

**GROUPE DE RECHERCHE SUR LA PAUVRETE  
ET LE DEVELOPPEMENT EN MAURITANIE  
( GREPADEM)**

**QUELS INDICATEURS DE SANTE FAUT-IL PRIVILEGIER DANS CSLP POUR  
CONTRIBUER A L'ACCUMULATION ET A LA PRESERVATION DU  
CAPITAL HUMAIN EN MAURITANIE ?**

---

**Communication au colloque de Bordeaux  
sur la pauvreté et le Développement Durable  
(22 – 23 Novembre 2001)**

**Présentée au nom du groupe de recherche sur la pauvreté et  
le développement en Mauritanie par :**

**M. FAH OULD BRAHIM OULD JIDDOU, Doctorant au  
C3ED, Université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines, -  
France**

**Mots clés :**

Capital Humain, Capital santé, capital social, accumulation, préservation, pauvreté, développement humain durable, développement socialement durable.

## **RESUME**

Si les notions de capital humain et de capital social ont fait l'objet de développement au cours de ces dix dernières années, celui de capital santé demeure insuffisamment exploré. Or le lien entre capital santé et la lutte contre la pauvreté est plus en plus une préoccupation. L'accumulation et la préservation du capital santé des individus ou groupes d'individus sont des composantes du développement humain et jouent désormais un rôle clé dans les stratégies de lutte contre la pauvreté (CSLP). En Mauritanie des progrès importants ont été enregistrés dans la santé avec un impact réel sur la réduction de la pauvreté, mais un défi reste à relever pour identifier des indicateurs à court terme (6 mois) qui pourront mesurer l'accumulation et la préservation du capital santé. En effet la mise à jour du CSLP une fois tous les six mois nécessite de disposer dans une optique de la réduction de la pauvreté d'autres indicateurs que ceux retenus actuellement qui seraient susceptibles de mieux rendre compte de ces progrès enregistrés. Certaines pistes pour le choix de ces 'nouveaux' indicateurs ont été identifiées dans la présente communication. Dans le cas où l'accumulation du capital santé peut participer à lutter contre la pauvreté, il serait utile d'étudier les facteurs qui contribuent à sa préservation. D'où l'urgence de poursuivre l'approfondissement du rôle du capital santé dans la lutte contre la pauvreté. Par conséquent il apparaît que la réflexion sur l'accumulation et la préservation du capital santé méritent plus d'attention. En définitive l'issue du débat que nous souhaitons réside dans la réponse à la problématique suivante : en quoi détenir un capital santé permet-il à un individu ou groupe d'individus de lutter contre la pauvreté en général et de façon plus spécifique comment cette santé s'accumule et se préserve ?

## **INTRODUCTION**

La présente communication a pour objectif d'étudier l'accumulation et de la préservation du capital santé, en tant que composante du capital humain, et le rôle de ce capital dans la lutte contre la pauvreté en Mauritanie. Elle se veut une contribution au débat sur les liens entre capital santé et la lutte contre la pauvreté perçue comme un phénomène multidimensionnel où les indicateurs sociaux occupent une place de plus en plus importante.

Ceci nous amènera à s'interroger sur l'accumulation et la préservation du capital santé et à voir s'il peut constituer ou non un facteur de lutte contre la pauvreté dans une optique de développement socialement durable.

L'ensemble de ces questions sera examiné à partir de l'étude des indicateurs de santé retenus dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté(CSLP) élaboré en 2000 en Mauritanie.

Dans la première partie de ce travail nous essayerons de définir les principaux concepts utilisés avant d'analyser le capital humain et le capital santé et leurs relations avec la lutte contre la pauvreté en général. Nous intéresserons, également, à la problématique de l'accumulation et de la préservation du capital santé.

Dans la deuxième partie de ce travail nous verrons dans quelle mesure les indicateurs de

santé retenus dans le CSLP permettent de contribuer à l'accumulation du capital santé comme moyen de lutte contre la pauvreté. Dans ce cas ou cette l'accumulation du capital peut lutter contre la pauvreté, il serait utile d'étudier les facteurs qui contribuent à sa préservation. Ceci nous conduira à analyser la relation du capital santé et du capital social d'une part et le rapport entre capital santé et environnement, socio-sanitaire et économique d'autre part.

## **PREMIERE PARTIE : CAPITAL HUMAIN ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE**

### **A. Définitions des Concepts**

*Le capital humain :*

Au début on entendait par capital Humain l'accumulation en matière de connaissances grâce à l'éducation et à la formation. (Becker 1964) La notion de capital humain a été progressivement élargie aux aspects liés à la santé.

*Le capital santé :*

Le capital santé est la dotation de l'individu d'une nutrition adéquate et d'un suivi sanitaire régulier au cours du cycle de sa vie. Il se traduit par une espérance de vie plus élevée et une meilleure condition physique et psychique.

*Développement Humain :*

Il offre une alternative de pensée et d'actions moins abstraite et mieux centrée sur la vie des individus en tant qu'êtres sociaux disposant d'un capital social, humain et physique qu'ils doivent utiliser pour répondre à leur aspiration (longue vie en bonne santé, accès aux stocks de connaissance accumulés, tirer avantages de ses connaissances pour mener une vie descente ( G.S. ADWUSI, 2001)

*Capital Social:*

Il retrace les relations qui unissent des gens, au travers des normes, des institutions ou des réseaux qu'ils entretiennent. Il intègre également les associations, les réseaux ainsi que d'autres types de liens. Les formes du capital social varient d'un pays à un autre et d'une société à une autre en fonction des cultures, des traditions...etc..

Il se définit comme un ensemble de ressources accessibles grâce à un réseau de relations. (J.Ballet 2001).

## **B. Capital Humain ( Education et formation) et lutte contre la pauvreté**

Les dotations des individus ou des groupes sociaux en terme d'éducation et de santé accroissent leur capacité au développement socio-économique (emploi, productivité, participation à la vie économique et politique).

L'accumulation du capital éducatif est devenue aujourd'hui un des facteurs clés dans la lutte contre la pauvreté. En effet, le niveau d'éducation est sensé prédisposer l'individu à une meilleure participation dans la vie économique et sociale. Les études ont montré qu'en Afrique subsaharienne la rentabilité de l'éducation sur le plan personnel est substantielle car elle se traduirait par une majoration salariale de 8% à 10% par année de scolarité (Van Der Gaage Vijverberg, 1987). La rentabilité de la scolarisation a été estimée à 41 % pour le fondamental, 27% pour le secondaire et 28% pour le supérieur en Afrique (Psacharopoulos 1994) ce qui montre l'importance de l'éducation de base qui présente un rendement supérieur aux pauvres.

Le rôle de l'éducation est de plus en plus affirmé, en effet, grâce à l'éducation et à la formation les individus développent les capacités de mieux gagner leur vie donc lutter contre la pauvreté à travers l'accès à l'emploi, au logement et à des conditions d'hygiène et de santé meilleure ( A.SEN, 2000).

Les études ont montré que le niveau de formation des couples éduqués ont des impacts directs sur la taille du ménage, l'éducation et la santé de leur enfant et la gestion rationnelle des ressources familiales. Le niveau de formation demeure aussi important dans l'insertion des individus à la vie politique et culturelle car il accroît leur capacité à améliorer leur condition de vie.

Ainsi, le capital humain, est considéré comme facteur majeur au même titre que le physique et les ressources naturelles dans l'accroissement de la production des richesses. L'importance du capital humain dans la croissance peut être illustrée par les progrès accomplis par des pays comme le Japon, Taiwan, la Corée du Sud qui ont y ont consacré des ressources nécessaires. Il s'avère ainsi que l'investissement dans l'éducation est essentiel pour reculer la pauvreté en particulier dans les pays en développement.

Si le niveau d'éducation est important pour la réduction de la pauvreté, il demeure étroitement dépendant du capital santé accumulé par l'individu qui détermine la capacité de celui-ci à utiliser ces compétences améliorées pour lutter contre la pauvreté (durée de l'activité, revenu, etc.).

## **C. Capital santé et lutte contre la pauvreté**

Le capital santé est tributaire de trois paramètres essentiels relatifs au niveau du revenu de l'individu, son comportement et l'environnement sanitaire ( J.P. LACHAUD, 1999). L'état de santé de l'individu est déterminant, en partie, dans l'accès aux sources de

revenus à la participation aux activités du groupe et à l'insertion dans les tissus économiques et sociaux porteurs.

A cet effet, la contribution de la santé dans la lutte contre la pauvreté se fait à travers l'amélioration de la santé de la population avec un accent particulier pour les groupes les plus pauvres par des services de santé de proximité qui soient accessibles (coût du service) par les pauvres d'une part et leur implication dans la planification, la gestion et le suivi des activités de santé.

Toutefois, l'environnement sanitaire est une variable déterminante qu'il faut tenir compte dans une dimension sanitaire de lutte contre la pauvreté. Car il y a une corrélation entre le niveau de vie, l'état de santé et le type d'habitat.

Les effets de la santé en matière de contribution à la lutte contre la pauvreté est perceptible au niveau de la pauvreté des conditions de vie d'une part et celle des potentialités. Dans le domaine de la lutte contre la pauvreté des conditions de vie, la santé joue un rôle par l'amélioration de la qualité de la vie par la disponibilité et l'accès à des soins préventifs et curatifs de qualité favorisant santé meilleure.

Quand à la lutte contre la pauvreté des potentialités, la santé favorise l'accumulation du capital santé grâce aux soins de santé primaire et particulièrement la vaccination et la nutrition chez les enfants et les femmes.

L'enquête sur la perception de la pauvreté en Mauritanie (PNUD, 2000) ressort que la maladie, le handicap et l'incapacité de se soigner sont perçus comme d'importants signes de pauvreté et sont classés prioritaires par rapport à l'éducation. Cette importance dans la hiérarchisation de la santé par rapport à l'éducation, reflète probablement un déficit dans l'offre des services de santé car l'enquête ressort que la construction d'un dispensaire dans une communauté donnée serait mieux accueillie qu'une école.

Le rôle de la santé dans la lutte contre la pauvreté est perceptible à travers une bonne situation nutritionnelle de la population et particulièrement chez les groupes les plus démunis car cela leur confère la possibilité de développer leur potentiel physique et mental et de s'intégrer à la vie économique donc réduire de manière durable la pauvreté. Il est relativement facile de gagner sa vie donc sortir de la pauvreté si l'individu est en bonne santé vigoureux et instruit d'où le lien étroit entre pauvreté et santé. Par conséquent, pour faire face à la pauvreté, il importe de disposer des capacités telles qu'une bonne santé, une bonne nutrition et bonne instruction qui constitue un capital humain doté d'un potentiel lui permettant de relèvement de son revenu et dont du niveau de vie.

On déduit de ce qui précède que l'amélioration du capital santé est cruciale pour réduire, la pauvreté et protéger les conditions d'existence des pauvres.

## **DEUXIEME PARTIE : ESSAI DE CONTRIBUTION AU DEBAT SUR LES NOTIONS D'ACCUMULATION ET DE PRESERVATION DU CAPITAL SANTE ET DE SON ROLE DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE A TRAVERS LE CAS DE LA MAURITANIE.**

Malgré l'importance du capital santé dans la lutte contre la pauvreté, celui a été peu étudié. L'orientation progressive des approches de lutte contre la pauvreté vers la dimension humaine accroît l'intérêt autour du rôle du capital humain dans la lutte contre la pauvreté et en particulier les dimensions santé jusqu'ici relégué au second plan dans les recherches sur le capital humain qui est resté essentiellement focaliser sur les composantes éducation et formations professionnelles.

Partant de ce constat, il apparaît opportun que soit étudiée la problématique du capital santé sous l'angle de l'accumulation et la préservation à travers les indicateurs du CSLP en Mauritanie.

### **A. Définition des Concepts**

*l'accumulation :*

Elle se réfère aux dotations des individus en terme de santé. Elle se fait à travers l'amélioration des indicateurs déterminants dans l'état de santé d'un individu. Le niveau d'accumulation du capital de santé peut être mesuré par un ensemble d'indicateur (espérance de vie à la naissance ) et par groupe (taux de mortalité).

*La préservation du capital santé :*

C'est la manière par laquelle un individu ou un groupe d'individu maintiennent durablement l'état de santé acquis. Cette préservation dépend fortement de l'environnement écologique, socio-sanitaire et économique de l'individu. Elle est, également, tributaire des comportements individuels ou collectifs qui peuvent contribuer à la détérioration de l'état de santé.

## **B. La question de l'accumulation et de préservation du capital Santé et lutte contre la pauvreté en Mauritanie.**

Le CSLP a retenu dans le domaine de la santé (8) indicateurs principaux pour améliorer l'état de santé de la population en vue de lutter contre la pauvreté. L'étude de ces indicateurs nous amené à s'interroger sur la "pertinence" des indicateurs face aux objectifs fixés, leur "sensibilité" en termes de capacité à retracer effectivement les évolutions, et leur "observabilité" à travers les méthodes d'investigation disponibles et les processus d'élaboration existants ou à mettre en œuvre ( DUBOIS, 2001) d'une part et voir dans quelle mesure contribuent –ils à l'accumulation et à la préservation du capital santé dans une optique de développement humain durable d'autre part.

En Mauritanie, le secteur de la santé fait face à des contraintes importantes liées au déficit en personnels et son inégale répartition entre les régions, une dépense en médicaments élevée, soit 0,85 US \$ par habitant alors que le taux d'utilisation des services de santé publique est le plus faible de la sous région, soit 0,19 visites par habitant et par an. A cela s'ajoute une faible allocation budgétaire aux programmes prioritaires de santé (Vaccination, Paludisme, santé de reproduction, et le SIDA ( prévalence 0,5%). Les principales causes de mortalité sont dues aux diarrhées, aux affections respiratoires et les maladies infectieuses

Au plan budgétaire, la dépense publique per capita n'est que l'équivalent de 8 dollars US par personne et par an, alors la norme mondiale est de 13 dollars ( Banque Mondiale). En proportion au PIB, la dépense de santé a progressé de 1.31% à 2.3% entre 1990 et 2001( Revue des Dépenses de la Santé, 2001).

Pour les prochaines années ( 2001-2004) les objectifs de la politique de santé en matière de réduction de la pauvreté visent à réduire la mortalité infantile et infanto- juvénile, à réduire la mortalité maternelle qui demeure très élevée (930 pour 100.000 naissances), à limiter des maladies transmissibles ( la prévalence du VIH qui doit rester en deçà de 1%) ainsi qu'à améliorer l'état nutritionnel des enfants et des femmes.

Ces indicateurs sont pertinents et calculés en général pour une année. Ils permettent, également, de comparer les situations sanitaires entre pays. Cependant, ils rendent difficilement compte des progrès enregistrés à très court terme (6 mois). Le processus de mis à jour des CSLP prévoit une évaluation semestrielle des actions programmées ce qui montre la nécessité que privilégier des indicateurs de processus pour répondre à ce besoin.

Les indicateurs de santé retenus dans le CSLP participent à l'accumulation et à la préservation du capital santé ; Ainsi, la réduction du taux de mortalité infantile se traduit par une amélioration de l'état de santé de ce groupe d'âge ce qui permet de préserver le capital santé et contribuer à son accumulation. Toutefois, d'autres indicateurs, qui ne sont

pas privilégiés dans le CSLP, il nous semble néanmoins pertinent, eu égard, à leur rôle dans l'accumulation. Il s'agit notamment de la vaccination contre les maladies cibles pour les enfants comme la vaccination contre l'hépatite B chez les adultes. Cette accumulation par la vaccination ne peut être suffisante car l'état nutritionnel reste nécessaire pour consolider cette accumulation.

Quant à la préservation de la santé accumulée, elle reste tributaire de l'environnement sanitaire, social et économique de l'individu. A cet effet, d'autres facteurs tels que l'habitat précaire, le manque d'eau potable, le manque de revenu, et les comportements nuisibles à une bonne santé constituent les risques pouvant abîmer le capital santé accumulé par l'individu. Le faible taux d'utilisation des services publics de santé en Mauritanie, soit 0,19 visites par personne et par an, malgré un taux de couverture géographique de 80% dans un rayon de 10km, interpelle sur la question de la sensibilisation des populations (IEC) quand lien entre la préservation et l'accumulation du capital santé et amélioration des conditions de vie des populations.

Dans cette perspective, il convient de réfléchir sur la prise en compte des indicateurs de prise de conscience des populations quant à la nécessité de se soigner pour accumuler et préserver son capital santé ce qui facilite à l'individu son intégration aux activités économiques et sociales.

## **CONCLUSION**

Le phénomène de la pauvreté est multidimensionnel et de plus en plus la dimension humaine devant ressortir comme facteur déterminant pour lutter contre la pauvreté. A cet effet, il apparaît certain que la santé joue un rôle primordial dans le développement du capital humain. Sans une bonne santé les autres composantes du capital humain ne sauraient se développer et contribuer à la lutte contre la pauvreté, donc le capital humain ne limite pas uniquement à l'éducation.

Comme le CSLP constitue le cadre de politique économique et sociale de lutte contre la pauvreté qui est mis à jour tous les ans, il importe de s'interroger sur les indicateurs de santé qui y sont retenus. Ceci a permis de constater que les indicateurs actuels sont généraux et difficiles à suivre pour des raisons de la faiblesse du système d'information statistique d'une part et la difficulté de mesure en temps court (annuelle). Par conséquent, il importe d'inclure des indicateurs de programmes tels que la vaccination, les carences en fer chez les femmes enceintes, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le nombre de Consultation Périnatale, etc. Ces indicateurs de programmes permettent facilement de lutter contre la pauvreté et améliorer l'état de santé des populations cibles et accroître l'accumulation et la préservation du capital humain si une politique de sensibilisation et d'implication des populations dans la prise en charge de leur santé est mise en œuvre.

## **Références Bibliographiques**

- Jean-Pierre LACHAUD, Ménages et genre en Afrique Subsaharienne, Série de recherche 3, CED, 1999.
- Mbaya KANKWENDA, L.J.GREGOIRE, LEGROS, OUEDRAOGO, La lutte contre la pauvreté e Afrique subsaharienne, Edition Economica, 1999.
- PNUD, Rapport Mondiale sur le développement Humain 1997.
- MSAS, Cadre Budgétaire á Moyen terme 2002-2004, juillet 2001.
- Cadre Stratégique de Lutte contre la pauvreté, MAED, 2000.
- Jean- Luc DUBOIS et Mamadou Cissoko « Réduction de la pauvreté et développement Humain Durable : Indicateurs de suivi du CSLP Observatoire et rapport national, Equipe de recherche », Juillet 2001.
- OND, Enquête Démographique et de Santé, ORC Macro International, Juillet 2001.
- Banque Mondiale, l’Afrique peut-elle revendiquer sa place dans le 21ième siècle ?, Washington. D.C, Juin 2000.