

Santé publique et marché de la santé en RDP Lao

Bernard Hours (ORSTOM)

Avec sa population légèrement supérieure à 4 millions d'habitants, et son revenu par tête de 335\$ par an en 1993, la RDP Lao connaît une croissance de 4 à 5% dont les bénéficiaires sont peu nombreux. Malgré d'importantes disparités régionales dans de nombreux domaines, les conditions qui prévalent dans la santé publique sont assez bien partagées, l'évolution portant très largement sur les villes, et dans celles-ci sur des groupes sociaux mieux situés pour bénéficier des effets de la libéralisation économique.

Le rapport du premier ministre, devant le comité du plan (24 septembre 1994) est particulièrement sommaire dans le domaine de la santé publique. Cela manifeste un embarras certain du gouvernement qui se trouve aujourd'hui "au milieu du gué" lié à l'ouverture théorique du marché en 1986. Longtemps considérée comme une vitrine du socialisme, à travers divers rites collectifs, la santé publique connaît incontestablement une crise, liée à l'ouverture économique et à ses effets qui provoquent une défiance à l'égard de l'appareil d'Etat.

Au début des années 1990, les budgets de la santé ont connu une baisse sensible, en même temps que les personnels étaient diminués dans d'importantes proportions (20 à 30%), continuant néanmoins à demeurer pléthoriques par rapport à la fréquentation des patients en régression lente et continue. La promotion d'un secteur privé de santé demeure à l'ordre du jour, mais elle provoque d'énormes hésitations politiques, tant la santé d'Etat, gratuite en principe pour tous, constituait un principe fondamental de l'identité socialiste du pays.

La gratuité des soins pour "les pauvres" est aujourd'hui réaffirmée, tandis que le traitement payant est appliqué aux classes moyennes ou supérieures. Au demeurant, ces dernières ne sont guère concernées puisqu'elles se font soigner à l'étranger, en particulier dans la Thaïlande voisine. Dans la pratique, l'Etat assure la gestion et les salaires des personnels, tandis que la plupart des dépenses affectées à la stratégie de santé publique (populations et pathologies cibles) sont couvertes par des organisations internationales. L'investissement public pour la santé est en 1993-1994 couvert aux 2/3 par des financements étrangers bi ou multilatéraux. Il représente 3,8% des investissements totaux (source : Comité du plan). La politique de santé de l'Etat, outre qu'elle n'est pas des plus explicites, est donc aussi largement dépendante de financements extérieurs. La santé publique au Laos est bien "au milieu du gué", dans la mesure où elle recycle encore une partie de la phraséologie antérieure, tout en faisant place de manière croissante à des éléments plus techniques, voire technocratiques et moins politiques, sans néanmoins que ces deux sources d'inspiration puissent s'unifier complètement, mais sans que l'on puisse observer de coupures trop marquées dans cet "entre-deux", à la fois historique et idéologique que le Laos traverse, comme son voisin le Vietnam, doté de ressources bien supérieures.

Pour envisager les effets de l'ouverture à l'initiative privée dans le domaine de la santé publique, je me propose, à partir d'observations de terrain faites en 1993-94, de présenter d'abord un tableau de la désaffection des hôpitaux de district. Celle-ci, permettra d'identifier un certain nombre de problèmes et de contradictions. Dans une seconde partie, les

dysfonctionnements observés seront situés dans le cadre général du système de santé lao, où coexistent des logiques politico-bureaucratiques héritées du socialisme et les logiques sociales et économiques résultant de l'existence d'un marché privé des soins, d'emplois privés, c'est-à-dire d'une certaine liberté de choix liée à l'existence d'un marché de la santé. En conclusion, j'analyserai l'alternative ou la dialectique actuelle entre la fiction bureaucratique d'un système de santé et la réalité des pratiques des citoyens malades.

Tableau de la désaffectation dans deux hôpitaux de district

Les hôpitaux de district occupent une position particulière dans la topographie des chefs lieux de districts. Ils sont pour la plupart situés dans le campus administratif même, ou au voisinage immédiat des bureaux des autorités administratives locales. Cette situation n'est pas anodine. Elle amène la population à identifier l'hôpital à une structure d'autorité étatique. Elle résulte très clairement d'une conception de la santé publique qui considère celle-ci comme un des fronts où agit l'autorité de l'Etat. Après 1975, date à laquelle un gouvernement communiste soutenu par le Vietnam et aidé par l'Union Soviétique s'installa au Laos après une longue guerre intérieure, la santé publique, comme l'éducation et la culture, fut le lieu d'une tentative très active d'inculcation des valeurs socialistes destinées à créer un homme nouveau. C'est dans ce contexte que l'agrégation des symboles du contrôle politique prend son sens. Les structures de santé y figurent en bonne place. Dans les deux districts étudiés, l'hôpital se trouve à proximité immédiate du bureau du chef de province, directement sous le regard de celui-ci. L'un des médecins, en général membre du parti, représente le secteur santé dans les réunions administratives de district. Il s'agit souvent du médecin-chef de l'hôpital.

A Sayna, dans la province de Vientiane, l'hôpital a été bâti après 1975, en semi dur, tandis qu'à Pakading (province de Bolikamsay) un hôpital neuf a été construit par une ONG française en style lao. Tant les personnels que les malades, critiquent cette architecture bien intentionnée, mal entretenue et considérée comme inadéquate. Dans d'autres districts équipés de bâtiments en matériaux non traditionnels la fréquentation n'est pas meilleure néanmoins.

L'inscription des principales fonctions hospitalières est spatialement bien définie, chaque secteur d'activité étant supposé se dérouler dans une pièce spécifique,

avec un affichage sur la porte. Après 11 h. du matin les hôpitaux de districts sont désertés par les patients, déjà traités. L'enquête avec les personnels présents est alors extrêmement aisée en termes d'accès. Les activités de médecin-chef et de médecin-chef adjoint sont largement exercées hors de l'hôpital dans les deux districts étudiés. A Na Xay Thong, les deux responsables sont sur place en moyenne un jour sur six, appelés à des réunions administratives, techniques, politiques, au ministère, à la municipalité, au district, ou en cours de recyclage. Ils n'exercent aucune activité clinique à l'hôpital et sont donc plus engagés hors de cet hôpital.

A Dinka, le médecin chef adjoint est présent à mi-temps. Il participe aux opérations chirurgicales peu fréquentes (5 par mois), et exerce une certaine activité limitée de coordination et de conseil technique, à la demande des infirmiers les moins qualifiés. Durant les trois mois de l'enquête sur place, le médecin-assistant responsable de cet hôpital sera présent environ trois semaines, préparant son mariage le reste du temps.

Les personnels se répartissent selon leurs diplômes en trois catégories, inférieure, moyenne, supérieure, cette dernière catégorie regroupant les médecins. Dans la catégorie intermédiaire se retrouvent les nombreux infirmiers promus médecins-assistants. Ces catégories sont très prégnantes dans les représentations. Elles constituent des étapes de promotion et un étalon de la dignité sociale et professionnelle. Dans un contexte idéologique où la promotion constitue un principe pédagogique essentiel, supposé entraîner l'enthousiasme au travail et l'émulation pour atteindre les objectifs planifiés, les critères de promotion sont peu techniques. Ils ne sanctionnent pas une compétence reconnue ou améliorée, mais ils signalent plutôt le "bon esprit" de celui qui s'inscrit aux cours proposés, qui n'est pas trop absent, qui fréquente les réunions hebdomadaires ou mensuelles, où selon des rites socialistes particuliers, les objectifs sont présentés plutôt comme un projet social ou politique que comme des réalisations concrètes concernant la santé des populations. L'organigramme représente dans ces conditions une vision intangible et intouchable du pouvoir, plutôt qu'un schéma d'exercice et de répartition des responsabilités, largement déconnectées. Dans un tel système, les responsables agissent peu sur le terrain. Ils gèrent le pouvoir qui leur a été concédé par les autorités administratives locales, et/ou centrales. Au niveau du district, et en dernière instance, la légitimité locale et régionale, prime sur celle qui est attribuée par le ministère central.

Dans une conjoncture actuelle marquée néanmoins par une recentralisation, opérée sous la pression des organisations internationales, les pouvoirs provinciaux subissent des restrictions croissantes, limitées par une longue tradition antérieure de décentralisation, pré et post révolutionnaire. Les gouverneurs des provinces demeurent pour certains très puissants, aptes qu'ils étaient dans un passé récent à signer des contrats et des marchés et donc à disposer de ressources propres. La part importante prise par l'aide étrangère dans la santé publique réduit toutefois leur capacité dans ce domaine. Dans l'esprit des personnels, tout se passe comme si le ministère était le dépositaire de l'identité professionnelle acquise avec son label, tandis que "la province" gère l'existence quotidienne, le travail journalier. Cette double tutelle n'est pas un facteur de performance, puisqu'elle peut engendrer une double évaluation de soi, parfois contradictoire. Les tâches de routines sont appréciées localement. Les activités périphériques ou préventives répondent à des injonctions centrales. Leur évaluation est délicate et les statistiques sont peu fiables, sauf dans les provinces où des programmes internationaux ou étrangers sont mis en œuvre et où les approximations sont moins grossières.

Il résulte de cette situation que l'avancement provient plus de la soumission que de la prise de responsabilité. Le travail est conçu majoritairement comme routinier et statique. Les campagnes de vaccination à la périphérie sont considérées comme un *pensum* à Dinka. Ce sont les infirmiers les moins qualifiés qui se rendent dans les villages, au grand dam des villageois.

Les médecins ne sortent pas. Assemblés dès 8 h 30 sous la véranda de l'hôpital, en présence des médecins, les médecins-adjoints reçoivent les 5 ou 6 patients quotidiens en consultation externe. Vers 10 h 30 ou 11 h., la partie active de la journée est bien avancée. Les sept ou huit présents, outre deux infirmières dans les salles, bavardent. L'après-midi se passera à 5 ou 6, à écouter la radio, jouer aux cartes, ou reprendre les filets de pêche. Les tâches qui requièrent le plus de concentration sont la gestion de la pharmacie et sa comptabilité, puisque à Dinka, les usagers payent, pour la plupart, les médicaments dans le cadre d'un recouvrement des coûts. Cette politique qui vise à faire payer aux usagers une partie du coût des soins consommés est adoptée par de nombreux pays en développement inaptes à assumer la charge financière de la santé publique. En RDP Lao l'insuffisance des moyens de l'Etat érige cette politique en nécessité. Toutefois l'idéologie socialiste distributive et égalitaire est remise en question par de telles pratiques qui provoquent des hésitations du gouvernement et l'hostilité des pouvoirs provinciaux. Plusieurs ONG

ont réalisé des expériences dans ce domaine, sans qu'une vraie capitalisation ait lieu, l'Etat autorisant les expériences, sans bien les encadrer, et sans prendre une position durable et définie. Cela traduit un embarras manifeste, peu de critères d'évaluation généralisés étant mis en œuvre.

La pratique des réunions hebdomadaires de service est un vieux souvenir de l'époque révolutionnaire. Les réunions mensuelles constituent un rite encore pratiqué, mais elles ont perdu une partie de leur fonction d'autocritique. Les critiques et réclamations à l'égard d'un collègue s'expriment dans le cadre de l'unité d'un groupe dont une partie dort dans le même dortoir (les infirmières célibataires) avec cuisine cogérée. Les plaintes enregistrées concernent le comportement collectif, jamais l'optimisation des tâches. Le principe de l'unanimité pédagogique et révolutionnaire devient à minima un consensus sur la vie quotidienne la moins désagréable à vivre. Ces pratiques des personnels, léthargiques à Dinka et un peu fictives à Sayna, sont largement généralisables, selon les informations dont on dispose.

Evoquer les patients, c'est parler d'absents, tant la fréquentation est faible et les malades superflus dans un tel contexte. Dans les hôpitaux de district évoqués, vingt cinq personnels, dont plus de dix médecins et médecins-assistants, reçoivent en moyenne six malades par jour, un à quatre des 25 lits étant occupés, en moyenne, à l'exception de quelques semaines au début et à la fin de la saison des pluies, ou en cas d'épidémies graves.

Le principal critère de fréquentation des formations publiques est la pauvreté. C'est l'absence de ressources suffisantes pour accéder à d'autres soins qui amène des malades à se rendre à l'hôpital de district. Pour les dispensaires, le voisinage demeure un argument plausible, bien que l'implantation croissante de pharmacies dans de petites localités vide ces dispensaires d'une partie de leurs clients. Dans le district de Dinka seuls trois dispensaires continuent de fonctionner. La personnalité de l'infirmier joue un rôle déterminant dans leur activité. Deux d'entre eux ne reçoivent qu'un à deux patients quotidiens, les infirmiers ayant abandonné toute ambition pour soigner la population. Un dispensaire accessible en pirogue est dépourvu de médicaments. L'autre, situé à proximité de la route est géré par un jeune homme sans autorité ni crédit auprès de la population. Le troisième dispensaire vit en marge, à tel point que l'infirmier est devenu une sorte de praticien privé, qui vend, dans un savant mélange les médicaments de l'Etat et ceux qu'il achète lui-même.

Ces infirmiers sont peu supervisés. Ils viennent en principe une fois par mois à l'hôpital pour s'approvisionner. Parfois, on ne les voit pas pendant trois mois. Ces trois dispensaires sont le reliquat des huit formations qui figuraient dans l'organigramme, il y a peu d'années. On constate ainsi un désengagement de l'Etat à la périphérie, malgré des organigrammes fictifs et un discours sur la couverture périphérique. Entre l'accès facile à la Thaïlande située sur l'autre rive du Mékong et le développement des pharmacies privées (autorisées ou non, ou en voie d'autorisation) les patients ont choisi. Ils ne fréquentent les structures publiques que lorsqu'ils n'ont pas le choix, et souvent après des séquences d'automédication, ou en bout de parcours thérapeutique, voire à la dernière extrémité.

Parmi les malades qui fréquentent l'hôpital de district, il faut relever le nombre élevé des militaires et fonctionnaires qui considèrent – encore – qu'en tant qu'agents de l'Etat, les formations publiques remplissent une fonction sanitaire. Il s'agit évidemment de fonctionnaires ou militaires subalternes qui manifestent par cette fréquentation un esprit civique de discipline, compatible aussi avec leurs ressources modestes. Ce sont eux qui, interrogés sur la qualité des soins, s'estiment satisfaits ou s'abstiennent de toute critique. Les autres malades hospitalisés, avec qui des entretiens ont été réalisés, sont souvent plus réservés, voire profèrent des critiques mesurées à l'hôpital, vives dans leur village.

La perfusion se présente comme le principal signe de soins pour les malades hospitalisés. Elle est rarement gratuite mais correspond aux critères d'un "vrai traitement" selon les patients. De l'hôpital aux maisons villageoises, en passant par les dispensaires, le marché des perfusions est florissant. De nombreux infirmiers qui ont démissionné il y a plusieurs années du service public, en vivent, dans les villages. Même lorsqu'ils habitent à proximité de l'hôpital de district, les malades et leurs familles fréquentent peu celui-ci. A Dinka les villageois affirment qu'ils sont mieux soignés en Thaïlande, plus rapidement, et à coût égal. A Sayna, la proximité de Vientiane offre aux habitants de multiples recours, privés et publics qu'ils fréquentent sans passer par le district. De ce fait le système de référence fonctionne mal ou pas du tout. Dans les deux cas, ce sont les patients les plus pauvres qui viennent au district. Ils restent deux ou trois jours sous perfusion, pour accès palustre par exemple, puis repartent au village voisin de deux à 20 km. Les habitants du chef lieu de district sous-utilisent le système localement disponible. Commerçants aisés, fonctionnaires moyens ou supérieurs, ils pratiquent des recours thérapeutiques urbains plus distingués.

Les causes de la désaffection évoquée sont multiples. L'ouverture économique a permis des choix hier absents voire fustigés (pharmacies privées, recours accrus aux médiums). Dépossédés de leur prestige antérieur, les personnels de l'Etat sont critiqués pour leur incompétence, leur manque d'égard, leur attitude bureaucratique, qui les amène, dit-on, à faire attendre trop longtemps les malades, à hospitaliser à tout propos pour gonfler les statistiques. Le prix des médicaments étant égal à celui des pharmacies privées à l'hôpital de Dinka, les patients préfèrent se rendre à la pharmacie et participer au choix des médicaments vendus.

A Sayna, signe des temps, une pharmacie privée (appartenant à un fonctionnaire) est ouverte dans l'enceinte même de l'hôpital. Moyennant un loyer modeste, elle jouit d'une situation très privilégiée. Cette position, exceptionnelle, manifeste l'anarchie provoquée par l'ouverture du marché des médicaments. Dans un tel contexte, on observe à Dinka un chirurgien qui a ouvert une clinique privée à son domicile où il attire les malades vus à l'hôpital et qui peuvent payer. Dans le même hôpital, le médecin de garde tent à déléguer à l'infirmière de service la gestion des malades la nuit et à l'occasion refuse de se lever. Dans ces deux districts, les démissions sont fréquentes. L'un des conjoints d'un couple ouvre une pharmacie privée, qui rapidement produit un revenu quatre à dix fois supérieur au salaire initial. De tels dysfonctionnements, les contradictions et blocages qu'ils manifestent amènent à se pencher sur leur contexte global, leurs logiques et leurs causes.

Logiques politiques et logiques sociales

A considérer ses vestiges, on peut se demander si le système de santé en RDP Lao fut jamais performant. Le système de santé dit d'ancien régime (avant 1975) était peu développé au Laos, pays négligé par la "mise en valeur" coloniale française. Durant la guerre de "libération", la fragilité de l'Etat livré aux factions et la dépendance vis-à-vis des Etats-Unis ne permit pas de développer un système de soins conséquent destiné aux populations civiles. Les investissements étaient destinés à soigner les nombreux blessés militaires. La lente destruction politique qui s'achève en 1975 laisse un pays exsangue, vidé d'une partie de sa population qui fuit à l'étranger ou part pour des années en camps de rééducation. C'est le cas de nombreux médecins. Les infirmiers formés sous "l'ancien régime" sont démissionnés ou placés dans les positions les plus subalternes. Les cadres formés dans

les rangs de l'armée révolutionnaire prennent en charge le pays avec pour mission d'éradiquer les pratiques antérieures. La santé publique est un des champs où s'inscrit l'autorité politique. Elle doit être l'une des composantes de l'homme nouveau du Laos socialiste, citoyen du "peuple multi-éthique", selon le concept en usage. Les campagnes dites des trois propriétés (corps propre, maison propre, village propre) s'installent. Des cadres zélés traquent avec des succès modestes dans les villages l'absence de latrines, le bétail sous les habitations. Ils organisent d'innombrables réunions publiques, que la pression politique et sociale rend de fait obligatoires, pour prescrire des pratiques d'hygiène avec une rhétorique si redondante et une pédagogie si peu élaborée que les résultats sont des plus limités. Ces ex-soldats ou cadres révolutionnaires présentent la santé comme une discipline, à l'image d'un projet politique, qu'elle est en l'occurrence. L'opposition politique étant passible de la mort ou de l'internement, la résistance va prendre des formes larvées, devant ces exposés interminables où des cadres souvent peu éduqués du fait de leur histoire et de leur origine sociale, tentent de convaincre des paysans, parfois aisés avant 1975, qu'il est indispensable de se laver quotidiennement, ce qu'ils ont toujours fait. Discipline, contrainte, ainsi apparaissent les pratiques d'hygiène dans les discours édifiants. De telles présentations, expérimentées durant les colonisations ne motivent pas les populations, comme ailleurs. A aucun moment, le bénéfice individuel n'est mis en avant.

Les campagnes de santé deviennent un discours officiel, perçu comme de la propagande politique. En effet, dans tous les domaines de la vie sociale des discours édificateurs s'abattent sur la société entre 1975 et 1980, et la santé est alors perçue comme un champ d'intégration politique, donc un champ de résistance par la population. Durant cette même période la crise économique provoque une disette générale dont on se souvient précisément aujourd'hui. Malgré l'aide soviétique et la férule vietnamienne, la pauvreté est générale. Les formations sanitaires reçoivent peu de médicaments, les compétences sont médiocres, la défiance générale. Seuls les fonctionnaires de l'Etat, aujourd'hui parents pauvres de l'ouverture du marché, jouissent de pouvoir et des quelques biens disponibles.

En affaiblissant leur légitimité politique étatique, les formations publiques, comme leurs personnels, sont devenues comparables aux autres recours possibles. On les juge en principe sur leur performance, mais en fait les discours recueillis à propos de la qualité des soins dans les hôpitaux publics expriment d'abord le

retour d'une frustration anti étatique longtemps refoulée. C'est bien l'Etat qui est jugé, et auquel les familles et les malades attribuent la responsabilité d'une situation dégradée. Les personnels sont considérés peu actifs et dépourvus de goût du travail par la population. Ils n'ignorent pas ces jugements du public, auxquels ils accordent généralement peu d'importance. Ces personnels expliquent la situation actuelle par plusieurs arguments.

Tout d'abord les malades sont jugés ignorants et indisciplinés. Ce point de vue des personnels médicaux, banal en santé publique, est ici très fort car les patients seraient défailants comme malades sous informés, mais en outre comme citoyens indisciplinés. Faute personnelle et faute politique se cumulent sous le regard réprobateur des agents de l'Etat. Que cette réprobation serve aussi à se cacher à soi-même sa propre misère est peu douteux. Hors de la présence des malades, les infirmiers, tout comme les médecins, rappellent les conditions misérables dans lesquelles ils ont vécu, sans salaires réguliers, durant des années. Ils soulignent aussi que la plupart des objectifs ambitieux qui leur sont assignés ne sont pas accessibles faute de ressources, de compétences ou de moyens techniques et financiers.

La projection dans le futur d'objectifs fictifs parce qu'inaccessibles concrètement, caractéristique des régimes socialistes du XXe siècle, est ici clairement identifiable. En assignant aux personnels des objectifs irréalisables en forme d'alibis idéologiques, on provoque le découragement. Quant la notion d'objectifs tourne à la rhétorique systématique, les personnels sont dépossédés de leurs compétences pratiques, et les perdent. Le système de promotion permanente entretient la fiction et creuse le fossé entre les objectifs et les maigres résultats. Les effectifs pléthoriques forment de moins en moins de malades. L'Etat y trouve une dignité statistique, sans aucun bénéfice pour la santé des populations.

Ainsi la mise en place progressive d'un marché des soins de santé constitue un révélateur majeur de ces contradictions antérieurement accumulées, qui éclatent désormais au grand jour. Les effets de cette nouvelle conjoncture s'observent au niveau de l'emploi des personnels comme à celui des stratégies thérapeutiques des malades.

La notion de marché suppose la mise en rapport d'une offre et d'une demande. L'offre de soins connaît une évolution rapide depuis 1990-91. Celle-ci se traduit par l'ouverture de pharmacies privées qui mettent à la disposition de la population des médicaments et des

diagnostics sommaires. La fréquentation de ces officines qui sont parfois de petites cliniques repose sur la confiance individuelle et la proximité. La confiance résulte de l'inter-connaissance de voisinage, de la possession d'un diplôme ou d'une expérience acquise avant 1975 et à ce titre valorisée, de la capacité du praticien à se déplacer, c'est-à-dire à se rendre au chevet des malades. On va dans les formations publiques. Le privé vient à vous. Ce déplacement manifeste un engagement, une prise de responsabilité, un rapport contractuel non bureaucratique. Les perfusions à domicile, si appréciées, sont le signe de ce rapport. Lorsqu'un médecin de dispensaire public pratique de la même façon et se déplace, l'image du dispensaire s'en trouve immédiatement améliorée, comme nous l'avons constaté dans le district de Sayna. Dans le même district, et dans un dispensaire voisin, le personnel subalterne sur place ne reçoit souvent aucun patient. Le responsable de ce dispensaire passe son temps à d'autres activités, politico-administratives.

La population ayant clairement rejeté la santé comme discipline imposée, apprécie aujourd'hui l'existence d'un service, dont la dimension contractuelle provoque la valeur sociale. La qualité technique intrinsèque des actes prodigués ne paraît pas déterminante localement. C'est seulement dans la capitale que le plateau technique de l'hôpital devient un critère de choix. A l'hôpital de Dinka, l'installation d'un bloc opératoire, sous-utilisé, n'a provoqué aucune augmentation de la fréquentation des malades. On se fait toujours opérer en Thaïlande ou à Vientiane.

Les personnels sans tâches et sans motivations envisagent de plus en plus fréquemment de prendre place sur le marché privé des soins, en ouvrant une pharmacie, voire une clinique pour les médecins. Les pharmacies s'ouvrent même dans de très petites bourgades situées sur les axes de communication, là où existe une demande encore insatisfaite. Ce relatif isolement, en limitant la concurrence, permet des profits substantiels et rapides. L'attribution des autorisations se négocie au niveau provincial et local, pour peu que l'on dispose de relations dans l'administration. Outre les règles en usage, appliquées souplement, le simple fait d'avoir servi l'Etat pendant plusieurs années, rend de telles demandes recevables. Au rythme actuel des ouvertures une certaine saturation du marché peut être envisagée dans quelques années. Actuellement néanmoins, l'effet d'ouverture est fort. Superviser ces pharmacies de plus en plus nombreuses et appartenant à des collègues ou ex-collègues est une gageure, qui suppose de sortir des murs de l'hôpital sans prime de déplacement.

Pour les malades, l'existence d'un marché des soins consiste à prendre acte d'une offre auparavant limitée et à acheter les soins que l'on souhaite à qui l'on veut. C'est clairement un espace de liberté, limité par les ressources disponibles.

A Dinka, les familles des malades fréquentent les formations thaïlandaises, plus proches que le chef-lieu de province. Elles apprécient le service rapide, le coût modéré, l'absence de perspective d'hospitalisation pour les cas sans gravité. La notion de service acheté est extrêmement claire dans l'esprit de la plupart des malades et de leurs familles. Paradoxe apparent, l'hôpital de district reçoit plus de malades venant de 10 à 30 km, que ceux de la commune même.

Attrait d'un service contractuel pour les malades, goût pour des gains plus importants et une meilleure considération locale pour les personnels, l'ouverture d'un marché des soins constitue un test de réalité pour le système de santé publique lao. Guetté par la sclérose bureaucratique, le système de santé lao pourra-t-il trouver sa place dans le cadre du marché des soins un peu anarchique d'aujourd'hui, et quelle peut-être cette place ?

La santé comme fiction bureaucratique ou service social

Diagnostiquer une crise suppose d'en analyser les causes et, lorsque cela est possible, de proposer des remèdes. Au niveau du district, c'est-à-dire à sa base, le système de santé publique lao met en présence plus de personnels qu'il ne traite de malades.

Les raisons de cette désaffection tiennent à la médiocre compétence d'agents promus suivant des critères non médicaux, à la défiance des patients à l'égard de l'Etat, à une sclérose bureaucratique avancée. La santé de la population est devenue dans la phraséologie administrative un concept idéologique sans rapport avec une réalité médicale. Elément d'une tentative durable mais toujours avortée de contrôle politique de la population, la santé publique est devenue au fil des années une fiction bureaucratique.

Cette fiction s'alimente à une stratégie utopique (vus les moyens disponibles) visant à assurer à toute la population, même la plus reculée, des soins de qualité. D'objectifs irréalistes en rhétorique verbeuse, la permanence du discours politique sur la santé publique est frappante à la lecture des rapports annuels nationaux, provinciaux, locaux. D'objectifs planifiés jamais atteints en objectifs irréalistes réitérés

depuis 1975, la fiction mise en scène a démobilisé tous les acteurs, patients et personnels. Devenu non crédible, le discours sur la santé publique affronte avec difficultés l'épreuve de réalité imposée par l'ouverture du marché. Quand un service se paye, il importe de savoir qui fait quoi.

Les fonctionnaires de santé sont indifférents à la santé des populations et ne sortent des murs de l'hôpital que moyennant des per diem. Ce piètre résultat d'une promotion systématique et politiquement sélective rend très délicate toute tentative de management des ressources humaines. Malgré les nombreuses formations et recyclages dispensés par des organisations internationales, des blocages structurels profonds demeurent. Ils sont peu analysés. J'ai tenté ici d'aborder ce problème.

En effet, le discours technocratique des organisations telles que l'OMS ou la Banque Mondiale présente une rhétorique en partie analogue à celle de l'Etat coercitif Lao.

Objectifs irréalistes, stratégies sans acteurs, méthodologies simplistes sans prise sur la réalité, ces caractères sont aussi ceux d'une partie de la phraséologie développementaliste internationale. De telles organisations, voire des ONG, investissent beaucoup au Laos. Elles tiennent sous perfusion un système de santé malade de ses contradictions historiques peu prises en compte.

La survie d'un système de santé viable au Laos passe nécessairement par des révisions, qui vont au delà du simple vocabulaire. Dispenser des formations à l'impact limité, qui servent de compléments de

salaires, améliorer sur le papier des stratégies sectorielles quand le système de prise de décision est bloqué, laisse penser que ces nouvelles contradictions prolongent les anciennes. Avec une histoire différente, la Thaïlande voisine montre aujourd'hui la coexistence imparfaite mais opérationnelle et possible, entre un secteur privé dynamique, anarchique, et un secteur public relativement responsable et actif. En outre l'évolution du système de santé au Vietnam où les difficultés sont égales pourra être édifiante pour le Laos, malheureusement plus pauvre en ressources humaines.

Dans ce contexte, l'aide internationale et l'appui des institutions internationales ne pourra pas dispenser longtemps le Laos du choix d'une politique de santé publique passant aux actes, et dégagee des scories du passé. Cette perspective est d'autant plus nécessaire que la population faible et dispersée du Laos suppose une prise en charge adéquate, différente des risques d'exclusions massives qui guettent les pays voisins en période d'ouverture du marché.

Bibliographie

VIMARD Ph., *Le financement de la santé en RDP Lao. Rapport d'évaluation*. Ministère de la Santé, 1993.

Pakkading. Expérience de recouvrement partiel des coûts dans un hôpital de district au Laos. Comité de coopération avec le Laos, 1992.

Rapport de mission à l'hôpital Malosot (L. BERNARD). Ecole Nationale de la Santé Publique.

Lao Proposed Project Preparatory Technical Assistance on Health. Asian Development Bank, 1993.

économie appliquée

An international journal of
economic analysis

Tome XLIX, N° 1 – Mars 1996

Sommaire

Jacky FAYOLLE. – Analyse conjoncturelle et étude des cycles : permanences et nouveautés.

Frédéric LORDON. – Formaliser la dynamique économique historique.

Margherita RUSSO. – « Unités de recherche » pour les politiques de développement économique local.

Peter A. RIACHI. – Les écarts de salaire réel aux Pays-Bas pendant les années 60 : une expérience naturelle du marché du travail.

Patrick PLANE. – Entreprises publiques et développement économique : l'évaluation de la performance revisitée.

NOTES ET COMMENTAIRES

Pascal SALIN. – Notes sur le texte de Carlo Benetti, « Hayck, la monnaie et la tendance à l'équilibre ».

Guy CAIRE. – Fonds de pension : enjeux et débats.

RÉDACTION : ISMEA, 14, rue Corvisart, 75013 Paris. Tél. (16) 1 44 08 51 42.

ADMINISTRATION-DIFFUSION : Presses Universitaires de Grenoble (PUG), BP 47, 38040 Grenoble cedex 9. Tél. : 76 82 56 51. Fax : 76 82 40 35.

ABONNEMENT (4 numéros par an) : France : 660 F TTC. Etranger : 690 F, port avion 100 F en sus.

N° 1/1996 : 150 F.