

QUEL FINANCEMENT POUR QUELS SERVICES DE SANTÉ ?

Pr Joseph BRUNET-JAILLY (1)

L'étude des modalités de financement des soins ne peut pas se limiter à l'analyse des effets de chacune d'elles sur les recettes du système de santé. Chaque modalité de financement a des effets sur le niveau de la demande exprimée par les malades ou leurs familles, et donc sur la façon dont le système de santé prend en charge les besoins de santé de la population. Il serait dangereux de perdre de vue que le système de santé a pour objectif, et pour seul objectif, de soulager les malades.

Il ne fait guère de doute, pour qui connaît l'Afrique, que, dans ce continent, les besoins essentiels de l'immense majorité de la population en matière de santé ne sont pas satisfaits par les gestes élémentaires que devrait prodiguer un système visant "la santé pour tous". Au contraire du droit à la santé, qui n'est qu'un slogan, mais qui est bien établi en tant que tel, le droit à des soins de santé élémentaires reste à instaurer. Et, par conséquent, toute modalité de financement qui compromet l'expression du besoin, creuse encore l'écart entre la demande (qui se manifeste par le recours effectif au système de santé) et les besoins ressentis par la population.

Se préoccuper de l'effet des modalités de financement sur la demande consiste donc à s'interroger non seulement sur les conséquences qu'elles auront sur la fréquentation des services de santé -et, par là, sur les recettes qu'il pourrait encaisser, ce qui est le souci tout à la fois légitime et trop visiblement borné des gestionnaires- mais encore sur l'écart qu'elles créeront entre la demande exprimée (par le recours aux soins) et les besoins essentiels qu'il aurait fallu, faute de faillir aux missions et responsabilités de la santé publique, prendre en charge.

(1) *Directeur de recherches à l'ORSTOM, INRSP, BAMAKO, Mali*



Avant d'en venir à ce point, il faut cependant -réflexe qu'on pardonnera à un économiste- considérer que les coûts ne sont en aucune manière une donnée intangible. Par suite, l'analyse du financement des dépenses de santé doit commencer par l'étude détaillée des coûts, et cette étude révélera très probablement de purs et simples -et peut-être importants- gaspillages.

Mais, à l'étude détaillée des coûts proprement dite, il y a encore un préalable, et de taille ! Il serait vain de se soucier du financement d'une activité inutile, ou futile, ou nuisible : voilà, encore, un réflexe d'économiste, puisque cette corporation se préoccupe depuis plus de deux siècles de comprendre les phénomènes économiques à l'aide d'un concept d'utilité. Mais, formulée en des termes un peu différents, la même question se pose à l'intérieur de la profession médicale, dès qu'elle se préoccupe d'éliminer les traitements dangereux, les interventions inutiles, les mauvaises pratiques professionnelles, etc.

La réponse à la question posée -quel financement pour quels services de santé ?- passe donc par trois étapes :

- éliminer les activités sans effet démontrable sur l'état de santé et qui, par conséquent, dilapident les ressources ;
- réduire à leur minimum le coût des activités utiles ;
- instaurer des modalités particulières de recouvrement des coûts.

ÉLIMINER LES ACTIVITÉS QUI DILAPIDENT LES RESSOURCES

Il n'appartient évidemment pas à un économiste de définir ce que devraient être les activités sanitaires organisées, que ce soit au niveau du district ou à celui des hôpitaux nationaux par exemple. L'économiste sait cependant que tout n'est pas possible, et que le médecin qui prétend le contraire n'a pas réfléchi.

Dans la mesure où, en raison notamment de l'assymétrie de l'information entre le médecin ("producteur" des soins) et le malade ("consommateur"), la santé ne peut pas être abandonnée aux forces du marché (cf. [1]), les connaissances relatives à l'effet des activités sanitaires sur l'état de santé sont nécessairement préalables à toute discussion économique. Ces connaissances ne peuvent être produites que par des médecins spécialisés dans l'étude de ces questions, plutôt que dans la clinique.

La discussion économique partira cependant de la clinique. Il n'est pas besoin de se préoccuper du coût d'un acte professionnel ou d'une prescription que les médecins ne considéreraient pas comme pertinent dans la situation considérée,

c'est-à-dire comme indiqué, compte tenu de l'état des connaissances, dans les circonstances précisément définies. Ce que "la Faculté" recommande est pertinent, lorsque son enseignement est à jour des acquisitions récentes de la recherche. La pertinence est une qualité, il n'y correspond aucune mesure.

Mais, parmi les techniques ou actes pertinents, tous n'ont pas la même efficacité clinique, cette propriété de chacun d'eux par laquelle il produit, lorsqu'il est appliqué à un sujet individuel, l'effet qui en est attendu. L'efficacité clinique dépend essentiellement du respect par le praticien des indications spécifiques de la technique, ainsi que de la maîtrise dont il fait preuve dans sa mise en oeuvre. Elle est démontrée par la survenance du résultat attendu chez une proportion donnée des patients auxquels la technique a été appliquée ; elle est mesurée par cette proportion ; elle est établie dans les conditions optimales par les essais contrôlés ; elle doit être mesurée dans les conditions pratiques de son emploi courant, pour fournir un contrôle de la qualité des actes professionnels.

Alors que l'efficacité clinique concerne chaque bénéficiaire pris individuellement, l'efficacité épidémiologique concerne la population dans son ensemble. Cette notion fait en effet référence à l'ensemble de la population à risque : elle est mesurée par le nombre total de cas prévenus ou traités avec succès, rapporté à la population à risque. Elle ne dépend pas seulement de la qualité des actes professionnels individuels, mais aussi de l'accessibilité de ces actes pour les patients pour lesquels ils auraient été indiqués. Et, dans le cas qui nous occupe, l'accessibilité n'est pas seulement géographique, ou financière, ou culturelle ; elle dépend aussi, lorsque ces obstacles ont été franchis, d'une décision médicale.

L'efficacité épidémiologique est une notion statistique, comme l'efficacité clinique mesurée lors des essais contrôlés ou dans les conditions courantes de mise en oeuvre, mais son dénominateur n'est pas le nombre des malades auxquels la technique considérée a été appliquée, c'est la population pour laquelle cette technique était pertinente (population exposée lorsqu'on considère une technique préventive, cas lorsqu'on considère une technique curative).

Le rappel de ces définitions (pour des précisions et exemples, cf. [2] notamment pp. 403-404) sert seulement ici à rappeler que les actes qui ne sont pas pertinents ne font que dilapider les ressources qu'ils consomment, et compromettre l'efficacité épidémiologique de l'activité à laquelle ils appartiennent. Si la compétence professionnelle est l'un des déterminants de l'efficacité clinique (et par suite de l'efficacité épidémiologique), cette dernière en a d'autres, qui lui sont spécifiques, et qui sont en particulier ceux qui influencent l'accessibilité de la technique.

En mettant l'accent, d'entrée de jeu, sur ces notions essentielles, il va de soi que nous demandons beaucoup à l'épidémiologie. Visiblement beaucoup plus que ne voudrait donner, selon certains, cette discipline "unaniment respectée comme science" et qui craint manifestement que sa réputation ne soit ternie par une contribution trop directe aux décisions -incontestablement difficiles- qui sont aujourd'hui à prendre (cf. [3] p. 8). Mais elle est pourtant indispensable, comme on va le voir sur quelques exemples, et elle ne peut donc pas fuir ses responsabilités.

Ces notions essentielles doivent guider un examen dont on comprend qu'il est nécessairement préalable à la formulation de toute question relevant spécifiquement de l'analyse économique, qu'il devrait être systématique, et qu'il devrait s'attacher à vérifier la pertinence, puis l'efficacité clinique et enfin l'efficacité épidémiologique de toute action proposée dans le domaine de la santé. Bornons-nous à ne prendre que deux exemples.

PREMIER EXEMPLE : À QUOI SERT LA SURVEILLANCE DES COURBES DE POIDS ?

Il a semblé hors de doute pendant des décennies que l'un des services à rendre à la population, au-delà du vulgaire traitement des épisodes morbides spontanément présentés, serait la surveillance de la croissance des enfants sains, et que l'instrument de cette surveillance serait la courbe de poids. On s'est bientôt rendu compte que la question était plus complexe qu'il n'y paraissait au premier abord. D'abord, parce que la détermination des courbes de référence du poids pour un âge donné ou du poids pour une taille donnée exige un important travail et parce que la variation importe plus que le niveau. Mais aussi pour des raisons bien plus triviales : les agents qu'on charge de la pesée, même si on les prétend alphabétisés, ce qui n'est même pas toujours le cas, ont le plus grand mal à interpréter leur mesure en termes de variation, et à en tirer les conséquences adéquates (sur ces difficultés pratiques considérables, voir notamment [4] p. 393, [5] p. 668-674, et une large étude bibliographique dans [6]).

Mais, au fait, qu'attendait-on de cette surveillance systématique de la courbe de poids ? Nous nous limitons volontairement ici aux dimensions mesurables de l'état de santé, et nous excluons par conséquent tout effet supposé sur l'éducation des mères ou sur la participation des populations aux politiques qui visent à faire leur bonheur. Dans ces limites, on attend en principe de cette surveillance de la courbe de poids, complétée notamment par un interrogatoire approprié de la mère, une identification précise des enfants présentant un fort risque de morbidité ou de mortalité à court terme. Mais, lorsque, après avoir été surpris de constater que la pesée régulière des enfants, telle qu'elle était pratiquée, ne s'accompagnait pas d'une réduction de la proportion des enfants

malnutris (cf. par exemple [4] p. 396), on s'est préoccupé sérieusement de vérifier l'association entre la décélération de la croissance et le risque de mourir à brève échéance -c'est-à-dire dans les cent jours suivants-, il a fallu admettre (cf. [7] et [8]) qu'on ne parvenait pas "à démontrer une association entre la position d'un enfant dans la distribution des paramètres anthropométriques et le risque ultérieur de mourir" (cf. [8] p. 706).

Il faut conclure non seulement qu'on est généralement incapable de tenir correctement les courbes de poids là où l'on a cru (ou fait croire) qu'elles seraient utiles, mais encore qu'on ne peut pas démontrer qu'elles auraient servi à quoi que ce soit de mesurable (d'autres raisons de l'intérêt porté à cette activité sont évoquées, cf. [9]). Nous sommes donc fondés à considérer que toutes les ressources qui sont consacrées à cette activité sont gaspillées.

SECOND EXEMPLE : COMMENT IDENTIFIER LES RISQUES DE DYSTOCIES FOETO-PELVIENNES POUR LES PRENDRE EN CHARGE ?

Sur cet exemple, on peut voir à la fois quelles méthodes sont adaptées à la sélection des gestes efficaces conduisant à un résultat donné en termes d'état de santé, et comment les considérations économiques déterminent l'adoption d'un niveau donné d'efficacité épidémiologique.

Nous sommes à nouveau en présence d'une activité courante des dispensaires, d'une activité qui fait partie du lot des soins de santé primaires ; mais il s'agit en plus d'une activité dont le résultat immédiat sur la santé des parturientes est la vie ou la mort, alors que cette activité est généralement confiée, au moins en Afrique francophone, à un personnel très peu qualifié (avec les difficultés de compréhension et d'exécution qui en découlent, cf. [10]). Le problème pratique est de savoir quel est le signe (ou le critère) auquel on doit donner le plus d'importance pour décider que telle femme présente un risque appelant la mise en oeuvre de telle action particulière. Et il apparaît que ce problème n'est pas seulement technique : ce signe doit permettre d'éviter une proportion suffisante des risques susceptibles de prévention ou d'atténuation (là est l'efficacité), sans soumettre aux mesures spéciales (en pratique hospitalisation préventive permettant un accouchement sous surveillance qualifiée, et intervention chirurgicale si nécessaire) un effectif trop grand de femmes pour lesquelles le risque serait trop faible. L'effectif de femmes soumises à surveillance particulière est bien le coût de chaque solution : plus grand sera cet effectif, plus importantes seront les ressources hospitalières (lits, personnel, etc.) mobilisées par cette seule activité. Tel est donc le problème, et l'on est surpris de constater qu'apparemment il n'a été abordé par l'organisation que d'une seule enquête prospective, celle qui a porté sur près de 5000 cas, à Kasongo, il y a quelques années (cf. [11]).

Parmi les éléments pertinents dans la perspective de la détection du risque, on peut assez facilement recueillir les suivants : la parité (primiparité ou multiparité), les conditions de l'accouchement antérieur (eutocique ou dystocique) pour les multipares, l'issue de l'accouchement précédent (mortinatalité, mortalité précoce ou enfant vivant au moins huit jours) pour les multipares, la position du fœtus pendant la grossesse (tête engagée ou non, chez les primipares ; transversale ou autre chez les multipares), taille de la femme, âge de la femme, rang de la grossesse, notamment. Le risque lui-même peut être apprécié de deux façons : certaines dystocies foeto-pelviennes menacent immédiatement la vie de la mère (ruptures de l'utérus, indications de la césarienne, etc.), alors que d'autres cas doivent plutôt être considérés comme des accouchements de durée anormalement longue (emploi d'une ventouse ou de forceps).

L'étude de la fréquence de l'un et l'autre risque chez les parturientes, présentant chaque caractéristique pertinente, montre par exemple qu'il y a beaucoup plus de risque immédiat pour la vie de la mère chez les primipares chez qui on a diagnostiqué, par palpation externe, que la tête de l'enfant n'était pas engagée, que chez celles à qui l'on a fait le diagnostic de tête engagée (cf. [11] p. 176) ; ou bien, que la différence n'est pas significative, dans l'ampleur du risque immédiat pour la vie de la mère, entre les femmes plus ou moins jeunes (quel que soit l'âge limite, entre 16 et 20 ans, cf. [11] p. 177), contrairement à ce qui a été observé ailleurs -et à ce qui est enseigné dans les facultés-, etc.

Pour répondre à la question posée, on est donc tenté de retenir un seul indicateur, celui auquel est associée la plus forte proportion des femmes à risque. Dans ce cas, on sélectionnera la présence d'antécédents d'incidents obstétricaux (nécessité d'une intervention au cours du précédent accouchement, ou mortinatalité, ou décès de l'enfant avant huit jours) : en appliquant la surveillance renforcée de l'accouchement à moins de 2 % des femmes enceintes (ce coût, en termes de charge de travail, est le plus faible qu'on puisse imaginer), on fera face à 40 % des risques immédiats pour la vie de la mère (ce qui est une efficacité remarquable), et 10 % des accouchements anormalement longs (cf. [11], chiffres p. 175, et graphique p. 180).

Une autre solution, qui paraîtra plus prudente à beaucoup, et qui sera probablement considérée comme pertinente, consiste à admettre que le risque est encouru par toute femme présentant l'un quelconque des signes suivants : antécédents obstétricaux, position anormale du fœtus, grossesse de rang un ou deux, petite taille, jeune âge. De fait, l'efficacité de cette attitude est bien plus grande que celle de la précédente : on arrivera à repérer entre 63 et 81 % des cas d'accouchement anormalement long et entre 86 et 91 % des risques immédiats pour la vie de la mère (les bornes dépendent du choix des âge et

taille limites). Mais, pour obtenir ce résultat, il faut appliquer les mesures spéciales à une proportion qui va de 44 à 51 % des femmes fréquentant la consultation prénatale (cf. [11] p. 180).

Une troisième solution est intermédiaire. Elle consiste à sélectionner toutes les femmes qui ont des antécédents obstétricaux, plus celles qui ont deux signes parmi les quatre autres (position anormale du fœtus, grossesse de rang un ou deux, petite taille, jeune âge). Alors, en sélectionnant entre 10 et 17 % des femmes (selon les valeurs retenues comme limites pour l'âge et la taille), on fera face à une proportion des risques immédiats pour la vie de la mère comprise entre 55 et 77 % (et pour les accouchements anormalement longs, entre 25 et 52 %). L'efficacité est moindre que dans la seconde solution, mais le coût également (cf. [11] p. 181).

La contrainte des ressources disponibles interfère clairement avec le souci de prendre en charge les besoins : si les ressources actuelles permettent d'offrir un accouchement hospitalier avec surveillance renforcée à 5 % des femmes qui fréquentent la consultation prénatale, seule la première solution est faisable ; si cette offre peut être faite à la moitié des femmes, alors la seconde solution peut être mise en oeuvre. Mais pour que l'on puisse clairement poser le problème en termes économiques, il a d'abord fallu analyser la décision médicale et préciser la portée exacte de chacun des signes que la Faculté considère comme pertinents. Le geste efficace, dans cette perspective, est celui qui non seulement produit un effet sur la santé, mais produit le meilleur effet pour un coût donné.

AMPLEUR DU PROBLÈME ET CONSÉQUENCES

La stratégie des soins de santé primaires a été décrite à la fois comme une utopie mobilisatrice (mais pourquoi pas ?) et comme un ensemble d'activités. On la présente comme une immense ambition lorsqu'on soutient (cf. par exemple [12]) qu'elle vise la santé comme "*état de bien-être physique, mental et social de l'individu*" ; qu'elle est fondée sur une préoccupation essentielle d'équité, qui lui impose de se préoccuper "*des causes dans lesquelles s'enracinent la pauvreté et l'actuelle répartition des richesses*" ([12] p. 561) ; qu'elle implique une approche multi-sectorielle des problèmes de santé et une réelle participation communautaire. On est déjà plus modeste, mais peut-être pas encore assez réaliste, lorsqu'on se contente de l'opposer à l'approche par les "services de santé de base" et de distinguer "self-reliance" et "self-sufficiency" (cf. par exemple [4], pp. 388-390).

Elle se ramène à un ensemble d'activités, par exemple dans la définition de ses huit composantes, dont certaines sont à l'évidence bien difficiles à atteindre en ce bas monde. Citons : "*une éducation concernant les problèmes de santé*

qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des endémies locales ; le traitement des maladies et lésions courantes ; et la fourniture de médicaments essentiels" ([13] p.8).

L'organisation de chacune de ces activités exige des ressources, tant en compétences professionnelles ou en équipements qu'en financements courants. Dans un contexte de rareté, ces activités sont donc concurrentes, et nous sommes en droit de considérer que leur catalogue n'a aucun intérêt tant que nous ne disposons pas de toutes les ressources nécessaires à leur mise en oeuvre simultanée -ce serait le paradis terrestre- et tant que nous ne connaissons pas au moins les critères qui permettraient d'arbitrer entre les demandes des professionnels de chaque activité considérée.

Laissons de côté l'alimentation, l'eau et l'assainissement parce que, au moins sur ce continent, le problème dépasse visiblement le secteur de la santé et même la coopération entre administrations (ce qu'on appelle "l'intersectoriel" dans certains milieux internationaux) ; laissons de côté l'éducation sanitaire, parce qu'elle n'a sans doute guère d'avenir tant que l'éducation de base se rétrécit dans les pays les plus pauvres ; laissons de côté la protection maternelle et infantile, dont il a été question plus haut, sur des exemples ; laissons de côté les médicaments essentiels, pour y revenir bientôt. Que dire de l'efficacité des gestes des agents de santé chargés de la vaccination, de la prévention et du contrôle des endémies locales, du traitement des maladies et lésions courantes ?

Ces actes sont confiés à un personnel qui, en pratique, dans plusieurs pays de ce continent, n'arrive pas à surmonter des difficultés tout à fait élémentaires de compréhension, d'organisation et d'interprétation de son travail et se montre, en conséquence, incapable d'exécuter de façon fiable les consignes les plus simples relatives à l'observation du patient, ou incapable de prendre la décision qui s'impose devant la constatation d'un signe bien identifié (cf. les exemples édifiants, rarement décrits pour ne pas froisser les susceptibilités ou pour ne pas décourager les généreux donateurs, exemples atroces bien connus de ceux qui vivent dans les pays considérés, et dans quelques autres : [10], pp. 15-17, [14] pp. 28-29, [15] pp. 13, 16, 22). N'est-ce pas gaspiller les ressources en pure perte que de confier quelque tâche que ce soit à des agents qui n'ont "aucun niveau" ? Va-t-on augmenter le gaspillage en pure perte de ressources nationales ou d'aide extérieure en confiant à ces agents la distribution des produits anticonceptionnels (pilules et dispositifs intra-utérins), en prétendant

qu'ils assureront convenablement la surveillance des femmes (cf. [16] pp. 31-35 et [15][21][53]) ? Globalement, l'extension des services de santé vers la périphérie s'est faite sans considération aucune de la qualité des prestations offertes : tout cela n'a été que gaspillage. Même les formations sanitaires dans lesquelles une présence médicale est assurée ne donnent pas, loin s'en faut, les garanties qu'on serait en droit d'attendre.

Mais il convient aussi de s'interroger sur les niveaux supérieurs de la pyramide. Est-il admissible, mais alors au nom de quelle confraternité, que l'investissement hospitalier, pour lequel on trouve toujours des financements, et sur lequel se concentrent les médecins dont la formation a coûté le plus cher, serve à délivrer des prestations qui sont pour l'essentiel du niveau technique de ce qu'on doit offrir dans chaque district ? Est-il admissible que les services de chirurgie d'un hôpital d'enseignement réalisent plus de 80 % de leurs interventions dans les catégories appendicectomie, cure de hernie, césarienne, hydrocèle (cf. [17] pp. 79 sq) ? N'est-ce pas gaspiller ostensiblement les ressources dans la capitale, alors que le taux apparent d'incidence (nombre d'interventions du type considéré pour 100 000 habitants) peut varier, entre les régions, dans le rapport de 1 à 10 pour les césariennes, et dans le rapport de 1 à 100 pour les appendicites (cf. [17], pp. 83-85) ? N'est-ce pas gaspiller ostensiblement les ressources dans la capitale, alors que le nombre de césariennes réalisées dans la région la moins bien desservie correspond à 1 accouchement sur 3000 (cf. [17], p. 85) ?

Il n'est pas possible de justifier en détail ici le doute qui s'installe dans tout esprit pénétré des notions d'efficacité clinique et d'efficacité épidémiologique lorsqu'il découvre la réalité de l'activité des services de santé, notamment à la périphérie. Ce doute doit être exprimé parce qu'il est le même que celui qui motive le progrès de la pratique médicale dans les systèmes de santé qui se soucient de progresser (cf. par exemple [18]). Mais, dans le contexte de la grande pauvreté, ce doute conduit aux questions suivantes, moins radicales toutefois que les voix qui commencent à contester l'accent mis pendant des décennies sur les maladies transmissibles de l'enfance (cf. [19]), ou même que celles qui demanderaient au secteur public de se limiter aux services que les économistes classeraient dans leur catégorie des "biens sous tutelle" (notion sur laquelle on reviendra plus loin) :

- n'est-il pas temps de replier les services de santé du district sur le centre de santé du district (placé sous la responsabilité d'un médecin) et sur les dispensaires tenus par des infirmiers qualifiés ? n'est-il pas temps de cesser de faire semblant d'étendre la couverture sanitaire et de faire semblant de croire à l'efficacité de dispositifs périphériques que personne ne sait ni former ni surveiller ?

- n'est-il pas temps de se fixer comme seul objectif de faire fonctionner ce centre et ces dispensaires de telle sorte qu'un minimum de règles de bonne pratique professionnelle y soient respectées ? n'est-il pas temps de commencer par assurer, aussi bien que possible, au profit de la population qui se présentera, le traitement des épisodes aigus et des blessures, quelques tâches préventives bien définies et limitées, et l'approvisionnement en médicaments essentiels ?

- n'est-il pas temps de songer à éliminer toutes les qualifications insuffisantes et tous les personnels qui n'ont pas les aptitudes pour acquérir les connaissances et les capacités de raisonnement qui définissent l'infirmier diplômé d'Etat (un minimum de compétence en matière de diagnostic et de thérapeutique, la maîtrise de quelques gestes, un minimum de socialisation professionnelle impliquant l'adhésion convaincue et vérifiable à quelques principes déontologiques) ?

RÉDUIRE AU MINIMUM LES COÛTS DES ACTIVITÉS UTILES

Supposons maintenant que nous connaissions, grâce aux investigations pertinentes, les activités dont l'efficacité épidémiologique est avérée. La préoccupation de la santé publique conduit alors à s'intéresser à leur coût. Cette préoccupation est d'autant plus justifiée que, sur ce continent, l'ampleur des besoins non pris en charge saute aux yeux les moins perçants. La santé publique veut entreprendre le maximum d'activités compatible avec les ressources disponibles. Elle se situe donc à rebours de la tendance générale et, au demeurant bien naturelle, des professionnels de santé, tendance qui consiste à utiliser le fait que leur activité (leur service) est utile, voire nécessaire, à une clientèle abondante, pour en tirer sans scrupules le profit personnel maximum : n'a-t-on pas vu récemment, par exemple, les médecins d'un pays sahélien parmi les plus pauvres, revendiquer pour la consultation de généraliste, en invoquant la nécessaire défense de la qualité de la médecine, un honoraire représentant plus de 30 % du salaire minimum mensuel de leurs concitoyens, et environ 50 % pour la consultation de spécialiste (cf. [20] pp. 76-80 et [21]) ?

La préoccupation de la santé publique, si elle n'est plus qu'en paroles celle d'Etats désormais trop faibles pour imposer quoi que ce soit aux professionnels de santé, restera peut-être le souci de l'aide extérieure. Elle exige qu'au lieu de faire des affaires, publiques ou privées, sur la santé, on recherche le coût minimum pour les prestations destinées à faire face aux besoins de cette population qui reste sans voix, les malades des pays pauvres.

Voilà, dira-t-on, l'économiste, avec ses gros sabots, et là où on l'attendait ! Est-ce si sûr ?

CRITÈRE DU COÛT MINIMUM

Contrairement à ce que d'aucuns feignent de croire, l'économiste ne se préoccupe pas, d'ordinaire, de "faire des économies", et pour une raison simple : il suppose que les professionnels sont mieux placés que lui pour éviter les gaspillages. Qui, mieux que l'ingénieur, saura dire combien il faut de ciment pour obtenir tel volume de béton, et de telle qualité, destiné à tel ouvrage ? Qui, mieux que le médecin, saura dire comment organiser une maternité ou un bloc opératoire, et le personnel qui y est nécessaire ? Les problèmes économiques se posent à partir du moment où, et seulement à partir du moment où, les problèmes techniques (comment fabriquer tel bien en telle quantité ? comment rendre disponible tel service en tel volume ?) ont été résolus par les professionnels. Les questions qui relèvent spécifiquement de l'économiste sont celles qui ont trait justement à la détermination des quantités à produire, parce que ces quantités dépendent de l'utilité de la production pour les consommateurs, et parce que cette utilité ne se révèle pas toujours par la demande exprimée.

Les services de santé sont caractéristiques, à cet égard : l'utilité objective des soins est mieux connue du médecin qu'elle ne l'est du malade ; la première demande de soins par le malade repose sur une appréciation fortement influencée par l'émotion et, de ce fait, mal informée, de l'utilité objective des soins ; après le premier diagnostic médical, la suite des soins ne dépend plus guère d'une demande, tant est déterminante la prescription médicale. Pour ces raisons, l'Etat se trouve justifié d'intervenir, à la fois pour renforcer le contrôle de la profession sur la pratique individuelle, pour organiser des activités préventives qui échapperont toujours, par leur ampleur et par leur nature, à la demande privée (lutte contre les vecteurs de certaines affections par exemple), pour inciter les "consommateurs" à utiliser tel ou tel service plus qu'ils ne le feraient spontanément (action en faveur de la vaccination par exemple, ou politique des prix en faveur de tel service ou de tel groupe social) ; et nous venons de citer là deux exemples essentiels de "biens sous tutelle" dans le domaine de la santé.

Mais ces particularités ont une autre conséquence importante, qui est la suivante : les professionnels de santé ont été en pratique, dans tous les pays, et jusqu'à nos jours, dispensés d'éliminer le gaspillage des ressources qui sont consacrées à leur activité ; il a fallu que la valeur de leur activité atteigne une ampleur considérable (jusqu'à 10 % de la production nationale dans plusieurs pays d'Europe), et pose d'aigus problèmes macro-économiques de financement, du fait du volume des opérations des institutions d'assurance, pour que la préoccupation de contenir les coûts apparaisse dans ce secteur, il

y a environ une génération dans les pays développés, bien plus récemment, malgré la pauvreté, sur le continent africain.

La préoccupation sociale qui motive actuellement le recours aux économistes est celle-là même qui est apparue dans l'histoire de la médecine à de multiples reprises (et notamment dès le début de ce siècle, en particulier avec le développement de la chirurgie, cf. par exemple [22]) : quels résultats obtient-on de la mise en oeuvre de gestes ou d'activités qui ont un coût ? Cette identité de préoccupation a pour conséquence, en particulier, que le critère du coût minimum que proposent les économistes ne s'applique jamais qu'à la production d'un bien ou d'un service de qualité donnée, qui sera définie par les professionnels de santé. Car il n'y aurait aucun sens à comparer le coût de deux biens ou de deux services qui pourraient paraître identiques mais dont la qualité différerait pour le connaisseur.

Il peut se faire que l'appréciation de la qualité soit extrêmement délicate pour le professionnel : la qualité, ici comme dans la section précédente, n'est pas seulement le respect de certaines règles de bonne pratique, c'est l'obtention d'un résultat, et d'un résultat mesurable. Mais cette difficulté ne doit pas être invoquée abusivement, dans le seul but d'interdire la comparaison des coûts. En particulier, en ce qui concerne les activités sanitaires menées au premier niveau de la présence médicale (dans le "district", ou la circonscription médicale), la plupart d'entre elles sont parfaitement codifiées, et leur exécution stricte (qui comprend la référence dans les cas spécifiés) doit conduire au résultat attendu. La notion de décès évitable (cf. [23]) ne devrait pas être appliquée là seulement où elle est le plus difficile à définir : la question à laquelle elle correspond peut être posée dans chaque formation sanitaire.

En outre, deux exemples vont montrer que, dans la situation présente des services de santé, il est possible de réduire considérablement certains coûts sans avoir à affronter le problème de la comparaison des qualités. Il ne couvrent pas, loin s'en faut, la totalité du problème : en particulier, on laisse ici de côté l'immense problème des hôpitaux des pays pauvres, c'est-à-dire l'immense problème du gaspillage des ressources rares de la collectivité au bénéfice d'un tout petit nombre de personnes, qui sont d'abord les professionnels de santé. Personne n'a eu le courage de s'attaquer à la mesure du désastre-(le projet d'étude envisagé par la Banque Mondiale n'a jamais été réalisé, cf. [24]), désastre qui coule les systèmes de santé africains, en particulier en Afrique francophone (pour un contexte différent, cf. [25]).

PREMIER EXEMPLE : MÉDICAMENTS ESSENTIELS

La fourniture de médicaments essentiels est l'une des composantes des soins de santé primaires, comme on l'a rappelé ci-dessus. Depuis 1978, il eût

certainement été possible de réaliser de grands progrès dans cette voie : faire un premier pas résolu dans cette direction eût été une bien meilleure preuve d'engagement politique dans la stratégie des soins de santé primaires que de pompeuses déclarations aux tribunes de Genève ou sur les ondes nationales. Las ! On continue d'invoquer la pression des multinationales, comme si l'on ignorait que le continent africain dans son ensemble n'intéresse l'industrie pharmaceutique qu'à proportion du chiffre d'affaires qu'elle y réalise : moins de 3 %, une misère (cf. [26] p. 8).

On se contente souvent, dans ce domaine, de comparer le prix de quelques produits, selon qu'ils sont achetés en spécialité ou en dénomination commune internationale. Les écarts de prix sont impressionnants (parfois de 1 à 10), mais cela ne suffit pas à donner une idée précise et complète de l'intérêt économique que présenterait un approvisionnement en médicaments essentiels.

Il y a plusieurs années, nous avons été surpris d'avoir à conclure qu'un district d'un des pays les plus pauvres de la planète (le "cercle" de Kolokani au Mali) consacrait d'ores et déjà, en 1978, bien assez d'argent aux médicaments pour pouvoir traiter, en s'approvisionnant en médicaments essentiels, à peu près tous les épisodes de paludisme, de déshydratation et d'affections bactériennes justiciables d'un traitement antibiotique (cf. [2] pp. 392-399). Plus récemment, nous avons pu établir que, dans ce même pays, les dépenses de médicaments représentent 60 % de la dépense nationale de santé, soit 12 milliards FCFA sur 20 en 1986 (cf. [20] pp. 12-28) ; et qu'une politique nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels -celle même que, suivant un grand élan international de générosité verbale, le pays avait officiellement adoptée depuis plusieurs années- aurait permis de diviser cette facture pharmaceutique par trois et probablement même par quatre (cf. [17], [27], [28]).

Le choix des produits intervient pour environ la moitié de la différence, et les écarts de prix pour l'autre moitié. Cela signifie que l'insouciance ou l'incompétence des professionnels de santé en matière de prescription coûte environ 4 milliards aux malades, et que l'incompétence professionnelle ou la cupidité de certains dirigeants ou agents du système national d'approvisionnement coûte environ, par l'acquisition de produits exagérément chers, la même somme annuelle.

A cela, il convient d'ajouter que la Banque Mondiale fait depuis quelques années tout ce qui est en son pouvoir pour faire prévaloir la ligne de conduite qu'elle impose à ses experts en matière de santé, à savoir "privatisation d'abord", plutôt que "santé d'abord". Plusieurs projets financés par la Banque Mondiale, par exemple au Burkina Faso, au Bénin, etc., ou par la Communauté Economique Européenne, par exemple en Côte d'Ivoire, prétendent réaliser

une politique de médicaments essentiels, mais se limitent à prévoir quelques activités de façade pour l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, secteur en déclin, en évitant que le médicament essentiel ne soit effectivement accessible à toute la population et n'entame alors le chiffre d'affaires et les bénéfices des officines privées. Il est par ailleurs très facile de laisser jouer la corruption et l'information unilatérale qui se combinent, dans les pays d'Afrique francophone au moins, pour protéger le marché des spécialités, et pour renforcer le corps médical et les infirmiers dans l'opinion que leur ont forgée (et que continuent de professer, du haut de leurs chaires) leurs maîtres : qu'un médecin qui se respecte prescrit des spécialités. Chacun sait par ailleurs que le programme des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé n'est plus que l'ombre de ce qu'il était du temps du précédent directeur général.

Il est pourtant clair, dans ce cas, que l'efficacité n'est pas en cause : l'efficacité d'un médicament ne dépend pas de son nom commercial. Et s'il y a des problèmes liés au respect des "bonnes pratiques de fabrication", ou plus largement au contrôle de la qualité des médicaments achetés en DCI sur le marché international, ne sont-ils vraiment pas solubles ? Le recours aux spécialités correspond donc à une préférence pour le coût maximum, qui présente évidemment beaucoup d'avantages pour certains, mais hélas pas pour les malades.

SECOND EXEMPLE : FRAIS DE PERSONNEL

Les frais de personnel représentent une part importante du coût du fonctionnement des systèmes de santé : d'après les rares exemples de comptes nationaux de la santé disponibles pour des pays d'Afrique au sud du Sahara, environ les deux tiers (cf. [29] p. 129). On pensera que cette situation est normale pour une activité de services. Encore faut-il qu'on puisse s'assurer qu'au versement du salaire correspond une contrepartie, sous forme d'un service quelconque en quantité non nulle.

Ne considérons pour l'instant que la quantité de travail fourni pour un salaire donné. Plaçons-nous dans le contexte : il est connu que le coût du travail est exceptionnellement élevé en Afrique francophone, sans doute d'abord parce que les salaires des fonctionnaires sont exagérément élevés par rapport au produit par habitant. Au tout début des années 1980, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale dans les pays d'Asie à faible revenu (tels que Bangladesh, Pakistan, Laos, Sri Lanka, etc., tous pays dont le produit par habitant ne dépasse pas 480 US\$ en 1988) était environ 2 fois le revenu par habitant ; à la même période, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale était, en Afrique au Sud du Sahara, 5,5 fois le revenu par habitant (cf. [30] p. 32). Qu'en était-il exactement par exemple au Mali,

crédité d'un produit par habitant de 230 US\$ en 1988 : en divisant la masse des salaires inscrite au budget de l'Etat (environ 38 milliards FCFA dans les années 1985 et 1986) par l'effectif des agents des administrations (environ 50 000 personnes), on obtient 760 000 FCFA par agent et par an (rémunération officielle, que chacun complète de multiples façons), soit, pour un dollar à environ 300 FCFA, plus de dix fois le produit par habitant.

Et, en contrepartie de ces salaires exceptionnels (compte tenu du niveau de la production par tête dans le pays), quels sont les services rendus à la population ? Limitons-nous à quelques exemples pris dans le secteur de la santé, au Mali, pays sur lequel nous disposons désormais d'une documentation très précise. On y attribue le salaire minimum (lui-même déjà supérieur d'au moins 50 % au produit national par tête) à des agents de santé de village qui ne sont pas tous alphabétisés, et qui vont recevoir en moyenne moins d'un patient par jour ouvrable et exceptionnellement 3 ou 4 (voir l'exemple de la seconde région du Mali, traité en détail, cf. [31], notamment pp. 18, 31, 45, 55, 67, 77). On y paie plusieurs agents (à un salaire moyen égal à quatre à cinq fois le revenu par tête) dans chacun des laboratoires de centre de santé ou d'hôpital dans lesquels on réalisera en moyenne cinq actes par jour (cf. [17]). On y paie plus de vingt sages-femmes (dont chacune coûte au contribuable six à sept fois le revenu par tête) et autant d'aides-soignantes et de matrones dans chacune des maternités de la capitale, maternités dont aucune ne réalise vingt accouchements par jour ; où on tolère que le quart des accouchements soient faits par les aides-soignantes ; où l'on tolère que l'existence d'antécédents obstétricaux ne soit jamais recherchée ; où l'on tolère qu'un ocytocique -payant !- soit administré à toutes les femmes en travail, alors même que les connaissances du personnel sont jugées satisfaisantes (cf. [32], pp. 39-40, 86-92, 94-98 et 156-157) ?

Dans tous ces exemples, on donne un multiple du revenu national par tête à des agents qui travaillent en moyenne une heure par jour (cf. [32] p. 162 ; l'estimation est immédiate pour les autres cas cités). On ne découvre pas ici que la fonction publique est avant tout un mécanisme d'exploitation des "braves populations rurales" au bénéfice des élites, et de répartition au profit des mêmes tributaires d'une aide extérieure qui ne sait à quoi s'employer. On se demande cependant s'il ne serait pas possible que l'on sauve au moins quelques apparences.

En outre, on ne ferait pas que sauver les apparences. La productivité n'est pas qu'une préoccupation obsessionnelle des économistes, elle est d'abord une condition nécessaire de la qualité des actes professionnels. Un seul exemple suffira à le rappeler : si un agent de santé ne pratique qu'exceptionnellement la ponction lombaire, la probabilité qu'elle soit traumatique, et donc illisible,

est très forte (cf. [33] p. 20). L'inactivité, comme le manque d'équipement technique, déqualifient inéluctablement et irrémédiablement le personnel en place (cf. [33] p. 57).

AMPLEUR DU PROBLÈME ET CONSÉQUENCES

La réduction du coût des activités sanitaires jusqu'à leur minimum est un immense problème d'actualité. Les faits sont là! Les ressources consacrées à la santé sont dilapidées, sur les conseils ou sous la pression des corporations de la santé, alors que les besoins insatisfaits sont considérables. Pourtant, si la réduction du coût des activités doit être générale, elle n'est pas un objectif en soi : elle est le moyen par lequel le système de santé retrouvera la préoccupation d'un usage efficace de ses ressources et d'un produit de qualité. On ne cherche pas à réduire la dépense nationale de santé, mais, ce qui est très différent, à obtenir le plus grand produit volume x qualité qui peut être atteint avec les ressources disponibles, de façon à satisfaire la plus grande proportion possible de besoins qu'on sait immenses. La réduction du coût doit porter à la fois sur les hôpitaux, sur le personnel et sur le médicament.

Le médicament est sans doute, dans la plupart des pays les plus pauvres d'Afrique, le seul point sur lequel les politiques de santé peuvent trouver une marge de manoeuvre immédiate : une possibilité de stabiliser ou diminuer, à volume constant et qualité constante, les ressources qui y sont consacrées par les familles et par les finances publiques, en même temps qu'une possibilité de réallouer ces montants, par exemple sous la forme de budgets de fonctionnement courant, au bénéfice des soins eux-mêmes, c'est-à-dire des consultations et hospitalisations, dont on devrait pouvoir augmenter la quantité et la qualité. Cette réallocation n'est pas qu'une opération comptable : elle pourrait signifier, comme le montrent de multiples expériences, que le centre de santé de district disposerait de ressources nouvelles, pour avoir instauré par exemple une tarification de ses prestations (selon des modalités diverses sur lesquelles on va revenir) si les familles constataient que, dans le même temps, le coût des ordonnances diminue sensiblement, ou que la qualité des prestations (et d'abord l'accueil réservé aux patients), mais aussi l'état des locaux et peut-être leur équipement, s'améliorent visiblement, ou encore que les deux phénomènes se produisent simultanément (cf. notamment [17], [34]).

La réduction de l'effectif du personnel là où la productivité est à un niveau inacceptable est le second point sur lequel les politiques de santé peuvent trouver, à terme, une marge de liberté. Le secteur public de la santé peut être sauvé par un effort sur ce point, mais seulement si cet effort intervient sans trop tarder. On peut en effet très bien imaginer, contrairement à ce que beaucoup voudraient laisser croire, que le secteur public s'effondre sans crier gare, faute d'avoir su analyser sa situation et les risques qu'il devait affronter.

Ce qui s'est en effet passé sous nos yeux ces dernières années, c'est que les formations sanitaires publiques ont été désertées par les malades avant même d'être abandonnées à leur triste sort par les finances publiques. Est-il exact que le nombre de consultants des formations publiques est passé au Sénégal de près de 12 millions il y a dix ans à environ 2 millions aujourd'hui (cf. [33] p. 6) ? Eût-il été équitable que les pouvoirs publics continuent à allouer des moyens identiques à ces formations ? Evidemment non !

Les hôpitaux, et spécialement les grands hôpitaux des capitales, sont le troisième domaine dans lequel la réduction des coûts (en partie par la suppression des activités transférables à d'autres formations sanitaires, cf. [35]) s'impose. Jusqu'aux années 1980, la politique de santé était une politique hospitalière, et les hôpitaux ont été protégés par les relations politiques des praticiens hospitaliers et par leur collusion avec l'aide extérieure. Mais la gestion des moyens consacrés à l'hospitalisation, abandonnée à des mains inexpertes, montrait simplement que le corps médical était incapable d'adapter les dotations au volume et, a fortiori, à la qualité, des activités (cf. [36] pp. 133-139, [37] pp. 97-101 ; voir pourtant un exemple réconfortant en sens contraire, cf. [35]). Il est rapidement devenu trop apparent pour les élites que les soins étaient de meilleure qualité à l'étranger ; et il a toujours été trop apparent pour les pauvres gens que les hôpitaux ne constituent un recours qu'en désespoir de cause (pour un exemple, cf. [38]). Seuls les généreux donateurs font semblant de n'avoir pas compris, et persévèrent à couler du béton et à équiper des hôpitaux, sur lesquels on peut faire de beaux reportages. Qui, dans les années 1980, a encore financé de grands hôpitaux en Centrafrique ou au Cameroun, par exemple ? Il reste donc encore à convaincre la Banque Mondiale (qui persiste à consacrer la moitié du coût de ses projets dans le domaine de la santé à des constructions et équipements), ailleurs la Banque Africaine de Développement (qui peut se flatter d'avoir financé des réalisations qui ne serviront jamais à rien), là encore la Communauté Economique Européenne, l'Arabie Saoudite, l'Italie... ou tel ou tel autre intervenant que ces investissements hospitaliers n'ont d'intérêt que pour l'industrie du Nord.

Dans les trois cas, il faut ramener le coût des activités à son minimum, puisqu'il est possible d'obtenir soit le même volume et la même qualité à un coût total beaucoup plus bas que celui qui est actuellement supporté par la société, soit un volume beaucoup plus élevé et une qualité bien supérieure pour un coût total égal à celui qui est actuellement consenti. Les exemples que nous avons cités ne sont pas valables seulement à l'échelle de petits projets soutenus par une forte assistance extérieure : ils peuvent servir à bâtir des stratégies nationales. En effet :

- n'est-il pas vrai qu'une politique du médicament essentiel est déjà appliquée à grande échelle dans plusieurs Etats d'Amérique centrale (cf. [39]) ?

- n'est-il pas vrai qu'une politique de réduction des effectifs est possible ? Sous nos yeux, dans plusieurs pays, le secteur public n'embauche plus depuis des années. Certes, le FMI et la Banque Mondiale y sont pour quelque chose : ils ont eu le courage de dire tout haut ce que tout observateur sait, et d'en tirer les conséquences inéluctables. Le fait est que, dans beaucoup de pays, la croissance incontrôlée de l'effectif du secteur public est arrêtée, et qu'on peut provoquer des départs volontaires;

- n'est-il pas vrai que l'investissement hospitalier peut être arrêté, qu'il se dégrade très vite, et que de profondes recompositions peuvent se produire aussi dans ce secteur ? L'exemple d'Abidjan, avec ses centres hospitaliers anciens à la dérive, dont les chefs de service ont tous des activités (et éventuellement des intérêts) dans un hôpital public géré comme un établissement privé ou bien dans une clinique privée, rappelle que les discours stéréotypés peuvent masquer des évolutions considérables.

Il suffit d'attendre quelques années : les formations publiques seront en perdition, la voie sera libre pour d'autres initiatives. L'avenir va voir se développer une médecine privée ouvertement lucrative (c'est-à-dire pensant d'abord -comme l'a fait, en prétendant le contraire, la médecine publique- aux intérêts de ses professionnels), et, ici ou là, une médecine privée à but non lucratif, selon les capacités d'organisation des collectivités.

Il est évident que la défense des intérêts de la santé publique sera difficile dans ce nouveau contexte. Il y faudrait un Etat, pour fixer des règles du jeu, et il faudrait que cet Etat dispose d'une capacité de décision et d'une capacité de faire respecter ses décisions : ce n'est plus le cas dans bien des pays.

Que signifient dans ce contexte les grands programmes financés par les organisations internationales spécialisées (par exemple lutte contre l'onchocercose, vaccinations...) ? Ils signifient que se met en place sous nos yeux, pour les opérations que les donateurs veulent réussir, une administration parallèle à celle des Etats, une administration transnationale qui prend la réalité du pouvoir dans les domaines qui l'intéressent. Ils signifient aussi que se développent des programmes qui, sans être indépendants des aléas politiques dans les pays qui les financent et dans les pays où ils sont réalisés, sont soumis à des procédures d'élaboration et d'évaluation un peu comparables à celles qu'on utilise dans les systèmes de santé et pour les activités dans lesquelles est présent le souci d'obtenir les résultats visés, avec les moyens prévus, et de contenir les coûts. Nous n'en tirons aucunement la conséquence que ces

consultations externes et prénatales augmentent partout, mais les accouchements, qui étaient déjà en pratique payants auparavant, diminuent dans certains cas (cf. [46], pp. 9-11).

L'expérience de l'ONG, Médecins du Monde, dans les cercles de Koro et Bankass, n'est pas encore complètement analysée. Dans ce cas, l'approvisionnement en médicaments essentiels, achetés auprès de IDA et vendus sur prescription dans des "magasins santé" à prix coûtant, a été introduit partout à peu près à la même période, fin 1986. Mais c'est seulement en juin 1989 qu'une tarification des actes professionnels a été mise en oeuvre. Sur l'ensemble de la période, on constate un "trend" décroissant dans certaines formations sanitaires, ce qui mériterait de plus amples explications : qu'une phase de curiosité ou d'enthousiasme soit suivie par un retour à une fréquentation plus normale est courant ; que le fonctionnement du système puisse être progressivement compromis par la réapparition de pratiques plus ou moins malhonnêtes est tout-à-fait envisageable aussi. Globalement, une tendance à la réduction d'activité apparaît dans le cercle de Bankass, alors que dans celui de Koro, le "trend" semble parfaitement horizontal. Et, dans ce contexte, la mise en oeuvre d'une tarification des prestations n'a produit nulle part l'effondrement qu'on aurait pu redouter. Il y a probablement plus à craindre d'un relâchement de l'enthousiasme, ou même de l'intérêt des partenaires, ou de la discipline élémentaire qu'un début de gestion réintroduit dans des services de santé laissés à l'abandon, que de l'instauration d'un prix pour des prestations dont la qualité serait appréciée par les bénéficiaires.

QUEL CRITÈRE ? ÉQUITÉ OU UTILITÉ ?

Nous cherchons ici à dégager les principes d'une tarification qui, certes, recouvre tout ou partie des coûts, mais qui en même temps soit compatible avec une activité de santé publique : par là nous entendons une production de services de santé au bénéfice des malades, qui sont mal informés tant de leurs besoins que de la qualité des prestations qu'on leur offre. Le tarif aura inévitablement -malgré la rigidité toute administrative qui caractérise sa fixation et sa modification- des effets similaires à ceux qu'ont les prix sur les marchés : en tendance, ils adapteront la demande à l'offre, puisque la somme des demandes individuelles décroît lorsque le prix augmente, et que la somme des productions offertes augmente lorsque le prix croît. Il faut donc s'attendre à une réduction de la demande de soins si l'on introduit une tarification ou si l'on augmente le tarif. Il faut s'attendre aussi à une modification du comportement des producteurs et de la structure de la production, en raison de l'effet du tarif sur l'allocation des ressources. Or ces effets peuvent s'opposer à l'atteinte de certains objectifs de santé publique : pour justifier l'adoption d'une stratégie de recouvrement des coûts, il ne suffit donc pas de prouver que

les systèmes actuels ne sont pas équitables (cf. par exemple [47]), il faut expliciter les principes de tarification qu'on juge compatibles avec les objectifs retenus en matière de santé publique.

Le critère que nous proposons d'utiliser pour choisir entre les modalités concevables de la tarification est un critère d'équité. Nous souhaiterions que l'accès aux soins soit équitable, c'est-à-dire que chaque malade reçoive les soins que nécessite son état. Nous savons qu'il ne suffit pas, pour atteindre cet objectif, et même si tous les praticiens sont de bonne foi, que chacun d'eux s'engage individuellement à se comporter de la sorte en face des malades qui se présentent.

Les économistes travaillent depuis plus de deux siècles à définir les conditions dans lesquelles les besoins ressentis et exprimés par les gens (ou, dans le jargon, les "consommateurs"), peuvent être satisfaits au mieux (dans le jargon, "à l'équilibre"), compte tenu des coûts de production des biens (ou services) considérés. Dans la représentation complexe du fonctionnement de l'économie dont ils se servent à cette fin, les économistes admettent que personne n'est mieux placé que chaque individu pour apprécier ses propres besoins, et que personne ne peut définir ou pondérer les critères qui interviennent dans cette appréciation mieux que chacun pour son propre compte. C'est cette appréciation qui est appelée, dans le jargon, "utilité" : l'utilité est définie par chacun pour soi-même, elle est entièrement subjective. Et les économistes montrent que cette utilité est, dans des conditions bien spécifiées quant au fonctionnement des marchés et quant au comportement des individus (consommateurs et producteurs) sur ces marchés, satisfaite au maximum compatible avec les ressources disponibles, pour chaque individu et pour la société. Dans ces conditions, utilité et équité se confondent : la maximisation des utilités (subjectives) individuelles sous la contrainte des ressources disponibles conduit à une situation d'équilibre qui incorpore une forme d'équité, puisque chacun reçoit ce qu'il a demandé, compte tenu de ses appréciations subjectives strictement individuelles, et de ses ressources ; rien ne garantit, cependant, que chacun reçoive ce qu'il devrait recevoir de l'avis d'un tiers.

Si l'on oppose équité et utilité, c'est donc qu'on met en doute l'applicabilité de la représentation théorique évoquée ci-dessus dans le domaine qui nous intéresse ici. Cette mise en doute peut se fonder sur l'assymétrie de l'information, déjà évoquée plus haut à plusieurs reprises. Elle peut s'appuyer aussi sur une conception particulière de l'utilité dans le domaine de la santé : pour les professionnels, comme pour certains patients, les soins médicaux ont une utilité objective, et c'est cette utilité objective, et elle seule, qu'on doit considérer. Elle peut se fonder encore sur l'inégalité des revenus : toutes choses

égales par ailleurs (notamment : préférences, prix relatifs), les pauvres recevront nécessairement moins que les riches, ce qui est inacceptable en matière de soins.

Cette conception, inhabituelle pour les économistes, peut en outre paraître inappropriée dans le domaine qui nous intéresse. En effet, les dimensions purement subjectives de la perception de sa santé et des moyens de faire face à la maladie (perception des soins disponibles) ou de l'appréciation portée sur les soins reçus ont visiblement une influence considérable sur les comportements : interprétation des symptômes et de la maladie, inquiétude ou indifférence à l'égard de certains d'entre eux, compréhension des vertus comparées de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne... Et par ailleurs, contrairement à ce que les professionnels de santé voudraient voir, la priorité accordée par les familles aux dépenses de santé est aussi limitée que celle que lui donnent les pouvoirs publics : les gens ont d'autres satisfactions dans la vie que celles que leur procure la bonne santé ou, au moins, ils se comportent comme si tel était le cas. Nos enquêtes auprès des populations rurales comme nos enquêtes urbaines nous ont appris que les dépenses consacrées par les familles aux fêtes religieuses, familiales et sociales sont sans commune mesure avec les dépenses de santé (cf. [48], [49]). Dans ces conditions, les connaissances des économistes concernant l'appréciation des utilités subjectives par les mécanismes de marché semblent s'imposer.

D'un autre côté, retenir un critère d'équité, et donc dans les applications pratiques privilégier l'approche par l'utilité objective des services de santé, c'est prendre au sérieux l'assymétrie de l'information, dont il a déjà été question plus haut, et qui est évidemment considérable, en beaucoup d'endroits mais particulièrement dans les pays très pauvres. C'est reconnaître que, dans la situation d'urgence dans laquelle nous nous trouvons, l'avis de professionnels éclairés sur les soins nécessaires pour soigner chaque malade doit prévaloir sur toute autre opinion. Il est vrai que, dans un certain nombre de domaines, l'avis des professionnels n'est pas unanime, et il est vrai que les professionnels sont incapables de synthétiser l'état de santé d'un individu ou d'une population sous forme d'un indicateur mesurable. Néanmoins, il est encore préférable de retenir cette notion d'utilité objective des soins médicaux plutôt que de s'abandonner aux seules revendications des professionnels de santé et aux seuls desiderata des malades.

Or, l'équité ainsi entendue n'est même pas garantie par la gratuité des soins. Les obstacles objectifs et subjectifs au recours aux soins nécessaires se manifestent même en l'absence de prix ou de tarif, et il ne faut pas l'oublier. La seule façon de savoir si la situation est équitable serait de comparer la distribution des soins à la distribution des pathologies ou des états de santé (si

l'on savait définir une mesure quantitative de l'état de santé). Pour cette raison, nous prétendons que l'épidémiologie a un rôle à jouer dans l'évaluation des conséquences de tout système de tarification, et plus généralement dans l'évaluation des résultats du fonctionnement des systèmes de santé (la position contraire est défendue, cf. [3]).

Naturellement, l'introduction d'un prix ou d'un tarif dresse inévitablement un obstacle supplémentaire à la manifestation du besoin de soin sous forme d'une demande adressée à un professionnel. Au-delà de l'éventuelle réduction d'une demande superflue créée par la gratuité officiellement affirmée, le prix ou le tarif ne pourra avoir pour effet que de diminuer aussi la demande motivée ; cette diminution peut être inégale selon les actes, et selon les tarifs qui leur seront appliqués. L'équité peut être affectée de façon extrêmement différenciée, et on devra rechercher des indicateurs indirects de ces effets.

Ainsi, par exemple, à défaut d'une connaissance directe de l'état de santé, on supposera que le risque de survenue de telle ou telle affection est identique (pour les divers groupes ou individus considérés), et par conséquent que la fréquentation devrait être comparable : on pourra alors apprécier l'équité par approximation en comparant entre eux des groupes de population qui se distingueraient par leur niveau de revenu ou par le niveau des prix qu'ils doivent payer pour accéder aux soins médicaux (ou par la localisation géographique, cf. par exemple [17], pp 83-85).

Quelles conséquences doit-on tirer de ces considérations en matière de tarification ?

UTILITÉ, ÉLASTICITÉ-PRIX ET NIVEAU DU TARIF

S'il n'est pas possible, dans le domaine de la santé, de faire confiance au marché pour déterminer, pour chaque bien et service, le prix qui mesure à la fois l'utilité marginale et le coût marginal, on est contraint à dissocier le contrôle des coûts et le recouvrement des coûts, et de confier l'un et l'autre à des procédures différentes. C'est pourquoi on a accordé tant de place, plus haut, à l'élimination des activités qui gaspillent les ressources et à la réduction des coûts guidée par la recherche de l'efficacité : ce sont les procédures suggérées du côté de l'offre (un exemple pratique, cf. [35] pp. 950-951). On considère donc, naturellement, que la profession a un rôle décisif à jouer en matière de qualité des soins, et qu'elle le jouera, avec l'appui de l'Etat, en intervenant aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Mais comment tenir compte, maintenant, du côté de la demande, de l'utilité perçue des soins, lorsqu'il s'agit de fixer le tarif ?

Se référer au critère de l'utilité subjective, c'est considérer qu'aucun bien, aucun service, n'a d'utilité absolue : les biens et services de santé, comme les autres biens et services, n'ont qu'une utilité relative. Par suite, si l'on choisit le prix d'un bien quelconque comme référence, on pourra dire que le prix (de tel autre bien) mesure son utilité. Sous cette condition, l'échelle des prix auxquels un consommateur a acheté divers biens est, au moment de ces achats, une mesure de l'utilité relative de la dernière unité achetée de chacun de ces biens. On peut donc parler, dans des conditions précises (c'est-à-dire aussi bien : restrictives), d'une interprétation des prix en termes d'utilité. Par ailleurs, les prix ont aussi une interprétation en termes de coûts de production : pour l'équilibre du producteur, le prix doit être égal au coût marginal. Le prix que paient les consommateurs pour une unité de tel ou tel bien nous renseigne donc, dans certaines conditions à vérifier, sur l'utilité qu'ils attachent à ce bien.

Il est souvent plus facile de considérer non pas le niveau absolu des prix, mais leur variation. L'élasticité-prix de la demande mesure l'effet sur la demande d'une variation du prix du bien ou du service considéré : elle est le rapport du taux de variation de la demande au taux de variation du prix ; elle est négative si, comme dans le cas général, la demande et les prix évoluent en sens inverse. Une élasticité-prix de - 3 signifie qu'une augmentation de prix de 10 % entraînera une diminution de 30 % de la demande.

On s'attendrait à ce que l'élasticité-prix soit plus forte pour les consultations externes que pour l'hospitalisation ou la maternité, parce que tous les éléments affectifs liés à la gravité perçue d'un épisode exigeant l'hospitalisation devraient donner à cette dernière une très forte utilité (les malades ou leurs familles sont souvent très impressionnés par le risque et par les techniques mises en oeuvre, la chirurgie par exemple). Certes, les rares études quantitatives disponibles sur ce sujet n'apportent pas la preuve de cette assertion. Par exemple, en Côte d'Ivoire, l'élasticité de la demande par rapport au temps de déplacement (retenu comme approximation du prix à payer par le malade) est légèrement plus forte pour les hospitalisations que pour les consultations (cf. [50]). Mais le montant des dépenses en cas d'hospitalisation, et leur incomplète divisibilité, peuvent entraîner que l'élasticité soit en ce cas mesurée en un point de la courbe de demande différent de celui pour lequel vaut l'estimation concernant les consultations externes. En outre, on doit craindre que de multiples facteurs de comportement ne soient associés à la distance par rapport à la formation sanitaire considérée. On doit craindre aussi que les études disponibles aient fortement sous-estimé les facteurs culturels du recours aux soins. Et il ne suffit évidemment pas de comparer la fréquentation avant la mise en place d'un tarif avec la situation postérieure pour conclure quoi que ce soit à propos de l'élasticité-prix de la demande (cf. [34], [41], [44]).

Car, de leur côté, en effet, les médecins ont découvert de façon toute empirique que les malades et leurs familles sont disposés à payer fort cher en cas d'hospitalisation, alors que le prix beaucoup plus faible d'une simple consultation paraît souvent inaccessible aux pauvres. Alors même que les tarifs d'hospitalisation, établis de façon parfaitement arbitraire, sont relativement élevés par rapport au revenu monétaire des patients, cela n'entraîne pas, apparemment, un effondrement de la demande. Le fonctionnement de nombreuses formations sanitaires est, en pratique, fondé sur de telles constatations, qui permettent d'imposer des tarifs élevés pour l'hospitalisation (notamment en chirurgie, mais aussi en maternité) et de financer grâce à eux ce qui est nécessaire pour mener les activités de consultation : ceci revient à opérer une forme de redistribution entre les hospitalisés et les consultants, au profit de ces derniers.

Il peut paraître que cette redistribution ne va pas dans le sens qu'on souhaiterait. Certains pensent en effet que la solidarité devrait jouer en faveur de ceux qui subissent le risque le plus coûteux. D'un autre côté, subventionner la consultation permet de recevoir un plus grand nombre de patients à un stade plus précoce de leur affection. En outre, cette forme de redistribution utilise des différences de perception et des différences dans les capacités à mobiliser les solidarités familiales et sociales, différences qui sont bel et bien présentes dans les esprits et dans les comportements, différences que les économistes comprennent en termes d'utilité, et sur lesquelles une stratégie de santé n'a pas de raison de refuser de s'appuyer.

Cependant, il faut encore considérer que l'effort financier supporté par la population dans les cas où elle est disposée à se mobiliser ne permettra pas de couvrir tous ses besoins : d'une part les besoins des divers membres de la société seront très inégalement perçus par eux (et donc certains besoins ne seront pas révélés par une demande), d'autre part le coût de la prise en charge de certains besoins sera hors de proportion avec la capacité contributive des proches. Il subsiste donc un vaste terrain pour l'exercice d'une solidarité nationale, qui peut prendre la forme d'une organisation particulière pour la distribution de "biens sous tutelle", ou d'une subvention au traitement de certaines affections pour certains malades (ce pourrait être la cas, par exemple, de certains soins hospitaliers). Une fois encore, ici, nous suggérons que les choix, dans ces domaines, ne soient pas laissés au marché, mais aux professionnels, à qui il incombera de faire le meilleur usage des experts.

Cette stratégie est donc différente de celle qui viserait à utiliser les tarifs pour détourner les ressources productives des formations sanitaires qui les utilisent de façon peu efficace ou jugée telle, afin de les réallouer en faveur des formations considérées comme efficaces. Dans la plupart des pays africains,

les hôpitaux sont très peu efficaces par rapport aux services de santé primaires : l'effet de leurs interventions sur la santé publique est, à ressources identiques, beaucoup plus faible que l'effet de soins de santé primaires bien conçus et bien exécutés. Dans un tel cas, on pourrait suggérer de relever le tarif de l'hospitalisation jusqu'au niveau qui s'avèrerait dissuasif (cf. par exemple [40], pp. 6-7 et 19). C'est ignorer que l'hospitalisation s'impose absolument, au moins dans certains cas, et qu'alors l'obstacle économique doit être aboli.

Il apparaît donc ici que, si la tarification peut être utilisée pour fournir quelques recettes au système de santé en prélevant les contributions que la population peut apporter, elle ne remplace ni les actions qui doivent être entreprises en matière d'allocation des ressources pour éliminer le gaspillage et surveiller la productivité de chaque ressource dans ses différents emplois, ni la solidarité qui doit s'exercer au bénéfice de certains malades incapables de payer le coût des soins que la société, éclairée par ses professionnels de la santé publique, aura décidé de rendre disponibles.

Plus généralement la difficulté de la mise en place d'un tarif provient du fait qu'une bonne décision devrait reposer sur une bonne connaissance de l'élasticité-prix de la demande des divers services, alors qu'il est généralement impossible de disposer de pareilles mesures lorsqu'on instaure la tarification ; de fait, en pratique, les tarifs sont fixés "au jugé", sur la base de considérations politico-sociales confuses. Mais si on ne peut pas faire mieux que d'adopter cette attitude initiale, rien n'empêche d'expérimenter, et les projets soutenus par l'aide extérieure sont suffisamment nombreux pour qu'on puisse tenter de tirer parti de leur réalisation ; il suffirait de se préoccuper sérieusement et des conditions financières de leur activité et des résultats qu'ils obtiennent en termes de santé publique.

Il reste que, dans le contexte de privatisation (c'est-à-dire de sélection des clientèles aisées et des actes rentables) qui va s'étendre, il sera très difficile de procéder à d'aussi subtils dosages entre accessibilité des soins et recouvrement des coûts, de restaurer la qualité professionnelle des actes et les pratiques conformes à la déontologie. C'est cependant la seule voie.

TARIFICATION ET CONTINUITÉ DES SOINS

Pour traiter correctement la question de la tarification des services de santé, il faut encore prendre en considération une dimension essentielle des soins : l'intérêt considérable d'une garantie, pour les malades qui accèdent aux formations sanitaires, de la continuité des soins. Il est clair, en effet, que toutes les modalités de tarification ne sont pas compatibles avec la continuité souhaitable des soins ; au cours d'un même épisode morbide, plus grand sera le nombre des paiements à effectuer par le malade, plus nombreuses seront les

occasions de voir jouer l'obstacle économique à la poursuite du traitement, et donc plus fréquents seront les abandons prématurés (ou les "évasions" en cas d'hospitalisation).

La prise en considération de la continuité des soins, dans l'examen des modalités de la tarification, a pour origine la réflexion de médecins engagés dans la création et la gestion de systèmes de soins de santé primaires, et leur expérience des inconvénients qui découlent de la répétition des paiements (cf. [51], pp. 32-33). Cette préoccupation se rattache donc bien évidemment à ce courant pour lequel les soins, définis et exécutés d'une façon réfléchie et bien déterminée, ont une utilité objective. Mais elle n'échappe pas pour autant à une approche économique.

L'institution d'un paiement à l'épisode, par un tarif unique couvrant la totalité des soins -y compris le coût de l'hospitalisation et naturellement celui des produits pharmaceutiques- qui peuvent être mis à la disposition des patients, compte tenu des ressources disponibles, et quelle que soit l'affection à traiter, a une double conséquence susceptible d'influer sur les comportements. D'une part, elle rend parfaitement prévisible, pour le malade et pour sa famille, le coût du recours au système de santé ; et si ce tarif ne décourage pas l'accès, c'est-à-dire s'il est jugé supportable, il permettra une manifestation aussi complète que possible du besoin. D'autre part, cette modalité permet d'opérer une redistribution du coût des soins entre les malades ou entre les familles ; de ce point de vue, c'est une forme d'assurance, organisée par le système de santé, limitée dans ses recettes par les contributions de ceux chez qui s'est effectivement manifesté le risque de maladie (au lieu d'être étendue à toute la population à risque), mais bien réelle, avec les avantages que comporte tout système d'assurance pour ceux qui en bénéficient. Si l'on se souvient de la préoccupation d'équité évoquée plus haut, cette modalité de paiement est visiblement celle qui permet le mieux à chaque malade de recevoir les soins que nécessite son état.

Cette solution doit naturellement être comparée à une autre, qui est elle aussi proposée et appliquée, dans laquelle les prestations sont payées selon un tarif forfaitaire, à plusieurs niveaux différents selon le coût des médicaments prescrits (par exemple, tel prix si aucun antibiotique n'est prescrit, un prix supérieur dans le cas contraire) ; par rapport à la solution dans laquelle on délivre les médicaments à prix coûtant, il ne s'agit là que d'introduire des classes ; dans tous ces cas, la somme demandée au malade dépend du coût des produits pharmaceutiques qui lui sont délivrés. Il est clair qu'un tel système rend largement imprévisible la dépense qui sera entraînée par le recours aux services de santé : cette imprévisibilité peut constituer un obstacle et au recours initial et à la poursuite du traitement. Cependant, cet argument, pour être

logique, ne correspond pas forcément à une réalité perceptible, s'il est vrai que le coût moyen de l'ordonnance peut avoir en pratique une très faible dispersion. Il reste que ce système fait supporter à chaque malade une charge qui est directement proportionnelle au coût du traitement : le système de santé ne joue pas le rôle d'assureur qu'il a lorsque le tarif est fixé par épisode.

Si les avantages de la continuité sont évidents, nous estimons que les systèmes qui permettent de l'atteindre ne sont pas transférables : ils exigent des capacités de gestion qui ne sont pas disponibles -et qui ne le seront pas de sitôt- dans les pays qui en auraient besoin. Pour cette raison, les systèmes qui garantissent la continuité des soins sont durablement tributaires de l'assistance technique, et ils ne peuvent donc pas être généralisés.

CONCLUSION

La question pratique, dans beaucoup de pays africains, et pour quelques années encore, n'est pas de parvenir à ce que le coût total des services de santé soit supporté par la population, sous la forme d'une tarification des prestations. Une partie du personnel est à la charge des finances publiques, et les dépenses d'investissement sont en totalité financées par l'aide extérieure. Il s'agit donc simplement, au moins dans l'immédiat, de financer tout ou partie des frais de fonctionnement courant.

Un recouvrement partiel des coûts sera sans doute supportable pour la population s'il est introduit en même temps qu'un visible abaissement des coûts, lui-même fondé d'une part sur l'abandon des activités sans effet mesurable sur la santé, d'autre part sur la recherche systématique du coût minimum pour toutes les activités qui seraient conservées. On a montré qu'en replaçant la préoccupation du résultat final, de la qualité des soins et du coût minimum au centre de la gestion des services de santé, où prévalent actuellement les intérêts corporatifs des professionnels de santé, il est possible d'augmenter considérablement le produit volume x qualité de ces services à dépenses constantes pour la société, en procédant aux réallocations de ressources qui seraient suggérées par des professionnels avertis et soucieux de santé publique.

Dans une telle perspective, le contrôle du niveau des coûts de production des soins et le recouvrement des coûts sont régulés par des procédures distinctes. La tarification des prestations vise à mobiliser les ressources que permet de dégager l'utilité perçue des soins de santé : on cherche le tarif qui apportera les recettes indispensables et qui aura un effet limité sur la demande. Il faut ici distinguer le cas des consultations et celui de l'hospitalisation, notamment

parce que cette dernière correspond plus fréquemment à l'urgence ou à la gravité, fortement éprouvées par les patients, mais dans certaines limites.

En ce qui concerne les consultations, on peut partir des dépenses actuelles que les malades ou les familles consacrent aux soins, dans leur organisation présente ; la dépense moyenne (par type de prestation, ou mieux par épisode) donne l'ordre de grandeur du prix que les malades sont disposés à payer pour obtenir les soins de la qualité courante qui leur est fournie et les médicaments qui leur sont prescrits ; si l'instauration d'un tarif est accompagnée d'une amélioration visible de la qualité, on pourra espérer un effet favorable sur la fréquentation. Toutes les solutions pragmatiques devraient être systématiquement analysées dans leurs résultats économiques, dans leurs résultats en termes d'activité et dans leurs résultats en matière de santé. Toutes reposent sur une importante réallocation des ressources au sein du système de santé. Toutes sont aujourd'hui tributaires de l'instauration d'un recouvrement des coûts, qui lui-même n'est socialement acceptable que s'il s'accompagne d'un approvisionnement en médicaments essentiels pour tous les soins courants et pour l'hospitalisation.

En ce qui concerne l'hospitalisation, on ne peut pas échapper, dans chaque pays, à une discussion du niveau technique de ce qu'on met à la disposition des malades hospitalisés, et à une discussion de l'effort de solidarité locale ou nationale qui sera consenti en faveur des hospitalisés. L'incapacité des professionnels à aborder ces questions est la cause de la situation présente de sinistre dans laquelle se trouvent les hôpitaux. Ces questions ne se posent pas dans les mêmes termes aux premiers niveaux de l'hospitalisation et dans les hôpitaux d'enseignement. Il n'est peut-être pas exclu que les coûts de l'hospitalisation, hors salaires, dans un hôpital local, puissent être répartis sur les consultations sans entraîner une élévation insupportable du tarif de ces dernières (cf. [17] pp. 149-152, [34] pp. 58-62). D'autres concluent en sens contraire (cf. [52], cité in [40]) : il est bien probable que le contenu des prestations n'est pas le même, et seule, semble-t-il, l'équipe du projet Kasongo (et peut-être quelques anciens d'Anvers travaillant dans d'autres projets) ont eu le courage d'aborder le problème du choix des techniques à utiliser dans un hôpital de district. Que l'on connaisse si peu un aspect si important de l'activité sanitaire est en soi révélateur de l'amateurisme qui règne encore dans sa gestion, telle qu'elle est aujourd'hui encore pratiquée par les professionnels de la santé.

Quant au financement de ces activités hospitalières, il reposera nécessairement sur une solidarité nationale au bénéfice des malades justiciables des techniques qu'on aura décidé d'organiser. Comme toutes les techniques disponibles sur la planète ne pourront pas être organisées, il est certain que, même après un

grand effort d'élimination des activités indûment hospitalières, un choix devra être opéré parmi les activités restantes : celles qui, compte tenu du niveau de la solidarité nationale exprimée par la prise en charge effective du coût du traitement ne seront pas accessibles aux malades devront être supprimées.

Nous n'avons en effet aucun exemple pour vérifier l'idée, souvent avancée par les bailleurs de fonds et agréable aux oreilles des bénéficiaires, selon laquelle la création d'activités sophistiquées dans un hôpital suffirait à entraîner une amélioration de la qualité de toutes les autres activités : le contraire est fréquent, parce que l'activité sophistiquée accapare les ressources auparavant dévolues aux autres services. Nous n'avons donc aucun argument pour développer l'équipement des services sur la base de ce mécanisme de diffusion de la qualité. Chaque professionnel, pour son propre compte, et surtout le système de santé dans son ensemble, doivent plutôt réapprendre à se préoccuper du "résultat final" de leurs interventions (cf. [22]), et d'abord des plus courantes. La solidarité nationale doit s'exercer au bénéfice des malades justiciables de ces soins hospitaliers courants mais indispensables à la survie d'un grand nombre de patients.

Dans ce domaine, par conséquent, le recouvrement des coûts ne peut jouer qu'un rôle limité, et la régulation des entrées doit revenir aux professionnels, pour qui l'hôpital pourrait redevenir l'instance de référence. Ceci exige que le résultat final soit pris en considération dans toutes les décisions concernant les soins à donner aux malades, c'est-à-dire que dans les relations confraternelles, l'organisation du travail d'après son contenu en compétences professionnelles prenne le pas sur la recherche d'un consensus faisant fi de la qualité pour défendre chaque membre du corps, y compris les brebis galeuses, face aux tiers.

Convenons pour terminer que beaucoup d'autres questions devraient encore être traitées, par exemple les deux suivantes :

- quelle proportion des coûts peut-on recouvrer ? On comprend vite qu'elle dépendra, même au premier niveau de la pyramide sanitaire, de la taille des coûts (donc des activités retenues, du coût unitaire et du volume de chacune) et de la taille de la population desservie. Quelques expériences semblent montrer que cette proportion peut atteindre 100 % en milieu urbain, mais la question reste très peu étudiée;

- quel niveau de tarif est compatible avec le pouvoir d'achat de la population ? La question est fréquemment évoquée, généralement pour dire que tout tarif est inaccessible, et qu'il faut donc augmenter l'appel à l'aide extérieure. Mais une pareille inaccessibilité traduit tout autant les dimensions culturelles de l'appréciation de l'utilité des soins par la population que le niveau de vie de

cette dernière. Là encore, un grand effort d'observation est nécessaire si l'on veut ne pas se contenter d'appliquer nos critères pour justifier un renforcement de notre aide.

Autant dire que le choix d'une stratégie dans ce domaine, et son adaptation à l'évolution du contexte économique et social de chaque pays, est une question qui exige, surtout si l'on retient un objectif de santé publique qui pourrait être l'accessibilité universelle à des soins de base, beaucoup plus de réflexion politique et d'études techniques, beaucoup plus de sérieux, beaucoup moins d'effets de manche aux grandes tribunes des institutions internationales, qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Mais qui, vivant dans le monde d'aujourd'hui, à moins d'être endurci par déformation professionnelle, peut oublier complètement et l'ampleur et l'urgence du problème qu'il s'agit de résoudre : un minimum acceptable de soins de santé pour tous les malades.

RÉFÉRENCES

- [1] J. BRUNET-JAILLY : Economie de la santé, pp. 1341-1397 in GREFFE X., MAIRESSE J., REIFFERS J.L. (eds) : Encyclopédie économique, Editions Economica, 1990
- [2] J. BRUNET-JAILLY : L'évaluation économique des actions de santé, pp. 343-460, in ROUGEMONT A., BRUNET-JAILLY J. (eds) : Planifier, évaluer, gérer la santé en pays tropicaux, Doin, 1989.
- [3] A. PROST, M. JANCLOES : Rationales for choice in public health, the role of epidemiology, PHN Working Paper, Health sector priorities review, HSPR-28, The World Bank, nov. 1990.
- [4] J. CHABOT, C. WADDINGTON : Primary Health Care Is Not Cheap, A Case Study From Gyuinea Bissau, International Journal of Health Services, 17, 3, 387-409. 19
- [5] N.M. GEREIN, D.A. ROSS : Is Growth Monitoring Worthwhile ? An Evaluation of its Use in Three Child Health Programmes in Zaïre, Social Science and Medicine, 32, 6, 667-675 (1991).
- [6] N. GEREIN : Is Growth Monitoring Worthwhile ? Health Policy and Planning, 3, 3, 181-194 (1988).
- [7] Kasongo Team Project : Growth decelerations among under-5-year-old children in Kasongo (Zaïre), I. Occurence of decelerations and impact of measles on growth, Bulletin of the World Health Organization, 64, 5, 695-701 (1986).
- [8] Kasongo Team Project : Growth decelerations among under-5-year-old children in Kasongo (Zaïre), II. Relationship with subsequent risk of dying, and operational consequences, Bulletin of the World Health Organization, 64, 5, 703-709 (1986).
- [9] D. NABARRO, P. CHINNOCK : Growth Monitoring, Inappropriate Promotion of an Appropriate Technology, Social Science and Medicine, 29, 9, 941-948 (1988).
- [10] R. SAUERBORN, A. NOUGTARA, G. SORGHO, J. BIDIGA, H.J. DIESFELD : Assessment of MCH Services in the District of Solenzo, Burkina Faso, III, Effectiveness of MCH Services in Detecting and Caring for Mothers and Children et Risk, Journal of Tropical Pediatrics, 35, Supplement June 1989, 14-17.
- [11] Kasongo Project Team : Antenatal screening for fetopelvic dystocias : a cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 87, 173-183 (1984).
- [12] S.B. RIFKIN, G. WALT : Why health improves : Defining the issues concerning "Comprehensive primary health care" and "Selective primary health care", Social Science and Medicine, 23, 6, 559-566 (1986). r/
- [13] B. M. KLECZKOWSKI, R.H. ELLING, D.L. SMITH : Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, étude basée sur les discussions techniques tenues pendant la trente-quatrième assemblée mondiale de la santé, 1981, Cahiers de santé publique, n° 80, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1985, 127 p.
- [14] Y. JAFFRE, G. SANOU : Le forgeron, la pintade et la vaccination : enquête sur l'acceptabilité des vaccinations dans la province du Houet, Ministère de la Santé-CIE-OCCGE, janvier 1990, 44 p.

- [15] Résultats préliminaires de l'analyse systémique du programme de santé villageoise, Ministère de la santé publique, Niamey, juin 1989, 37 p.
- [16] Banque Mondiale : Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé-population et hydraulique rurale, rapport n° 8683-MLI, 22 février 1991, 204 p.
- [17] J. BRUNET-JAILLY : Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali, Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako (Mali), janvier 1989, 186 p.
- [18] M. H. HALL, P. K. CHANG, I. MACGILLIVRAY : Is Routine Antenatal Care Worthwhile ? The Lancet, 2, 8185, 78-80 (1980).
- [19] W.H. MOSLEY, D.T. JAMISON, D.A. HENDERSON : The health sector in developing countries, problems for the 1990s and beyond, Annual Review of Public Health, 11, 335-358 (1990).
- [20] J. BRUNET-JAILLY, S.O. COULIBALY, K. DIARRA, A. KOITA : Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali (étude réalisée avec l'appui de la Division du renforcement des services de santé, OMS, Genève, et de l'USAID, Washington), document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation Mondiale de la Santé, 1989, 167 p.
- [21] "Médecine privée : le diagnostic était incomplet", mise au point demandée par l'Ordre des médecins du Mali et publiée dans le quotidien officiel "l'Essor" du 23 mars 1988.
- [22] A. DONABEDIAN : The End Results of Health Care, Ernest Codman's Contribution to Quality Assessment and Beyond, The Milbank Quarterly, 67, 2, 233-256 (1989).
- [23] D.D. RUTSTEIN, W. BERENBERG, T.C. CHALMERS et alii : Measuring the quality of care, a clinical method, New England Journal of Medicine, 294, 582 sq (1976).
- [24] H. BARNUM : Issues in the Allocation of Health Sector Resources to Hospitals, World Bank Office Memorandum, 11/23/1986, 26 p.
- [25] P.H. REES, L.R. BAGG, D.P. HANSEN, J.J. THUKU : Medical care in a tropical national reference and teaching hospital, outline study of cost-effectiveness, British Medical Journal, 8 July 1978, 102-104.
- [26] The World Drug Situation, World Health Organization, Geneva, 1988, 123 p.
- [27] J. BRUNET-JAILLY : L'Initiative de Bamako était-elle réalisable au Mali ? Afrique contemporaine, 162, 1992 (à paraître).
- [28] J. BRUNET-JAILLY : Health Financing in the Poor Countries : Cost Recovery or Cost Reduction ? World Bank PRE Working Papers Series, WPS692, may 1991, 41 p.
- [29] K. DIARRA, S. COULIBALI : Financing of recurrent health costs in Mali, Health Policy and Planning, 5, 2, 126-138 (1990).
- [30] L'Afrique sub-saharienne, de la crise à une croissance durable, étude de prospective à long terme, Banque Mondiale, Washington, 1989, 346 p.
- [31] M. MARIKO : Diagnostic du système de recouvrement des coûts dans la deuxième région, Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, novembre 1990, 98 p. + annexes.
- [32] M. KASSAMBARA : Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain, thèse de médecine, Bamako, 1990, 179 p. + annexes.

- [33] J.P. UNGER, J.L. LAMBORAY : Le centre de santé dans les systèmes sanitaires africains, rôles et organisation, document de travail pour la Banque Mondiale, 2 février 1990, 119 p.
- [34] T. BERCHE, M. MARIKO : Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara au Mali, volume 1 : Analyse économique et santé publique, étude réalisée pour la G.T.Z., INRSP, Bamako, mai 1991, 112 p. + annexes.
- [35] W. VAN LERBERGHE, K.PANGU : Comprehensive Can Be Effective, the Influence of Coverage with a Health Centre Network on the Hospitalisation Patterns in the Rural Area of Kasongo, Zaïre, *Social Science and Medicine*, 26, 9, 949-955 (1988).
- [36] J. BRUNET-JAILLY, A. ROUGEMONT, M. AUDIBERT : Evaluation du système de formation médicale du Sénégal, son adaptation aux objectifs du système de santé, étude réalisée pour le Ministère de la Santé de la République du Sénégal et le Ministère de la Coopération de la République Française, 1985, 678 p.
- [37] J. BRUNET-JAILLY, A. ROUGEMONT, G. ELLENA : Evaluation du système malien de formation médicale, son adaptation aux objectifs du système de santé, étude réalisée pour le Ministère de la Santé de la République du Mali et le Ministère de la Coopération de la République Française, 1984, 434 p.
- [38] M.E. GRUENAI : Mariages en ville et malnutritions aiguës, *Sciences sociales et santé*, III, 3-4, 57-83 (1985).
- [39] B. ABEL-SMITH, A. CREESE : Recurrent Costs in the Health Sector, Problems and Policy Options in three Countries, WHO Geneva, USAID Washington, 1989, 165 p.
- [40] G. MWABU : Financing Health Services in Africa, An Assessment of Alternative Approaches, PRE Working Papers Series 457, The World Bank, june 1990, 22 p.
- [41] C.J. WADDINGTON, K.A. ENYIMAYEW : A price to pay, the impact of user charges in Ashanti-Akim district, Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 4, 173-183 (1989).
- [42] R.B. BLAKNEY, J.I. LITVAK, J.D. QUICK : Financing Primary Health Care, Experiences in Pharmaceutical Cost Recovery, Pritech, *Management Sciences for Health*, may 1989, 157 p.
- [43] A. CREESE : User Charges for Health Care, A Review of Recent Experience, Current Concerns, SHS Paper Number 1, World Health Organization, 1991, 20 p. ; repris dans : *Health Policy and Planning*, 6, 4, 309-319 (1991).
- [44] R.A. YODER : Are people willing and able to pay for health services, *Social Science and Medicine*, 29, 35-42 (1989).
- [45] X. DE BETHUNE, S. ALFANI, J.P. LAHAYE : The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Service Utilization, Evidence from Zaïre, *Health Policy and Planning*, 4, 1, 76-81 (1989).
- [46] M. MARIKO : Bilan de quelques expériences de recouvrement des coûts des services de santé au Mali, Communication au colloque "Sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest" en l'honneur du Professeur Claude PAIRAULT, Bamako, 2-3-4 juillet 1991, 18 p.
- [47] E. JIMENEZ : Social sector pricing policy revisited : a survey of some recent controversies, Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1989, Supplement to The World Bank Economic Review, pp. 109-152 (1990).

[48] J. BRUNET-JAILLY, T. DIARRA, G. SOULA : Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte-rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987, INRSP, Bamako, janvier 1988, 99 p.

[49] T. DIARRA, B.D. DIAKITE, S. TRAORE, C. PAIRAULT : Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier "spontané" de Bankoni à Bamako, volume 1 Etude socio-économique, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.

[50] A. DOR, P. GERTLER, J. VAN DER GAAG : Non-price rationing and the choice of medical care in rural Cote d'Ivoire, *Journal of Health Economics*, 6, 291-304 (1987).

[51] Equipe du projet Kasongo : Le projet Kasongo, une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires, *Annales de la société belge de médecine tropicale*, vol. 60, numéro spécial, pp. 1-54 (1981).

[52] A. MILLS, J. NJOLOMA, S. CHISIMBI : The role of hospital in the district health sector, the pattern of resource allocation and unit costs in a sample of Malawian districts, Paper presented at a work-shop on hospital resource use, World Bank, Washington D.C., 1989.