

10

Malaisie : Développement social, réduction de la pauvreté et transformation de l'économie

Leong Choon Heng et Tan Siew Hoey

Introduction

La Malaisie a enregistré des résultats remarquables en matière de développement tant économique que social, notamment si l'on tient compte de la situation au moment de l'accession à l'indépendance en 1957. Le pays était alors en proie à de graves querelles communales et religieuses et à de profondes disparités économiques, qui divisaient la population et menaçaient la viabilité de la nouvelle nation. Les principaux groupes ethniques étaient les Malais (Bumiputra ou autochtones) qui représentaient 49,5 % de la population, les Chinois 37,2 % et les Indiens 11,7 %¹.

L'une des principales tâches à mener à bien en matière de développement social était d'intégrer le plus tôt possible la population, en particulier les autochtones, au secteur moderne de l'économie. Cette tâche était considérée comme une condition sine qua non pour l'édification de la nation. Les initiatives prises dans ce sens consistaient notamment à redistribuer la richesse nationale, par une croissance économique rapide plutôt que par l'expropriation pure et simple des actifs. Il a aussi fallu mettre en place un programme global pour assurer à la population, notamment aux personnes vivant dans les zones rurales, des services sociaux essentiels, tels que les soins de santé primaires et l'éducation de base.

Tout au long de l'histoire de la Malaisie, ses planificateurs ont réussi à échelonner au mieux un ensemble de politiques permettant de relever ces défis. Dans le présent chapitre, on a tenté de reconstituer l'expérience malaisienne et de présenter les efforts que déploie le pays en vue de réaliser simultanément ses objectifs sociaux et économiques. Pour ce faire, on a examiné les réformes successives menées en matière de politique de l'éducation, l'organisation de la prestation des services de santé dans les zones rurales et l'intégration de ces deux facteurs au développement de l'infrastructure rurale.

Transformation progressive de l'économie (1957-1990)

De 1960 à 1990, la croissance réelle du PIB en Malaisie est en moyenne légèrement supérieure à 6 % par an. Corrélativement, celle du PNB par habitant est en moyenne de 4 %, ce qui permet au revenu réel par habitant de tripler au cours de la période (voir Tableau 10.1). Dans le même temps, l'économie se transforme progressivement d'une économie basée sur la production agricole et minière en une économie dans laquelle la production manufacturière devient prédominante. La part de l'agriculture chute, passant de 40,7 % du PIB en 1960 à moins de 20 % en 1990 (voir Tableau 10.1).

La transformation de l'économie depuis l'indépendance s'est opérée en quatre phases :

1. Pendant la première phase (1957 à 1970), le gouvernement jette les bases d'un programme de développement rural. L'industrialisation est limitée à quelques industries de remplacement des importations. L'économie est relativement ouverte et les pouvoirs publics n'interviennent guère dans le secteur industriel.
2. La deuxième période (1971 à 1984) débute avec la mise en œuvre de la Nouvelle Politique Économique (NPE) en 1971 et elle est marquée par le début d'une planification à long terme sur une période de 20 ans. Le gouvernement est omniprésent et ses interventions s'étendent au secteur non agricole. Il lance un programme d'intégration active destiné à accroître la participation des Malais (Bumiputra) à l'emploi ainsi qu'à la prise de capital dans les secteurs modernes de l'économie. Cette stratégie est interrompue par la récession qui s'installe en 1984.
3. La troisième phase est un processus d'ajustement et de réformes économiques suscité par la récession de 1984. En 1985, l'économie enregistre un taux de croissance négatif de - 1 %. Le chômage passe de 5,8 % en 1984 à 8,3 % en 1986. Cette période est marquée par l'adoption de politiques de stabilisation et de réforme du marché.
4. Après 1987, la Malaisie connaît une période de croissance économique ininterrompue, qui atteint en moyenne 8 % par an. Cette croissance s'explique en partie par les niveaux élevés d'investissements étrangers.

Les politiques d'industrialisation de la Malaisie lui permettent de créer des emplois et d'accroître la production, ce qui a une incidence profonde sur le développement social, l'emploi dans le secteur industriel ayant contribué à élever les niveaux de revenu. L'essentiel de la croissance industrielle est dû à un accroissement des investissements plutôt qu'à une augmentation de la productivité, comme le révèle une étude de la Banque mondiale (*Le miracle de l'Asie de l'Est*). Cette stratégie était adaptée aux besoins des années 70 et des années 80, puisqu'il s'agissait de faciliter le passage de l'emploi rural à l'emploi industriel et de réaliser les objectifs de la NPE. La récession de 1984 à 1987 a également mis l'accent sur l'accroissement des investissements. Ce n'est qu'avec l'augmentation des coûts du travail au cours des années 90 qu'intervient un changement de politique visant à introduire des mesures propres à accroître la productivité et la compétitivité internationale des industries malaisiennes.

Bien que l'industrialisation soit déterminante pour la croissance économique de la Malaisie, le développement rural et la croissance agricole contribuent à élever le niveau de revenu et les conditions de vie de la population rurale. Au cours des années 60, il est impérieux de mettre l'accent sur le secteur rural, étant donné que la majorité de la population malaisienne vit dans les zones rurales et apporte un appui politique au parti au pouvoir; aussi, les trois premiers plans quinquennaux sont-ils axés sur l'amélioration des perspectives économiques dans les zones rurales.

Développement rural et création de revenus

La stratégie de développement rural donne la priorité à la diversification des cultures, l'ouverture et l'exploitation de nouvelles terres et l'accroissement de la productivité grâce à l'adoption de nouvelles techniques agricoles. Les problèmes économiques que rencontre la population rurale sont l'absence de perspectives d'emploi et les faibles niveaux de productivité, deux facteurs à l'origine de la faiblesse des revenus et de la pauvreté. La stratégie destinée à combattre ces problèmes dans les zones rurales est arrêtée plutôt par produit et consiste à fournir des apports aussi bien « indirects » que « directs » :

1. Travaux de drainage et d'irrigation; construction de routes et de ponts; expansion et amélioration des écoles et établissements sanitaires; et fourniture d'eau et d'électricité.
2. Activités de recherche agricole par les institutions et vulgarisation des résultats de ces travaux; crédit et commercialisation; et organisation des associations de producteurs.
3. Promotion de la structure d'incitation au moyen de mesures tarifaires et de subventions.
4. Réaménagement des zones agricoles existantes.
5. Ouverture de nouvelles terres à l'exploitation agricole.

Grâce à ces mesures, la Malaisie peut atteindre ses objectifs de production comme ses objectifs de financement au cours des deux premières décennies de développement agricole. Par exemple, la diversification des cultures à présent étendues au palmier à huile et, dans une moindre mesure, au cacao, contribue à élever et à stabiliser les revenus dans les zones rurales. Pour les terres actuellement en culture, telles que les zones de production de caoutchouc naturel et les rizières, une stratégie par produit est adoptée. La méthode principale consiste à lancer un programme de vulgarisation visant à multiplier les contacts avec les agriculteurs et à les persuader d'adopter de nouvelles techniques en vue d'accroître les rendements.

De même, il convient de souligner l'importance particulière accordée aux écoles et aux centres de santé des zones rurales en tant que partie intégrante de la stratégie de développement rural.

La Rubber Industry Smallholders' Development Authority (RISDA) est la principale institution responsable des petits producteurs de caoutchouc. Elle gère les subventions à la replantation accordées aux petits exploitants, définis comme ceux qui sont propriétaires d'une exploitation de moins de 40 hectares. Ses activités sont complétées par celles de la Federal Land Consolidation and Rehabilitation Authority (FELCRA) qui est chargée de regrouper les parcelles morcelées en unités plus grandes et

de bonifier les terres avec des cultures à haut rendement de manière à accroître l'efficacité des exploitations. Cette stratégie s'appuie sur un programme de recherche-développement exécuté par le Rubber Research Institute of Malaysia (RRIM). Les exploitations de palmiers à huile sont soutenues par le Palm Oil Research Institute of Malaysia (PORIM).

Dans les zones de rizières, les interventions consistent à mettre en place des mécanismes de soutien des prix et de subvention pour assurer un revenu minimal aux agriculteurs. L'office national de commercialisation joue également un rôle important en ce sens qu'il garantit l'achat de la production des agriculteurs. Outre qu'ils favorisent l'amélioration des terres déjà mises en culture, les programmes de développement rural portent également sur le défrichage, la culture et la colonisation de nouvelles terres. Ces programmes de colonisation sont exécutés par la Federal Land and Development Authority (FELDA).

Les programmes de promotion d'activités génératrices de revenus et de lutte contre la pauvreté dans les zones rurales ont tendance à être pluridimensionnels et comprennent des programmes de développement communautaire, d'alphabétisation des adultes, de conseils sur les soins à donner aux enfants, de nutrition et d'assainissement, ainsi que des initiatives visant à réorienter les attitudes et valeurs de la population rurale. Ces programmes de développement communautaire sont exécutés par l'intermédiaire d'institutions telles que la FELDA, la FELCRA et la RISDA. Le principe est de travailler par l'entremise de la structure institutionnelle traditionnelle afin d'amener les paysans à faire confiance aux programmes.

Il ne fait aucun doute que la politique gouvernementale entraîna une véritable transformation de l'économie rurale. L'intégration des groupes cibles au processus de modernisation s'accompagna d'un accès à d'autres éléments du bien-être, tels qu'un meilleur assainissement (accès à l'eau courante et à l'électricité), la sensibilisation à l'importance de l'éducation pour les enfants, et la socialisation aux normes des conditions de vie modernes. L'accent mis initialement sur le développement rural permit également d'éviter un exode rural prématuré avec les conséquences néfastes qu'entraîne ce phénomène qui semble affliger de nombreuses villes des pays en développement.

Lutte contre la pauvreté et équité sociale

Le succès des programmes de développement rural peut se mesurer à la façon dont ils contribuent à réduire la pauvreté et à promouvoir l'équité sociale. En ce qui concerne la lutte contre la pauvreté, l'incidence de l'action gouvernementale varie en fonction du type de culture. Dans le secteur du riz, les résultats n'ont pas été très encourageants tant du point de vue de l'efficacité que de l'équité sociale mais le nouveau programme de colonisation rurale de la FELDA s'est avéré meilleur. Dans l'ensemble, l'incidence du programme de la FELDA sur le développement rural et la création de revenus a été plus importante dans la mesure où ce programme porte sur de plus grandes superficies et où il existe une demande commerciale plus forte pour les cultures qu'il produit.

Par rapport aux terres nouvellement mises en exploitation, les zones actuellement en culture finissent par subir la pression démographique. La taille des exploitations impose inévitablement des limites aux initiatives de lutte contre la pauvreté, notamment dans le secteur rizicole et devient un facteur critique pour ceux qui pratiquent la monoculture. Les rizières étant de taille limitée, une famille a du mal à subsister sans bénéficier d'une subvention gouvernementale toujours plus importante. Avec le recul, on peut dire que les décideurs ont raté une occasion d'obliger les exploitants qui sont propriétaires de petites parcelles de terre dans leur région d'origine à accepter de les échanger contre des superficies plus grandes dans le cadre du nouveau programme de colonisation. Dans l'état actuel des choses, l'assistance au secteur rizicole ressemble davantage à un programme de maintien du revenu permettant seulement aux agriculteurs de rester juste au-dessus du seuil de pauvreté.

En 1985, selon les estimations de Tan (1989), les subventions au titre des engrais et des prix représentent ensemble 69 % du revenu par hectare. Sur la base des prix en vigueur et du minimum vital en 1982, un ménage de riziculteur a besoin de 1,7 hectare pour vivre au-dessus du seuil de pauvreté. Des niveaux de subventions de plus en plus élevés sont nécessaires pour maintenir le niveau de revenu des paysans. Heureusement, l'existence de possibilités de revenu en dehors de la ferme peut contribuer à réduire la dépendance du revenu des ménages vis-à-vis de la taille des exploitations. Cela implique que les solutions à la situation de pauvreté ne peuvent se fonder strictement sur une approche par produit.

Malgré la limitation mentionnée ci-dessus, les programmes de développement rural, impliquant la colonisation de nouvelles terres, la bonification et la consolidation des terres, l'amélioration et la diversification des cultures, la vulgarisation agricole, les subventions au niveau des prix et sous forme de moyens de production, et la fourniture de services ruraux, contribuent à réduire l'incidence de la pauvreté dans les zones rurales. Celle-ci chute considérablement, passant de 58,7 % des ménages ruraux en 1970 à 19,3 % en 1990 (voir Tableau 10.2). L'essentiel de la réduction se produit toutefois après le milieu des années 70, suite à l'adoption de la Nouvelle Politique Économique qui avait pour objectif de remédier aux déséquilibres économiques dans la société et d'éliminer la pauvreté.

La pauvreté dans les zones urbaines régresse également, passant de 21,3 % en 1970 à 7,3 % en 1990, du fait essentiellement des emplois créés par les pouvoirs publics et par les programmes d'industrialisation des années 70 et 80. Toutefois, la situation n'évolue pas pour certains groupes pauvres qui ne tirent pas parti des programmes d'activités rémunératrices. Cette situation conduit l'État à formuler, dans le cadre du sixième plan de la Malaisie (1991-1995), un programme spécial axé sur les pauvres résiduels afin d'éliminer totalement la pauvreté.

Il convient de rappeler que, dans le contexte malaisien, une réduction de la pauvreté est souvent interprétée comme une amélioration de l'équité sociale, ce qui n'est pas nécessairement le cas, puisqu'une réduction du nombre de pauvres peut être obtenue

grâce à la croissance sans qu'il y ait d'amélioration dans la répartition des revenus, notamment au sein d'un groupe ethnique.

Les revenus moyens et médians de la population s'améliorent sensiblement durant les années de développement économique. Au cours de la période allant de 1970 à 1979, les statistiques gouvernementales indiquent une croissance très rapide des revenus moyens et médians de la population autochtone (bumiputra), respectivement de 6,2 % et 6,7 % en moyenne (voir Tableau 10.3). Les taux de croissance sont plus élevés que pour les autres groupes ethniques. Cette tendance se poursuit jusqu'en 1984. Les années de récession, à partir de 1985, mettent toutefois un frein à la croissance des revenus. Celle-ci reprend après 1988, mais elle est alors plus élevée pour les groupes ethniques non autochtones, en raison peut-être de la réduction des programmes d'action en faveur des groupes défavorisés qui ont joué un rôle important dans la forte augmentation des revenus de la population autochtone.

Malgré les divers programmes publics, la répartition des revenus, mesurée par le coefficient de Gini, ne se rétrécit pas autant qu'en République de Corée et à Taiwan au cours des 20 dernières années. Le coefficient de Gini baisse, passant de 0,51 en 1970 à 0,44 en 1989 (voir Tableau 10.3). L'accent mis en particulier sur les programmes de croissance économique au cours de la période de la NPE vise également à éliminer la pauvreté et à remédier aux déséquilibres économiques d'ordre ethnique. L'objectif tendant à résoudre le problème de la répartition générale des revenus n'a qu'une importance secondaire. L'équité sociale n'est qu'un effet consécutif aux politiques de création de revenus et aux programmes en faveur des groupes défavorisés. Bien que la répartition de la richesse soit restée inéquitable, la population, notamment les groupes à faibles revenus, bénéficient d'une amélioration progressive de ses conditions de vie grâce aux politiques sociales mises en œuvre par les pouvoirs publics. La prestation de services sociaux étant indépendante du revenu individuel, de larges sections de la population ont accès aux services sociaux beaucoup plus tôt que si elle avait été fonction des revenus. Ainsi, l'universalisation des services sociaux améliore non seulement leur niveau de vie mais favorise également l'équité sociale.

Progrès constant en matière de développement social

Le pays connaît près de 40 ans d'amélioration continue des services sociaux. Les normes sanitaires s'améliorent sensiblement et l'éducation s'étend pratiquement à l'ensemble de la population. Par exemple, l'espérance de vie des hommes passe de 56 ans en 1957 à 69 ans en 1990, et celle des femmes de 58 ans à 74 ans. Cette augmentation intervient pour une grande part peu de temps après l'indépendance en 1957. Déjà en 1970, l'espérance de vie des hommes atteint 64 ans et celle des femmes 68 ans. De nombreux pays à revenu intermédiaire n'atteignent ce niveau qu'au début des années 80 (voir Rapport de la Banque mondiale, 1985, Tableau 1). L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une chute de la mortalité infantile, qui passe de 76 p. 1000 naissances vivantes en 1957 à 13 p. 1000 en 1990. Encore une fois, cette chute des taux intervient assez tôt.

Les résultats dans le domaine de l'éducation sont tout aussi remarquables. En 1990, presque tous les enfants âgés de 6 à 11 ans sont inscrits dans une école primaire (voir Tableau 10.4). En fait le taux de scolarisation brut dépasse 90 % à la fin des 10 premières années d'indépendance et il est comparable aux taux enregistrés dans de nombreux pays à revenu intermédiaire au milieu des années 60.

Il importe de noter que malgré les progrès remarquables accomplis dans les domaines de la santé et de l'éducation, le taux de croissance démographique reste plutôt élevé et se situe en moyenne à 2,5 % par an. Il n'y a pas de ralentissement spectaculaire de la croissance de la population conforme à la transition démographique normale. Du fait de l'expansion de l'économie, il n'est pas vraiment jugé urgent de limiter l'accroissement de la population. En fait, au cours des années 80, le premier ministre s'oppose aux initiatives visant à freiner la croissance démographique et s'attend à ce que la population, qui est d'environ 15 millions de personnes en 1980, atteigne 70 millions de personnes en 2100. Il convient de rappeler que la densité de la population malaisienne était non seulement l'une des plus faibles du monde (61 habitants au km²) mais encore inférieure de près de 50 % à celle de ses voisins, la Thaïlande (114 habitants au km²) et l'Indonésie (106 habitants au km²). Néanmoins, vue sous l'angle des terres arables, sa densité n'est pas aussi faible (470 habitants au km²)², ce qui signifie qu'il y a des limites à la politique nataliste.

L'expansion progressive des services de santé et d'éducation, notamment pendant les 20 premières années d'indépendance, permet à une population plus nombreuse d'avoir accès à ces services. Dans les années 90, les principales maladies, telles que le paludisme, la tuberculose et la diarrhée, et les causes de morbidité, telles qu'un assainissement médiocre et la malnutrition, qui sont associées à la pauvreté et au sous-développement, sont remplacées par des maladies de l'affluence, telles que les problèmes cardiaques et l'hypertension.

Prestation de services sociaux de base

L'amélioration des services sociaux s'explique davantage par le résultat des politiques sociales que par la croissance économique qui augmente le pouvoir d'achat de la population. L'augmentation des revenus et, par conséquent, de la demande ne garantit pas qu'une population, en particulier les populations vivant dans les zones rurales, aura accès à des services sociaux adéquats. Il est tout aussi important que les services soient accessibles mais aussi abordables. Les pouvoirs publics ont activement contribué à fournir directement aux populations des services essentiels tels que la santé et l'éducation.

On ne peut sous-estimer la contribution des investissements dans les domaines de l'éducation et de la santé au cours des années 50 et 60, antérieurement et (par la suite) parallèlement à la croissance et à l'industrialisation. Il importe de comprendre comment ces deux types de politiques ont été mises en œuvre simultanément.

Prestation de services d'éducation primaire³

Les résultats obtenus en matière d'augmentation des effectifs de l'enseignement primaire doivent être examinés en fonction du système d'éducation primaire qui existait sous l'administration coloniale. À cette époque, la responsabilité des services d'éducation primaire dans les langues vernaculaires, à savoir le chinois et le tamoul, et de l'éducation coranique incombe à chaque communauté ethnique. Dans les zones urbaines, les pouvoirs publics et les missions chrétiennes assurent un enseignement en anglais et, dans les zones rurales, seule une forme rudimentaire d'enseignement primaire est offerte aux Malais dans leur langue (Rapport Barnes, 1951).

Très tôt, on comprend que l'éducation universelle est nécessaire pour forger une nation à partir des éléments disparates de la nouvelle Fédération malaise. De même, en relevant le faible niveau d'instruction de la communauté malaise, on lui peut lui donner les moyens de devenir plus autonome. Telle est l'opinion de Tun Abdul Razak, qui est ministre de l'éducation au cours de ces premières années. Ainsi, Razak considère que l'objectif consistant à assurer « une place dans une école à chaque enfant né dans le pays » (Rapport Razak, 1956 : 28) fait partie intégrante des efforts déployés en vue d'élever le niveau de vie de la population rurale, essentiellement malaise. Ses propositions donnent des résultats remarquables, le gouvernement accompagnant son appui d'un apport de ressources considérables affectées au ministère de l'éducation.

Après l'indépendance, les pouvoirs publics lancent un ambitieux programme visant à unifier le système et en même temps à mettre en place les infrastructures nécessaires pour assurer l'éducation primaire à l'ensemble de la population, en particulier à la population rurale. En 1967, un peu plus de 10 ans après la publication du rapport Razak comprenant le plan d'action, 91 % de tous les enfants d'âge scolaire sont inscrits à l'école dans la Malaisie péninsulaire (voir Tableau 10.4).

Toutefois, l'augmentation des effectifs des écoles primaires n'est pas spectaculaire mais plutôt progressive, comme il ressort du Tableau 10.4. Entre 1956 et 1960, les effectifs augmentent d'un tiers environ. Par la suite, ils augmentent d'environ 12 % à 17 % par tranche de cinq ans jusqu'au milieu des années 70. L'augmentation est progressive car il existe souvent un écart entre la formulation d'une initiative tendant à élaborer des principes directeurs et son application. De même, des initiatives additionnelles et l'application échelonnée des politiques énoncées dans le rapport Razak contribuent à conserver l'élan d'une amélioration progressive.

Le rapport Razak jette les bases de la mise en place d'un système unifié d'éducation nationale dans une société multi-ethnique sans entraîner de graves conflits inter-ethniques tout en assurant l'éducation primaire à tous. L'adoption d'un système national ayant le malais comme principale langue véhiculaire à partir d'un système disparate fondé sur quatre langues différentes utilisées par les différents groupes ethniques peut être attribuée à la façon dont les politiques proposées dans le rapport sont formulées et appliquées. Le processus est lié à la normalisation et à la « malaisianisation » du système scolaire – programmes d'enseignement, manuels,

calendrier, langue véhiculaire, organisation et financement des écoles – ainsi que du corps enseignant.

Les décideurs, dès le départ, gardent à l'esprit la volonté de réduire au maximum les risques de conflits inter-ethniques. Les sensibilités des différentes communautés ethniques sont prises en considération dans la formulation des politiques. Le rapport Razak se propose de « rassembler les enfants de toutes les races dans un système d'éducation nationale dans lequel la langue nationale est la principale langue véhiculaire, tout en reconnaissant que les progrès dans ce domaine ne peuvent pas être précipités et doivent intervenir progressivement » (p. 3).

Chaque groupe racial avait exprimé vivement le souhait d'éduquer ses enfants dans la langue maternelle. Les parents voulaient être libres de choisir la langue véhiculaire pour l'éducation de leurs enfants. Aussi, plutôt que de contraindre toutes les écoles à utiliser la langue malaise, les pouvoirs publics rendent seulement obligatoire l'enseignement de celle-ci dans les écoles bénéficiant d'une subvention de l'État, et ce jusqu'au niveau du secondaire. Parallèlement, ils entreprennent de convertir les écoles primaires publiques malaises en écoles standard (et par la suite nationales) (rapport Razak, 1956 : 3 et 10). Il était prévu de convertir en écoles de type standard (et par la suite de type national) les écoles non malaises où l'enseignement était dispensé en anglais, chinois ou tamoul et qui bénéficiaient d'une aide de l'État. Les écoles de type standard ou national étaient celles qui enseignaient le programme national en anglais, chinois ou tamoul plutôt que dans la langue nationale. On permit aux écoles primaires indépendantes qui enseignaient dans les diverses langues communales de fonctionner sans l'aide des pouvoirs publics. Ainsi, les parents étaient libres de choisir la langue dans laquelle ils souhaitaient scolariser leurs enfants. Cette méthode progressive consistant à mettre en place de nouvelles écoles et à convertir les écoles existantes en écoles nationales de type standard où l'enseignement est dispensé en langue nationale facilita la transition et aida les communautés non malaises à accepter ces écoles.

La malaisianisation et la normalisation du programme d'enseignement sont également effectuées dans diverses langues ethniques. Des manuels et calendriers communs sont arrêtés pour toutes les écoles. Ainsi, quelle que soit la langue d'enseignement, tous les élèves apprennent la même chose de la même façon. En 1960, cette tâche est déjà pratiquement achevée.

Le gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de l'éducation, est la principale force à l'origine de l'augmentation des effectifs des écoles primaires. Il accroît fortement les dépenses consacrées à l'éducation, à laquelle il affecte une part considérable du budget de développement (voir Tableau 10.5).

Les écoles privées et celles partiellement financées par l'État ne disposaient pas des ressources nécessaires pour faire face à l'augmentation rapide de la demande en matière d'éducation. En définitive, pour obtenir une subvention des pouvoirs publics, elles doivent, pour la plupart, se transformer en écoles de type national, c'est-à-dire en

écoles suivant le programme national (même si la langue d'enseignement était le chinois ou le tamoul).

Le programme d'éducation pour tous ne pouvait réussir qu'avec suffisamment d'enseignants; seul le gouvernement pouvait fournir le nombre d'enseignants nécessaire à l'échelle nationale. Il a donc créé des instituts et des programmes de formation des enseignants du primaire. Le nombre d'étudiants inscrits dans les centres de formation des enseignants et écoles normales est multiplié par 2,5 entre 1957 et 1960 (ministère de l'éducation, différentes années). Le gouvernement contrôlant le corps enseignant, il pouvait envoyer les intéressés dans les zones rurales et reculées après leur formation pour qu'ils s'acquittent des obligations qu'ils avaient contractées.

Construire des écoles pour accueillir des effectifs plus importants était aussi une entreprise de taille. Le gouvernement participe directement à la construction des écoles primaires publiques malaises de type standard. Qu'elles soient administrées par l'État ou par des particuliers, ces écoles bénéficient d'une aide financière publique (Chew Tow Yow, 1973 : 105). Les écoles de langue chinoise ou tamoul et les écoles des missions chrétiennes, par exemple, reçoivent des subventions pour s'élargir.

Une autre initiative figurant dans le rapport Razak contribue à augmenter les effectifs des écoles primaires : la garantie d'un passage automatique dans la classe supérieure, ce qui encourage les élèves à rester à l'école. En 1960, la loi sur l'éducation est adoptée pour officialiser la volonté de garantir l'éducation primaire à tous. Toutefois, l'éducation n'était toujours pas obligatoire.

Le rapport Rahman Talib (1960), qui rendait l'éducation primaire gratuite dans toutes les écoles intégralement subventionnées à compter de 1962, marque un autre tournant important. Les premières années, les efforts visant à promouvoir l'éducation primaire pour tous sont entravés par les frais de scolarité. Avant le rapport Rahman Talib, les élèves devaient payer une contribution de 2,5 ringgit par mois dans les écoles primaires intégralement subventionnées et de 4 ringgit dans les écoles partiellement subventionnées, c'est-à-dire les écoles primaires de langue anglaise ou chinoise (Rapport Rahman Talib, 1960 : 23). L'enseignement était gratuit dans les écoles de langue chinoise et tamoule. Ainsi, la moitié seulement de tous les élèves du niveau primaire bénéficiaient d'un enseignement gratuit.

À la suite du succès de l'enseignement primaire, des pressions s'exercent en faveur de l'élargissement de l'enseignement secondaire. Le rapport Rahman Talib de 1960 recommande également d'élever le niveau de l'éducation, ce qui amène les autorités à se tourner vers l'enseignement secondaire. Selon le rapport « la première priorité en matière de développement de notre système éducationnel est d'élever l'âge de fin de scolarité, l'objectif étant de le porter à 15 ans » (P.19). En 1964, les autorités introduisent un système de passage automatique du niveau primaire au niveau secondaire, permettant ainsi à tous les élèves du primaire d'entrer à l'école secondaire. Ce progrès décisif est accompli en supprimant l'examen d'entrée à l'école secondaire auquel, jusque là, environ

70 % des élèves du primaire échouaient (ministère de l'éducation, 1970 : 73 ; Wong et Ee, 1971 : 99).

De ce fait, les effectifs des établissements d'enseignement secondaire augmentent de 146 % entre 1960 et 1965. Toutefois, le taux de transition du primaire au secondaire s'améliore plus progressivement, comme il ressort du Tableau 10.4. Ce n'est qu'au cours des années 80 qu'il dépasse 85 %.

L'expansion de l'enseignement secondaire exigeait une augmentation des allocations budgétaires. La plus forte augmentation intervient après 1969 lors de la création de plusieurs universités. Au cours des années 70 et 80, le gouvernement consacre entre 12 et 20 % de ses dépenses totales à l'éducation.

Un autre progrès remarquable est enregistré en matière d'égalité des sexes. Le rapport garçons/filles dans les effectifs des écoles primaires tombe de 1,55 en 1956 à 1,31 en 1960 et ce chiffre continue de s'améliorer, de sorte que la parité entre les sexes intervient vers la fin des années 70. Les progrès sont similaires au niveau du secondaire. Il n'y a pas de politique délibérée visant à accroître les effectifs féminins; la situation s'améliore naturellement, conséquence d'une politique non sexiste.

Le pragmatisme l'emporte sur les considérations idéalistes et nationalistes pendant les premières années de la réforme de l'éducation. On jugeait qu'il était plus important de scolariser tous les enfants, indépendamment de la langue véhiculaire, que de veiller à ce que l'enseignement leur soit dispensé dans la langue nationale. Afin de réaliser l'objectif de l'éducation primaire pour tous, toutes les écoles existantes, quelle que soit leur langue d'enseignement, devaient être mises à contribution. Ainsi, le taux de scolarisation n'a pas été freiné par le programme destiné à mettre en place un système national d'éducation en langue nationale.

Par la suite, l'État a recours à des subventions pour inciter les écoles à se transformer en écoles nationales ou de type national. Il essaie également d'accroître les effectifs dans les écoles nationales en construisant plus d'infrastructures et en les modernisant pour les rendre attrayantes. En 1960, près de la moitié de tous les élèves du niveau primaire fréquentent de telles écoles (rapport Rahman Talib : 4-5), ce qui témoigne du succès de cette méthode non coercitive. Une autre mesure d'incitation consiste à rendre l'enseignement gratuit dans les écoles primaires nationales. L'expérience malaisienne montre combien il importe de faire preuve d'une volonté politique claire et d'une réelle sensibilité politique pour orienter le processus de mise en place d'un système national d'éducation primaire dans une société multi-ethnique.

Prestation des services de santé ruraux⁴

Comme pour l'éducation primaire, le gouvernement malaisien réussit à fournir des services de santé à la population, en particulier aux habitants des zones rurales. L'espérance de vie pour les hommes comme pour les femmes augmente progressivement

au fil des ans tandis que les taux de mortalité baissent sensiblement (voir Tableau 10.6). L'amélioration de l'état de santé de la population est progressive. S'il n'y a pas de tournants décisifs dans le domaine de la santé, des progrès importants en matière de politique sanitaire sont accomplis, lesquels favorisent le processus d'amélioration progressive dans divers domaines.

La première initiative est prise dès le milieu des années 50 sous l'administration coloniale. A la suite d'une étude effectuée par l'Organisation mondiale de la santé, un programme national de santé rurale est formulé dans le cadre du plan de développement de 1954-1956 pour remédier au déséquilibre en matière de répartition des services de santé dans le pays. Vers 1957, 70 % de ces services sont concentrés dans les zones urbaines et semi-urbaines (Abdul Majid Ismail, 1971 :1). Plusieurs zones rurales n'ont pratiquement aucun service médical ou sanitaire. Les populations rurales doivent se rendre dans les dispensaires des petites villes et dans les hôpitaux des grandes villes pour se faire soigner, mais souvent elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour effectuer le voyage.

Le lancement du programme de services de santé rurale pour fournir directement des services de santé à la population rurale marque un tournant en matière d'orientation (Abdul Majid Ismail, 1971 :1). On met en place un système à trois niveaux composé d'un centre de santé, de sous-centres de santé et de centres d'accouchement qui, ensemble, constituent un groupe sanitaire rural dispensant des services de santé à la population.

Une forte volonté politique est l'élément moteur de ce programme. Au cours des années 60, une coopération étroite s'établit entre les responsables de la planification des services de santé rurale et les responsables de la planification du développement rural sous la direction du premier ministre adjoint, Tun Razak. Jayesuria (1967 : 4) l'a décrite ainsi :

Le chef des services médico-sanitaires coordonnait dans chaque État la planification des services de santé rurale avec le Comité d'État de développement rural tandis qu'au niveau de chaque district le médecin responsable de la santé publique assurait cette coordination avec le Comité de développement rural du district. Au niveau du village ou « Kampong », le responsable des services médico-sanitaires chargé du groupe sanitaire rural ou son représentant assurait la coordination avec le Comité de développement du Kampong.

Il était essentiel d'intégrer la planification des services de santé dans la planification du développement pour s'assurer que des ressources suffisantes étaient affectées à la construction d'infrastructures de santé rurale. Cette intégration était importante à double titre : premièrement, elle permettait de faire ressortir la complémentarité entre l'éducation, la santé et les résultats du développement économique et deuxièmement, elle facilitait la planification des points d'implantation des groupes sanitaires comme on le décrit plus loin.

L'État consacra une part considérable de ses dépenses totales à la santé. En 1961, 8 % des dépenses totales, soit 2 % du PNB, sont destinés à la santé (voir Tableau 10.7). Les services de santé rurale absorbent environ un cinquième des dépenses de développement consacrées à la santé pendant chaque période quinquennale (voir Tableau 10.8).

Toutefois, le succès du programme ne s'explique pas entièrement par les engagements budgétaires. Au cours des premières années, la plupart des services de santé sont assurés par des moyens de fortune, notamment des unités mobiles peu coûteuses. Les succès remportés tiennent donc pour l'essentiel à l'efficacité du cadre organisationnel et au dévouement du personnel.

Le programme de services de santé rurale devait s'attaquer à l'une des causes profondes du mauvais état de santé dans les zones rurales, à savoir l'inaccessibilité des services de santé à la population rurale. Un vaste réseau de groupes sanitaires est mis en place pour fournir des services jusqu'au niveau du village. La structure de chaque formation sanitaire est décrite dans la Figure 10.1. Les sous-centres de santé et les centres d'accouchement devaient être installés en rayon et selon un schéma périphérique par rapport au centre sanitaire principal et éloignés les uns des autres de façon à accroître la couverture de la population rurale.

La planification des groupes sanitaires est fondée sur la taille de la population à desservir. Chaque groupe est destiné à desservir une population de 50 000 personnes. Ainsi chaque centre sanitaire dessert 10 000 personnes. Chacun de ces centres dispose des services d'une sage-femme et est relié à quatre autres centres d'accouchement. Ainsi, on compterait cinq sages-femmes pour une population de 10 000 personnes et 25 pour 50 000, chaque sous-centre ou sage-femme du centre principal desservant 2 000 personnes. Chaque centre d'accouchement devait disposer des services d'une sage-femme diplômée.

Les groupes sanitaires ruraux servent d'antennes pour les hôpitaux situés dans les villes et sont reliés à ces derniers par un système d'aiguillage qui offre des services ambulatoires et oriente vers les hôpitaux les patients ayant besoin d'être hospitalisés. Les médecins des groupes sanitaires commencent par diagnostiquer les malades ruraux puis les envoient à l'hôpital pour les soins plus spécialisés. Les visites à domicile effectuées par le personnel médico-sanitaire, tel que médecins, personnel infirmier et sages-femmes des services sanitaires sont un autre moyen d'atteindre la population rurale. D'autres méthodes consistent à avoir recours à des cliniques itinérantes, des équipes mobiles, des médecins aéroportés et des services d'ambulance ferroviaire. Autant de mesures visant à rendre les services sanitaires accessibles à la population rurale, en particulier celle vivant dans les zones reculées du pays.

Outre leur large couverture, les groupes sanitaires ruraux se caractérisent aussi par la gamme étendue de services qu'ils offrent, qui vont des soins de santé maternelle et infantile à la collecte de données en passant par les soins médicaux, les soins dentaires, la vaccination, la planification familiale, la nutrition appliquée, la santé scolaire, la lutte contre les maladies contagieuses, l'assainissement, l'éducation sanitaire et les services de laboratoire (MMA, 1980 : 44). Le groupe sanitaire est destiné à améliorer intégralement la santé d'une population rurale donnée composée d'un ensemble de villages.

La priorité est accordée à la composante santé maternelle et infantile du service. Cette optique est essentielle dans la mesure où une bonne prise en charge sanitaire des mères et des enfants contribue à réduire considérablement les taux de mortalité maternelle et infantile. Les groupes sanitaires fournissent aussi des soins obstétricaux. Il existait une corrélation entre les taux de mortalité maternelle et infantile et les accouchements à domicile (Chee Heng Leng, 1990 : 38-40); en mettant des sages-femmes à disposition, les risques liés aux accouchements à domicile sont fortement réduits. Les soins de santé maternelle et infantile sont complets et comportent des soins aussi bien prénatals que postnatals, ainsi que des visites à domicile par des infirmières et des sages-femmes.

L'amélioration de la santé de la population rurale s'explique en grande partie par les activités de prévention sanitaire, telles que la vaccination et la lutte contre les maladies, menées par les groupes sanitaires en même temps que les soins curatifs. La chute des taux de mortalité et de morbidité et le déclin de maladies telles que le choléra, la tuberculose, le paludisme et la typhoïde, ne seraient pas intervenus sans les succès remportés en matière d'activités de santé publique et de mesures préventives. Bien qu'une grande partie des activités des centres sanitaires soit préventive, rares étaient les ruraux qui au départ prenaient l'initiative de se rendre au dispensaire pour recevoir des soins préventifs pour des maladies telles que la tuberculose et la coqueluche. Ainsi, la composante curative du centre de santé fonctionnait comme un moyen d'incitation pour amener les villageois à prendre l'habitude de rechercher les services du personnel sanitaire et de se rendre dans les centres de santé. Avec le temps, le personnel des services de santé réussit à gagner la confiance des villageois et à les amener à recevoir des soins préventifs.

Les services de santé rurale sont pratiquement gratuits, ce qui explique en partie leur succès. Selon les estimations de Meerman (1980 : 139), en Malaisie, dans des établissements publics, les deux tiers des malades hospitalisés et les trois-quarts des patients des services ambulatoires ne payaient rien.

L'amélioration périodique du système explique son succès. Tout au long des années 60, le système à trois niveaux de prestation de services de santé est progressivement élargi pour couvrir de plus grandes superficies. Bien que ce mécanisme se soit avéré efficace, il n'était pas considéré comme définitif. Des initiatives sont prises

en vue de l'améliorer. Suite à l'examen à mi-parcours du deuxième plan de la Malaisie en 1973, le système est converti en un système à deux niveaux (*Troisième Plan de la Malaisie*, 1976 : 409). Pour ce faire, les sous-centres de santé devaient être transformés en centres de santé, et les centres d'accouchement en dispensaires ruraux offrant des services multiples. Un groupe sanitaire dans un système à deux niveaux devait comprendre un centre sanitaire pour chaque tranche de 15 000 à 20 000 personnes et quatre dispensaires ruraux (Klinik desa), desservant chacun 3 000 à 4 000 personnes, ce qui allait permettre d'augmenter le nombre de personnes desservies. Chaque centre sanitaire du nouveau système devait avoir un médecin résident et une équipe de soins dentaires. Chaque dispensaire rural devait compter deux infirmières rurales polyvalentes (*jururawat desa*) choisies parmi les sages-femmes unidisciplinaires et formées à cet effet.

La bonne formation et le déploiement du personnel de santé, notamment du personnel paramédical, expliquent aussi le succès du Programme de services de santé rurale. Les sages-femmes suivaient une formation de deux ans. Les infirmières qui devaient partir dans les zones rurales bénéficiaient, en plus de la formation normale, d'un an de formation complémentaire en santé rurale et, de préférence, d'un an supplémentaire en soins obstétricaux. Le personnel infirmier participant aux activités de santé publique devait suivre au total une formation de cinq ans. Les inspecteurs sanitaires, qui étaient responsables des activités d'assainissement et de la lutte contre les maladies contagieuses, passaient trois ans à l'Institut de santé publique. Compte tenu de la durée de la formation, les groupes sanitaires ruraux étaient généralement dotés d'un personnel qualifié.

Le gouvernement n'a cessé de créer des instituts de formation et de les moderniser en vue d'accroître les effectifs du personnel sanitaire. Le Tableau 10.9 indique une amélioration constante du rapport personnel sanitaire/population. En fait, au cours de la première décennie qui suit l'indépendance, le rapport médecin/population augmente d'un tiers, le rapport personnel infirmier/population est multiplié par 2,5 et le rapport sage-femme/population par 20. Déjà en 1980 par exemple, 82 % des accouchements sont pratiqués par un personnel sanitaire qualifié.

Après leur formation, les professionnels de la santé sont affectés dans les zones rurales. Au début des années 70, une loi oblige tous les titulaires d'un doctorat en médecine à effectuer trois années de service obligatoire dans le secteur public, ce qui permet au gouvernement d'envoyer les médecins dans les zones rurales où peu d'entre eux auraient accepté de s'installer de plein gré, préférant exercer dans les zones urbaines. Cette mesure législative contribue fortement à accroître le nombre de médecins dans les zones rurales.

Il ne faut pas négliger non plus la vaccination, la lutte contre les maladies et l'amélioration de l'assainissement. La couverture vaccinale est très élevée par rapport aux normes des pays en développement en 1980 et elle augmente fortement au cours des années 80. Le pourcentage des enfants de moins d'un an qui sont vaccinés contre des maladies courantes telles que le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite (mais pas contre la rougeole), est supérieur à 80 % en 1990. En 1985, 95 % de ces enfants ont reçu le BCG (le vaccin antituberculeux). Le programme de vaccination a également permis d'éradiquer la variole.

Parallèlement aux groupes sanitaires ruraux, il convient de reconnaître également la contribution des « programmes verticaux » qui ont contribué à réduire le nombre de cas de maladies contagieuses. La lutte contre certaines maladies courantes, telles que le pian, la tuberculose et le paludisme, et leur éradication, est assurée grâce aux programmes verticaux, lancés dès les années 50. Ces programmes étaient dirigés à partir de leur siège et exécutés jusqu'au niveau du district, chacun d'eux étant axé sur une maladie particulière. Ils avaient chacun leur propre organisation, hiérarchie et personnel (Abdul Majid Ismail, 1971 : 7-9). Ces programmes étaient nécessaires parce que les groupes sanitaires ruraux n'avaient ni le personnel ni les compétences techniques pour faire face aux maladies ciblées. Il était prévu d'intégrer le programme vertical aux fonctions normales des groupes sanitaires lorsque leurs capacités se seraient améliorées.

Le renforcement des infrastructures d'assainissement – approvisionnement en eau et évacuation des eaux usées – contribua également à relever les normes sanitaires de la population. La couverture en matière d'approvisionnement en eau salubre est très élevée dans les zones urbaines en 1980 mais deux ménages sur cinq seulement sont couverts dans les zones rurales. Toutefois, le système de prestation des services de santé, la réduction de la pauvreté et le niveau très élevé d'accès à l'éducation font plus que compenser toute faiblesse dans ce domaine.

Politiques sociales et économiques complémentaires : l'expérience de la FELDA

L'expérience malaisienne dans le domaine de la santé a prouvé, si besoin était, combien il importe d'intégrer les programmes de santé à l'effort général de développement rural. L'analyse ci-dessus donne une indication de la nature complémentaire des programmes de développement social et économique de la Malaisie. Cette complémentarité n'est nulle part ailleurs plus évidente que dans l'expérience de la FELDA, qui est un programme de mise en valeur des terres visant à réduire la pauvreté dans les zones rurales et à garantir aux colons participant à ce programme toute une gamme de services sociaux.

En 1990, un total de 119 300 ménages, représentant 715 800 personnes, soit 3,3 % de l'ensemble des ménages du pays⁵, avaient été installés dans le cadre de ce programme. Les intéressés étaient regroupés en communautés et bénéficiaient d'avantages et de services, tels que le logement, la santé, l'assainissement, l'éducation et des programmes

de formation visant à les préparer à faire face aux exigences des activités économiques modernes.

Les ménages constituent des groupes économiques d'environ 400 familles par superficie de 1 800 hectares. Le groupe comprend donc au moins 2 000 personnes, ce qui lui donne droit à des services essentiels, tels qu'un centre d'accouchement, une école primaire et un poste de police. Une telle population justifie également le coût d'un réseau de distribution d'eau et la construction de routes dans le village et de voies d'accès. Elle est aussi assez importante pour faire vivre un petit centre commercial répondant aux besoins des habitants.

La formation, tant formelle qu'informelle, est un élément central de ce programme de colonisation et de développement communautaire. Elle commence dès l'adhésion au programme. Les colons participent à des séances de formation leur permettant d'acquérir des notions d'agriculture et de gestion et à apprendre comment prendre des décisions. Ils prennent également connaissance de leurs responsabilités et de leurs obligations quotidiennes vis-à-vis de la collectivité. Ils participent aussi à des activités développant l'esprit d'entreprise et sont mis au courant des affaires qui concernent exclusivement leur communauté. Face à l'enthousiasme des colons, la FELDA crée, en 1974, un fonds de 2 millions de ringgit destiné à accorder des prêts aux coopératives de colons pour l'achat de véhicules de transport pour leurs fruits et remplacer ainsi les entreprises privées. Un comité composé uniquement de colons est chargé de la gestion de ce fonds. Les colons achètent également des actions de la Shop Corporation de la FELDA. Ces activités contribuent à accroître les revenus des ménages de colons.

Grâce au processus de socialisation, les colons prennent conscience de la valeur et de l'importance de l'éducation pour leurs enfants. Si l'éducation primaire et secondaire est assurée gratuitement par les pouvoirs publics, la volonté des colons de contribuer à l'enseignement préscolaire dispensé dans leur communauté témoigne de leur engagement vis-à-vis de l'éducation de leurs enfants. Les colons apportent eux-mêmes une contribution à la construction du bâtiment scolaire, qui est achevé grâce à une subvention partielle de la FELDA. Les filles de colons ayant les qualifications requises sont recrutées comme enseignantes après une formation intensive. Les élèves peuvent poursuivre des études secondaires en se rendant en ville. Les jeunes qui quittent l'école et qui s'intéressent à l'agriculture bénéficient d'une formation pratique par l'intermédiaire des brigades de travail mises en place en 1970.

Les femmes jouent un rôle essentiel dans le programme en facilitant le changement des valeurs et des attitudes. Le Women's Institute Scheme mène des activités de vulgarisation qui couvrent l'économie ménagère et la vie familiale et communautaire. L'institut des femmes et sa correspondante auprès des autorités, l'assistante résidente pour le développement des colonies, sont responsables de toutes les activités concernant les femmes. Les agents de vulgarisation effectuent des visites à domicile pour parler du développement de l'enfant, de la nutrition, de l'assainissement, du budget familial et du développement de la famille.

Le succès du programme ne peut être mesuré uniquement en termes économiques⁶. On ne saurait trop mettre l'accent sur sa capacité de libérer les populations rurales de la pauvreté, de les autonomiser et de les préparer à tirer parti des possibilités économiques existant en dehors du programme. Il ne fait aucun doute que l'approche de la FELDA est fort coûteuse et il n'est pas sûr que beaucoup d'autres pays en développement possèdent les ressources financières pour entreprendre une telle expérience. En 1985, le coût par colon pour l'exploitation d'une palmeraie s'élevait au total à 53 000⁷ ringgit dont 28 000 seulement étaient à la charge des colons sous forme de prêts à long terme remboursables sur 15 ans au taux de 6,5 % par an⁸. Néanmoins, l'expérience de la FELDA offre des leçons intéressantes sur la façon dont un service public peut fournir un ensemble complet de mesures incitatives d'ordre économique et social pour s'attaquer au problème de la pauvreté dans les zones rurales.

Appui financier

Les analyses effectuées ci-dessus révèlent que l'adoption de politiques novatrices et la création d'institutions appropriées sont importantes pour assurer le développement social. Les ressources financières constituent un autre facteur essentiel. Au cours des années 60 et 70, les recettes proviennent en grande partie des taxes à l'exportation sur l'étain et le caoutchouc. Au début des années 80, la taxe à l'exportation sur l'huile de palme devient une source de recettes publiques importante. Le pétrole est aussi une source de revenus importante et représente, à partir du milieu des années 70, environ 10 % du montant total des recettes, passant à 20 % au cours des années 80 (Ministère des finances, *Economic Report*).

L'attachement des pouvoirs publics à la promotion des services sociaux est à la mesure des ressources disponibles. Si les dépenses publiques de développement sont pour l'essentiel consacrées au secteur économique, le secteur social n'en reçoit pas moins 13 à 22 % du montant total des dépenses pour chacun des plans quinquennaux jusqu'en 1985 (voir Tableau 10.5). Dans le secteur économique, l'engagement vis-à-vis du développement agricole et rural est également évident. De 17 à 27 % des dépenses publiques sont alloués à ce secteur. Dans le domaine du développement social, l'éducation et la formation obtiennent la plus grande part, soit en moyenne 7 à 8 % pour toutes les périodes. Toutefois, la santé reçoit systématiquement moins de 4 %.

Ces investissements dans les domaines de l'éducation et de la santé ont des effets complémentaires sur la croissance économique⁹. De ce fait, les taux de croissance élevés enregistrés après 1988 peuvent être attribués au potentiel humain accumulé au fil des nombreuses années d'investissement dans les ressources humaines par l'intermédiaire des programmes sociaux.

Si les pouvoirs publics sont la principale source d'investissement dans l'éducation et les services de santé en Malaisie, le secteur privé a également joué un rôle complémentaire en matière de financement. Les données concernant l'ampleur du

financement privé ne sont pas immédiatement disponibles. Toutefois, la présence croissante d'établissements privés dans l'éducation et la santé depuis la fin des années 80 donne une indication de la participation de ce secteur. Les solides résultats économiques donnent naissance à une classe moyenne relativement prospère qui est disposée à payer des services privés d'éducation et de santé.

La majorité des établissements d'enseignement privés opère au niveau préscolaire. Toutefois, au cours de ces dernières années, un nombre croissant d'établissements offrant un enseignement aux niveaux primaire, secondaire et supérieur ont été créés pour répondre à la demande d'une éducation de qualité; mais pour l'instant, les effectifs de ces institutions ne représentent qu'une faible part du total.

Le nombre des hôpitaux privés est également en hausse. Ces établissements offrent leurs services essentiellement aux nantis et à la classe moyenne. Des cliniques privées tenues par des médecins ou des consortiums de praticiens ont toujours existé dans les zones urbaines où elles complètent les services des dispensaires et hôpitaux publics. Les tarifs des cliniques privées ont toujours été dans les limites de ce que peut payer un salarié moyen. La tendance la plus à craindre actuellement est la privatisation imminente des services des établissements hospitaliers publics dans l'ensemble du pays. En raison de la prospérité accrue, les pouvoirs publics ont eu tendance, en règle générale, à abandonner le financement des services sociaux au secteur privé.

Croissance et cohésion sociale

Les politiques économiques et sociales en Malaisie doivent viser à réduire au maximum les conflits ethniques, ce qui signifie souvent qu'il faut tenir compte des intérêts divergents des diverses communautés ethniques. Parallèlement, les politiques doivent favoriser la croissance et les intérêts économiques associés à l'identité nationale. Plusieurs stratégies ont été adoptées. Les efforts considérables investis dans le développement des services de santé dans les zones rurales ont contribué à remédier au déséquilibre en matière de distribution des soins de santé qui, autrement, aurait favorisé les zones urbaines non malaises au détriment des zones rurales malaises.

Dans le secteur de l'éducation, le processus de mise en place d'un système national fondé sur la langue malaise est intervenu progressivement. On a permis de dispenser l'enseignement primaire dans plusieurs langues afin de répondre aux besoins de tous les groupes ethniques. L'enseignement secondaire est assuré dans la langue nationale pour réaliser les objectifs nationaux. Même là, on a permis à des établissements secondaires privés de continuer à enseigner dans d'autres langues.

La Nouvelle Politique Économique (NPE), qui a été adoptée à la suite des soulèvements raciaux de 1969, a été le principal mécanisme pour assurer l'équité ethnique en matière de développement économique. Le principe de la redistribution progressive de la richesse issue de la croissance plutôt que l'expropriation pure et simple est à la base de cette stratégie, de façon à « éliminer l'identification de la race avec la

fonction économique »¹⁰. Au moins 30 % du patrimoine des sociétés devaient aller à la population autochtone qui, dès 1990, devait occuper une proportion similaire des emplois du secteur moderne. Les programmes d'intégration active des groupes désavantagés ont été conçus pour « qu'aucun groupe ne se sente frustré ». Les entreprises privées ont vingt ans pour réaliser les objectifs de la restructuration.

Les objectifs en matière de restructuration du patrimoine et de l'emploi ont été réalisés par l'intermédiaire de l'Industrial Co-ordination Act (ICA), en vertu de laquelle les sociétés dont les fonds propres sont supérieurs à 2,5 millions de ringgit devaient allouer 30 % de leurs capitaux à la population bumiputra. Pour accélérer la participation de cette dernière au secteur commercial, le gouvernement a créé des sociétés d'État qui offraient des possibilités d'emploi à tous les niveaux. Les petites et moyennes entreprises non bumiputra n'étaient pas, pour l'essentiel, touchées par l'ICA et pouvaient donc se développer librement. Le long délai, l'approche progressive et la présence de formules de sortie pour les entreprises non bumiputra ont contribué à limiter l'animosité ethnique vis-à-vis de cette politique.

Conclusion

L'expérience malaisienne prouve qu'il est possible d'équilibrer les objectifs économiques et sociaux. Les politiques de croissance économique, en particulier les politiques d'industrialisation, ont été appliquées en tandem avec les politiques de redistribution, telles que la NPE, en vue de réaliser une croissance soucieuse d'équité inter-ethnique. La pauvreté a reculé grâce aux politiques économiques qui ont créé des emplois tant dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Le développement économique a, à son tour, produit des revenus qui ont permis à l'État de financer la prestation de services sociaux tels que la santé et l'éducation. Dans le secteur rural, la prestation de ces services faisait partie intégrante des programmes de développement agricole, comme par exemple dans les programmes de la FELDA ainsi que dans l'organisation du mécanisme de planification du développement rural.

Les recettes tirées des exportations, d'abord de l'étain et du caoutchouc, puis du palmier à huile et par la suite du pétrole, ont constitué des rentes. La formation rapide de capital humain a permis au pays de relever le niveau de qualification nécessaire à la fabrication de produits d'exportation de qualité. La rapidité de la croissance économique a, en fait, permis aux décideurs malaisiens de ne pas véritablement s'inquiéter de la pression démographique. Les taux d'accroissement de la population sont beaucoup plus élevés que dans la plupart des pays voisins et la Malaisie, contrairement à la majorité des autres pays en développement, encourage activement une politique de croissance démographique.

Notes

¹ Bruton (1992 : 187).

² Tous ces chiffres proviennent du FNUAP (1993 : 11).

³ Cette analyse de l'expérience dans le domaine de l'éducation n'aurait pas été possible sans les informations précieuses fournies par M. Kum Boo qui, à divers titres, a joué un rôle important en contribuant à promouvoir l'éducation primaire et secondaire pour tous dans le pays.

⁴ Le Dr Lim Ewe Seng a apporté une précieuse contribution à cette partie de l'étude en fournissant des informations fort utiles sur de nombreux programmes de santé. Il a occupé diverses fonctions dans le secteur de la santé, en tant que membre du personnel de santé publique et planificateur des services médicaux.

⁵ Voir *Sixth Malaysia Plan* (sixième plan de la Malaisie), 1991-1995, p. 100.

⁶ Diverses estimations du taux de rentabilité sociale de la colonisation des terres ont été effectuées. Bien qu'elles dépendent des taux d'intérêt et niveaux de prix choisis, ces estimations sont supérieures à 10 %.

Voir Lim, 1973 : 194.

⁷ Chiffres tirés de *Fifth Malaysia Plan* (cinquième plan de la Malaisie), 1986-1990.

⁸ Voir Shamsul Bahrin et Perera, 1977.

⁹ Bhalla et Kharas (1992) ont montré que le taux de rendement du capital investi dans les équipements en Malaisie était d'environ 11 % tandis que le taux de rentabilité sociale pour l'éducation était de 11,5 %.

¹⁰ Voir *Second Malaysia Plan* (deuxième plan de la Malaisie), 1971-1975.