

Impact du capital humain sur la productivité et la pauvreté dans le secteur agricole au Cameroun

Par

Jules Médard Nana Djomo
(Université de Yaoundé II, Cameroun)



Rwenge Mburano

RÉSUMÉ

L'objectif premier de ce travail de recherche est d'évaluer l'impact du capital humain sur la productivité et la pauvreté. La méthodologie requise s'articule en trois étapes : la première consiste, d'une part, à mesurer l'inégalité d'accès aux soins de santé publique à partir de la construction des différentes courbes de Lorenz, et, d'autre part, en la spécification de la demande de soins pour rendre compte des facteurs qui influencent le choix du secteur de consultation. La seconde conduit à la construction du modèle à équations simultanées permettant d'estimer l'influence de l'état de santé sur le temps de travail agricole. La troisième consiste en la spécification du modèle logit ordonné qui permet d'apprécier l'effet de l'état de santé sur la pauvreté. Les résultats les plus probants obtenus à partir de nos données d'enquête auprès des ménages agricoles des zones rurales sont les suivants :

Les agriculteurs les plus démunis ont un taux d'accès aux soins dans les structures publiques de santé relativement

égal à celui des agriculteurs les plus riches. Toutefois, un agriculteur non scolarisé présente une probabilité de 99,99 % plus faible de se faire consulter dans le secteur public par rapport à un agriculteur du niveau supérieur. Par ailleurs, un agriculteur en bon état de santé a une possibilité supérieure de 46 % d'augmenter son temps de travail agricole à celui d'un agriculteur en mauvais état de santé. Cependant, augmenter son temps de travail agricole engendre un risque de 60,83 % de détériorer son état de santé. En outre, un agriculteur souffrant de la méningite enregistre une diminution de sa probabilité de 33,03 % de ne pas être pauvre par rapport à un agriculteur ne souffrant pas de cette maladie. Pendant qu'un agriculteur en bon état de santé a une possibilité supérieure de 38,46 % d'être non pauvre par rapport à un agriculteur en mauvais état de santé. Le mot d'ordre du millénaire étant de réduire considérablement la pauvreté et la faim au Cameroun d'ici à 2015, ces résultats soulèvent la nécessité indéniable pour les pouvoirs publics de doter davantage les agriculteurs en capital-santé.

Mots clés : Capital-santé, Temps de travail, Pauvreté, Agriculteurs.

SIEGE SOCIAL

TrustAfrica
Lot 87, Sacré Coeur 3
Pyrotechnie x VDN
BP 45435
Dakar-Fann, Senegal

T +221 33 869 46 86
F +221 33 824 15 67
E info@trustafrica.org
W www.trustafrica.org

Le Fonds de Recherche sur le Climat d' Investissement et l'Environnement des Affaires (CIEA) est une initiative conjointe de TrustAfrica et du CRDI.

INTRODUCTION

Xénophon disait que « l'agriculture est la mère de tous les arts : lorsqu'elle est bien conduite, tous les autres arts prospèrent ; mais lorsqu'elle est négligée, tous les autres arts déclinent, sur terre comme sur mer ». Pour l'avoir négligée, le monde se trouve avec 852 millions de sous-alimentés, dont quelque 200 millions en Afrique (Diouf 2004). L'Afrique est le seul continent où la production agricole par habitant a baissé au cours des vingt-cinq dernières années. C'est aussi le continent où l'agriculture a énormément souffert de politiques erronées ou inadaptées, aussi bien durant la période coloniale que dans un passé plus récent. L'Afrique, où les moins de 15 ans représentent environ 45 % de la population, devra nourrir une population qui était estimée à 832 millions en 2002 et qui passera à plus de 1,8 milliard en 2050. La croissance annuelle de la population du Cameroun, de 3,2 % en moyenne, est significativement plus élevée que le taux de croissance annuel moyen de la production agricole. Ceci implique que l'autosuffisance alimentaire décline et que l'offre alimentaire doit de plus en plus être garantie par les importations. Le PNB moyen par tête dans le secteur agricole compte pour seulement un quart du PNB moyen par tête de la population totale. Ceci explique pourquoi le secteur agricole a la réputation d'avoir un faible potentiel en termes de revenus et n'attire pas les travailleurs qualifiés, tandis que la migration des zones rurales vers les zones urbaines s'intensifie.

Perceptible dans les années 2000, la crise alimentaire s'est accentuée en 2007 et s'est traduite en février 2008 par d'intenses manifestations sociales résultant notamment de la flambée des prix des denrées alimentaires provoquée, entre autres, par l'urbanisation grandissante. Face à cette menace, la Banque mondiale (2007) a replacé l'agriculture au centre de ses préoccupations dans son rapport sur le développement : « pour l'heure, la Banque se soucie essentiellement d'améliorer le climat de l'investissement rural en vu de diversifier la production à forte valeur ajoutée qui améliore le revenu des paysans et favorise l'émergence des systèmes d'innovations agricoles impulsés par le marché. »

Par ailleurs, le développement du Cameroun est limité par un fort déficit en termes de services sociaux essentiels comme la santé. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus faibles d'Afrique subsaharienne. À cet égard, **quelle est l'influence de l'état de santé sur la productivité et la pauvreté des agriculteurs ruraux au Cameroun ?** Cette question principale renvoie aux questions spécifiques suivantes : qu'en est-il de l'inégalité d'accès et de la demande de soins ? Quel est l'effet de l'état de santé sur la capacité de travail agricole ? Quelle est l'incidence de l'état de santé sur la pauvreté des agriculteurs ?

Perceptible dans les années 2000, la crise alimentaire s'est accentuée en 2007 et s'est traduite en février 2008 par d'intenses manifestations sociales résultant notamment de la flambée des prix des denrées alimentaires provoquée, entre autres, par l'urbanisation grandissante.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'influence de l'état de santé sur la productivité et la pauvreté des agriculteurs ruraux au Cameroun. Il s'agit spécifiquement de :

- Mesurer, d'une part, l'équité d'accès aux soins et, d'autre part, la demande de soins ;
- Quantifier l'impact de l'état de santé sur la capacité à travailler ;
- Évaluer l'incidence de l'état de santé sur la pauvreté.

MÉTHODOLOGIE

L'interrogation fondamentale formulée dans la problématique émane des recherches théoriques et empiriques existantes ainsi que des observations faites dans le contexte camerounais. Pour y trouver des réponses, une démarche empirique est indispensable. Aussi, au regard de l'objectif principal

et des objectifs spécifiques, les analyses portent sur des données individuelles recueillies auprès des ménages dont le chef de famille est cultivateur et le principal enquêté. Les unités statistiques enquêtées ont été les ménages agricoles (cultivateurs). Par conséquent, dans chaque région choisie, il a été question d'enquêter auprès des ménages ruraux. Ainsi, en tenant compte des taux d'activité agricole et en utilisant un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur tolérable de 3 %, la taille de l'échantillon est évaluée à 218 pour l'Adamaoua, 360 pour le Centre, 336 pour le Littoral et 384 pour l'Ouest.

Pour l'accès aux soins dans les structures publiques de santé, il s'agit de décrire les inégalités par les taux de recours aux soins et leur coût mesuré par les dépenses au titre de soins personnels ou au titre de la santé. Par ailleurs, la demande de soins de santé est mesurée à partir d'une équation où le choix du secteur de consultation (public, privé formel et informel) est expliqué par des facteurs tels que le coût de consultation et le niveau d'éducation, le sexe et l'âge du chef de ménage.

Quand on observe une corrélation entre mauvais état de santé et pauvreté, on ne sait pas distinguer ce qui procède d'un effet propre de la santé sur l'activité (je travaille moins parce que je suis malade) du fait que la pauvreté peut affecter la santé. Ce problème se pose avec acuité dans le cas des pays en voie de développement : quand les ressources sont proches du niveau de subsistance, le revenu disponible joue fortement et rapidement sur l'état de santé, notamment parce qu'un faible revenu signifie moins d'accès aux denrées alimentaires et donc des problèmes de santé liés à la sous-nutrition. Constaté une corrélation positive entre état de santé et revenu ne dirait donc rien quant à l'impact propre de la santé sur la capacité de travail (Haveman *et al.* 1994). Il s'agit en effet de la méthode des variables instrumentales ; les variables exogènes des autres équations étant les instruments.

RÉSULTATS ET CONCLUSION

D'une part, les agriculteurs les plus démunis ont un taux d'accès à la santé à peu près égal à celui des agriculteurs les plus riches. Mais, les agriculteurs ruraux consacrent très peu de leur revenu à la demande de soins. D'autre part, le coût de consultation apparaît comme le principal facteur de la demande de soins. Ceci étant, le supplément d'une unité du coût de consultation entraîne les agriculteurs dans le secteur informel pour leur besoin de santé. L'existence du secteur informel est un palliatif aux coûts liés à la demande de soins. Les personnes les plus démunies prennent un

S'agissant de l'influence de l'éducation de la personne responsable du ménage, Schultz (1984) avance que l'éducation a un impact direct sur l'acquisition des connaissances en matière de santé et d'hygiène.

itinéraire thérapeutique informel. Compte tenu non seulement des hypothèses théoriques posées sur les déterminants de la demande de soins, mais aussi sur les enseignements tirés par d'autres applications dans les pays en développement (Bitran *et al.*, 1986 ; Mwabu *et al.*, 1993), il est en premier lieu opportun de tenir compte des facteurs économiques qui conditionnent la décision principale de recours effectif aux soins des malades. Les travaux de GoM (Government of Mozambique, 2000a, 2000b) montrent bien que la demande de soins du secteur formel est fortement dépendante du niveau de vie des ménages. Toutefois, un agriculteur non scolarisé présente une probabilité de 99,99 % plus faible de consulter dans le secteur public par rapport à un agriculteur du niveau supérieur. S'agissant de l'influence de l'éducation de la personne responsable du ménage, Schultz (1984) avance que l'éducation a un impact direct sur l'acquisition des connaissances en matière de santé et d'hygiène. En outre, un agriculteur non scolarisé présente une opportunité inférieure de 99,99 % de choisir le secteur privé pour ses besoins de consultation par rapport à un agriculteur du niveau supérieur. Kenkel (1994) montre que les individus à bas revenus ont aussi plus souvent un niveau d'éducation plus bas. Les individus déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières (Bocognano *et al.* 1999).

Un agriculteur en bon état de santé a une possibilité supérieure de 46 % d'augmenter son temps de travail à celui d'un agriculteur en mauvais état de santé. Cependant, augmenter son temps de travail entraîne un risque de 60,83 % de détériorer son état de santé. Grossman (1972) a suggéré que l'individu investit dans sa santé entre autres pour éviter les journées de maladie non-travaillées. Stern (1996) trouve que l'état de santé a un impact important car conduisant à une réduction moyenne de la durée travaillée de 20 % environ. Toutefois, lorsque le revenu augmente de 1 %, le temps de travail s'allonge de 0,22 %. Ainsi, une augmentation du revenu supposerait une intensification du temps de travail.

En outre, un agriculteur souffrant de la méningite enregistre une diminution de sa probabilité de 33,03 % de ne pas être pauvre par rapport à un agriculteur ne souffrant pas de cette maladie. Pendant qu'un agriculteur en bon état de santé a une possibilité supérieure de 38,46 % d'être non pauvre par rapport à un agriculteur

en mauvais état de santé. Les pauvres sont ceux qui sont davantage sujets à la maladie et qui ont un accès limité aux services de soins (Banque mondiale 2002). Le rôle de la santé dans l'élévation du revenu a été vérifié dans une série d'études macroéconomiques (Mayer 2001a ; 2001b).

Lorsque l'accès aux soins de santé est universel, c'est-à-dire accessible à une grande partie de la population, le rendement social est plus grand, car la présence des maladies réduit les capacités physiques à travailler plus longtemps et à être performant. En revanche, la santé accroît les performances agricoles et, ce faisant, améliore le revenu des ménages. Pour accroître le bien-être des ménages agricoles pauvres, il faut davantage insister sur leur capacité à accéder au capital humain. Se doter en capital humain ne serait pas dans ce cas une dépense mais un investissement dont la rentabilité se mesurera dans le futur.

IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS

Les ménages agricoles en général, et les plus pauvres en particulier, attribuent une très faible partie de leur revenu aux soins de santé. Ces ménages préfèrent consulter en priorité dans le secteur public, suivi du secteur informel. Très peu d'entre eux s'adressent au secteur privé formel. Le coût des consultations constitue la raison principale de ce choix. Il semble que dans le secteur privé, les coûts de consultation sont les plus élevés. Ceci étant, le secteur informel, devenant de plus en plus important, le gouvernement devrait assister techniquement, organiser et subventionner ce secteur de manière à le rendre formel, parce que le secteur public ne peut couvrir tous les besoins de soins des populations, ceci est encore plus vrai en milieu rural où les centres sanitaires et les personnels de soins sont insuffisants.

Dans leur politique de relance agricole, les décideurs publics devraient prendre à bras le corps le problème d'accès aux soins des agriculteurs car leur activité est directement liée à leur capacité physique. En d'autres termes, les autorités publiques, en facilitant l'accès aux soins aux agriculteurs, améliore leur état de santé ce qui permet d'accroître le temps de

travail agricole et donc d'augmenter la production agricole. Il convient donc pour les pouvoirs publics de doter davantage les cultivateurs en capital-santé si l'objectif du millénaire est de réduire considérablement la pauvreté et la faim au Cameroun d'ici à 2015.

Ainsi, le gouvernement devrait apporter un soutien matériel, financier et logistique aux ménages agricoles pauvres des zones rurales pour les permettre un accès réel aux services de santé, d'éducation, de formation et de groupement d'intérêt commun. Ne dit-on pas qu'un individu bien éduqué, bien formé, en bonne santé et appartenant à une communauté d'aides mutuelles est une main-d'œuvre plus qualifiée capable d'une plus grande productivité, d'un plus grand rendement, et donc d'un revenu plus élevé ?

Il est donc impérieux de comprendre l'énorme avantage, pour les producteurs de biens agricoles, de permettre aux Camerounais vivant en dessous du seuil de pauvreté de devenir des consommateurs avec un réel pouvoir d'achat. La sous-alimentation affaiblit les capacités physiques et cognitives, favorise la progression de nombreuses maladies et entraîne une forte baisse de la productivité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Banque mondiale, 2002, *The ABC's of Early Child Development* (Benefits and Costs section), Washington DC.

Banque mondiale, 2007, *Rapport sur le développement dans le monde 2008 : L'agriculture au service du développement*, Washington DC.

Bitran, R.A., and McInnes, D.K., 1986, "The demand for health care in Latin America", *EDI Seminar Paper*, 46, Economic Development Institut of World Bank, 54 p.

Bocognano, A., Dumesnil, S., Frerot, L., Grandfils, N., Le Fur, Ph. et Sermet, C., *Santé, soins et protection sociale en 1998*, Enquête. Série résultats, CREDES, décembre 1999, n° 1282.

Diouf, J., « Le développement agricole, un atout pour l'Afrique », *Le Monde diplomatique*, décembre 2004.

GoM, 2000a, *Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty*, Maputo.

GoM, 2000b, *Interim Poverty Reduction Strategy*, Maputo.

Grossman, M., 1972, "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, 80 (2), pp. 223-253.

Haveman, R., Wolfe, B., Kreider, B., and Stone, M., 1994, "Market work, wages and men's health", *Journal of Health Economics*, 13 (2), pp. 163-182.

Kenkel, D. S., 1994, "The demand for preventive medical care", *Applied Economics*, 26, pp. 313-325.

Mayer, D., 2001a, "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995", *Journal of International Development*, 13 (1), pp. 123-126.

Mayer, D., 2001b, "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America", *World Development*, 29 (6), pp. 1025-1033.

Mwabu, G.M., Ainsworth, M., and Nyamete, A., 1993, "Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis", *The World Bank Africa Technical Department Human Resources and Poverty Division Technical Paper*, 9, 36 p.

Schultz, T.P., 1984, "Studying the impact of household economic and community variables on child mortality", *Population and Development Review*, 10, pp. 215-235.

Stern, S., 1996, "Semiparametric estimates of the supply and demand effects of disability on labor force participation", *Journal of Econometrics*, 71, pp. 49-70.