétaire, il sera plus facile pour les pays de suivre les dépenses au titre des services sociaux de base fournis aux pauvres (tels que l'enseignement primaire et les soins de santé préventifs).

Le suivi des dépenses au titre des programmes de réduction de la pauvreté nécessitera d'améliorer les systèmes de gestion des dépenses publiques (GDP) et de renforcer les programmes d'assistance technique fournie par les institutions et donateurs internationaux. À court terme, cela implique des mesures pragmatiques visant à améliorer l'identification et la déclaration des dépenses au titre des programmes de réduction de la pauvreté sur la base des systèmes de GDP existants. À moyen terme, des améliorations de plus vaste portée seront nécessaires en ce qui concerne l'élaboration, l'exécution et le suivi du budget.

L'objectif ultime du contrôle des dépenses dans le cadre des programmes de lutte contre la pauvreté est de vérifier qu'elles bénéficient réellement aux pauvres. La simple affectation de dépenses supplémentaires à ces programmes ne suffira pas pour assurer la réduction souhaitée de la pauvreté. Les pays doivent aussi contrôler l'exécution et l'impact des programmes. À cet égard, il pourrait être utile de contrôler l'incidence des avantages résultant des programmes de santé et de mener des enquêtes périodiques afin de déterminer si l'emploi des fonds budgétaires atteint le but recherché.

Il serait aussi plus facile d'évaluer l'efficacité des programmes si les pays amélioraient leurs données sur les indicateurs sociaux. Ces données sont établies peu fréquemment, ce qui contribue à la difficulté d'évaluer l'impact des dépenses. Moins de la moitié des DSRP des pays qui ont atteint le point de décision fournissent des données sur au moins quatre des six indicateurs de la santé (taux de mortalité infantile, juvénile et liée à la maternité, pourcentage d'accouchements assistés par des personnes qualifiées, prévalence de la contraception et pré-



**Sanjeev Gupta (au centre) est le chef, et Benedict Clements, chef adjoint de la Division de la politique des dépenses publiques, du Département des finances publiques du FMI. Maria Teresa Guin-Siu est économiste principale à la même division.**

valence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans utilisés par les institutions internationales pour le suivi des progrès du développement des pays pauvres (voir *Un monde meilleur pour tous : poursuite des objectifs internationaux de développement*, rapport publié par le FMI, la Banque mondiale, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation des Nations Unies). Dans leur DSRP, plus de la moitié des 23 PPTE font état de contraintes qui empêchent un suivi quelque peu précis des indicateurs sociaux et indiquent qu'il y a encore du travail à faire dans ce domaine. Des données plus à jour et complètes seront utiles pour renforcer les stratégies de réduction de la pauvreté du fait que les pays pourront obtenir plus rapidement des informations en retour sur les tendances des indicateurs sociaux et sur l'impact des programmes sur ces indicateurs.



**Luc Leruth est économiste principal à la Division de la gestion des finances publiques du même département.**

Outre l'obtention de données fiables et détaillées, les PPTE devront compléter les ressources mises à leur disposition dans le cadre de l'initiative renforcée en mobilisant des recettes intérieures pour s'assurer un financement adéquat à long terme des programmes de lutte contre la pauvreté. Ils devront, pour cela, améliorer leur gouvernance et l'administration fiscale — tout en se dotant d'institutions mieux à même de contrôler les dépenses publiques — afin de relever durablement le niveau

de vie de leurs citoyens les plus défavorisés. Ils devront aussi élaborer des stratégies de lutte contre la pauvreté qui soient propices à une croissance économique élevée, laquelle sera indispensable pour garantir que le fardeau de la dette extérieure demeure soutenable par rapport à la taille de l'économie. **F&D**

*Pour plus de détails sur l'initiative en faveur des PPTE, consulter le site <http://www.imf.org/external/np/hipc/hipc.htm>, et sur les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), <http://www.imf.org/external/np/prsp/2001/042001.htm>.*

*Pour plus d'informations sur les objectifs internationaux de développement, voir *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation*, rapport publié par l'OCDE en 1996. En 2000, le FMI, la Banque mondiale, l'OCDE et l'Organisation des Nations Unies ont publié ensemble *Un monde meilleur pour tous : poursuite des objectifs internationaux de développement*.*

## Mesures relatives à la santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté

Dans leurs documents de stratégie de réduction de la pauvreté, les 23 pays pauvres très endettés qui ont atteint le point de décision ont énoncé leurs principaux objectifs en matière de santé et les mesures devant être prises dans ce sens.

### *Élargissement de la couverture des soins et de l'accès aux soins, en particulier pour les pauvres*

- accroître l'offre de médicaments essentiels en rendant les produits génériques plus abordables et en améliorant leur distribution, vaccins compris (Cameroun, Malawi, Mauritanie, Niger et São Tomé-et-Príncipe);
- instituer un programme de services de santé minimums couvrant les soins de base, les soins prénataux et les vaccinations (Burkina Faso, Sénégal et Tanzanie);
- fournir une assurance maladie de base (Bolivie);
- développer les infrastructures de santé (Bénin, Bolivie, Mauritanie et Sénégal);
- augmenter le nombre des personnels de santé (Burkina Faso).

### *Améliorer la santé publique*

- sensibiliser la population aux problèmes sanitaires et intensifier les efforts de diffusion de l'information relative à la santé (Mozambique);
- promouvoir l'immunisation et accroître le taux de vaccination (Guinée-Bissau, Mali, Niger et Ouganda);

- renforcer les programmes de lutte contre les maladies infectieuses (Malawi et Mauritanie);
- éduquer les mères sur la nutrition et les méthodes de planning familial (Bénin, Bolivie, São Tomé-et-Príncipe et Tanzanie);
- enrayer la propagation des maladies sexuellement transmissibles au moyen de programmes d'éducation et de campagnes de sensibilisation sur la transmission de ces maladies (Bolivie, Burkina Faso, Cameroun, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mozambique et Rwanda).

### *Améliorer la qualité des services de santé*

- dispenser une formation à tous les personnels de santé (Guyana, Niger, Rwanda et Tanzanie);
- améliorer le parcours de carrière des personnels de santé (São Tomé-et-Príncipe);
- adopter un système d'évaluation annuelle des performances dans le secteur de la santé (Bénin);
- moderniser le secteur de la santé en accroissant la participation du secteur privé (Nicaragua);
- améliorer la gestion des hôpitaux (São Tomé-et-Príncipe);
- décentraliser les services (Malawi, Nicaragua et São Tomé-et-Príncipe).