

## Entre État et marché : la difficile maîtrise du système de santé laotien

*Bernard Hours \**

Le système de santé en République démocratique populaire lao (RDPL) connaît aujourd'hui une crise profonde liée aux bouleversements consécutifs à la fin de la guerre froide. Assisté durant de longues années par l'Union soviétique et le Vietnam, le régime né de la prise du pouvoir par les communistes en 1975 se trouve désormais face aux grands bailleurs de fonds internationaux et confronté à un univers mondial longtemps tenu à distance par une volonté tenace d'isolement et de fermeture idéologique, économique et sociale.

Soumis aux courants dominants qui recherchent une optimisation des coûts dans la santé publique, le gouvernement du pays tente de se dégager en douceur d'une phraséologie périmée, tout en étant très réservé sur le néolibéralisme international qui est celui des bailleurs de fonds. De la même façon qu'au Vietnam voisin, les observateurs étrangers notent les effets d'ouverture toujours accompagnés d'une volonté de maîtrise idéologique cycliquement réitérée lors de chaque congrès du parti communiste.

Si l'ouverture aux investisseurs étrangers et le développement rapide d'une économie de marché se traduisent au Laos par des réalisations modestes mais concrètes, ce sont surtout les échanges marchands et les affaires commerciales privées qui sont visibles. Dans d'autres secteurs clés du développement comme la santé ou l'éducation, de multiples contradictions s'observent entre une logique développementaliste mondiale, pourvoyeuse de ressources financières, et des blocages bureaucratiques et idéologiques profonds. L'État a besoin de l'aide internationale pour assumer ses fonctions mais il refuse, dans une large mesure, les valeurs qui inspirent les bailleurs de fonds et tente de préserver les derniers bastion d'un socialisme qui, à défaut d'être réel, demeure l'épine dorsale des représentations officielles de l'État. Un certain laisser-faire dans les pratiques coexiste avec un corpus de principes rigides qui constituent des verrous fermés de manière intermittente. Cette ouverture de fait semble gérée par saccades successives. La santé publique constitue dans les pays socialistes un fronton particulier de visibilité où se remarquent les succès comme les décrépitudes.

C'est pourquoi cet article s'attache à présenter une analyse de la situation du système de santé au Laos où la persistance des formes d'organisation du pouvoir

---

\* Chercheur ORSTOM. Il rend compte ici de cette recherche qui a été cofinancée par un contrat TS3-CT92-0089 de l'Union européenne.

et le développement d'un secteur privé de soins s'opposent parfois, voire se neutralisent souvent. Suivant fidèlement l'ouverture économique décidée au Vietnam en 1986, la nouvelle politique énoncée la même année ne commencera à être visible qu'à la fin des années quatre-vingt au Laos.

Ce pays est le troisième pays socialiste de la région qui soit amené à réformer le secteur de la santé en vue d'obtenir de meilleures performances en termes d'efficacité et de coût. À ce titre, les problèmes qu'on y observe sont en mesure de contribuer à la discussion concernant des politiques d'ajustement structurel appliqué à la santé connue sous le vocable de « réforme du secteur de la santé ». Cas limite, par sa population et ses faibles ressources, l'examen du Laos se présente donc comme une contribution à un débat plus général qui n'est pas développé ici.

Depuis 1990, les ressources allouées à la Santé publique par l'État ont baissé de plus de 20 %. Les difficultés et blocages sont bien identifiés mais les solutions sont difficiles à mettre en œuvre dans le contexte d'une crise de confiance vive à l'égard du système de soins. Entre les logiques technocratiques avancées par les organisations internationales et les logiques politico-historiques de l'État socialiste lao, les choix ne doivent pas apparaître comme des reniements à un moment où, déjà, l'économie de marché provoque des revenus et bénéfices très inégaux dans une population longtemps abreuvée de justice sociale sous la forme d'un dénuement également partagé.

On se penchera sur les contradictions de la situation présente en brossant d'abord un tableau du fonctionnement réel du système de soins observé en 1993-1994, en tentant d'éviter une lecture exclusivement technique d'optimisation des performances, autant qu'une analyse uniquement abstraite de mutation.

Les observations, pour être interprétées correctement, doivent être mises ensuite en rapport avec les processus politiques en œuvre, les structures de l'État, et les formes passées et présentes d'organisation, non pas tels qu'ils doivent fonctionner mais tels qu'ils fonctionnent en fait. Ces trois dimensions paraissent nécessaires pour comprendre la crise du système de santé.

Nous tenterons enfin de définir l'impossibilité actuelle de pilotage ou de management de la crise de ce système social (système de santé) en essayant de qualifier la nature du lien social, ancien et nouveau, résultant des contradictions qui se développent entre les aspirations individuelles et une éthique sociale de plus en plus éloignées des attentes et espérances de la population. Sur cette question, le système de santé est l'un des secteurs les plus révélateurs.

### **Le système de soins : scléroses et embryons**

Le système de santé a été abordé à travers deux enquêtes de longue durée dans deux districts, l'un dans la municipalité de Vientiane, l'autre dans la province de Bolikamsay. Durant trois mois passés dans chaque formation, l'observation a porté sur les attitudes, pratiques et représentations des personnels de santé, des malades, ceux-ci étant rencontrés tant à l'hôpital de district qu'au village, où le discours est fréquemment différent. Les entretiens ont été étendus à d'autres acteurs sociaux (pharmaciens, médiums, villageois) afin de disposer d'un panorama global permettant de formuler des analyses [Hours, Selim, 1997]. Ont par

ailleurs été étudiés les textes officiels, assez peu nombreux, et les rapports d'expertises produits sur le système de santé en RDPL, tant par des organisations internationales (Banque mondiale, Banque asiatique de développement, OMS) que par des organisations non gouvernementales.

Le caractère le plus saillant du système de santé lao actuel est la désaffection dont il est l'objet de la part de la population. Un phénomène rare doit être souligné : non seulement la fréquentation des malades est très faible, après n'avoir jamais été très forte dans le passé, mais à part dans la capitale, les personnels sont plus nombreux que les patients quotidiens. Aucun artifice statistique ne peut éviter cette évidence, malgré une baisse d'effectifs de près de 30 % opérée depuis 1989. Dans les deux hôpitaux de district étudiés, pour vingt-cinq professionnels dont une bonne quinzaine présents, le nombre moyen de consultations externes quotidiennes (on constate de fortes variations saisonnières) se montait à six à Bolikamsay et dix près de Vientiane. Dans le même temps, le nombre de malades hospitalisés s'établissait à trois et quatre. Il ne faut pas en conclure sommairement que l'offre est supérieure à la demande de soins. Cette dernière est forte et ne se porte ailleurs que dans les hôpitaux publics (sauf pour l'hôpital central de Vientiane). En outre, l'offre de soins est insuffisante, quand bien même elle est présentée par un personnel pléthorique.

Les baisses d'effectifs réalisées en deux vagues ont provoqué quelques économies budgétaires marginales tant les salaires étaient bas malgré les primes de départ relativement substantielles. Leur impact en termes de santé publique n'a pas constitué un avantage pour le secteur public, car une bonne part des « démissionnaires » dispensent des soins à titre privé et hors de tout contrôle de qualité.

Les hôpitaux de la ville de Vientiane, et l'hôpital central en particulier, sont mieux fréquentés car de nombreux malades, avec ou sans l'avis des personnels locaux, se rendent directement pour consultation et hospitalisation à Vientiane. Les hôpitaux provinciaux ne filtrent qu'une partie de cette clientèle, mettant en question tout le système de référence dans une pyramide sanitaire.

De fait, l'hôpital de district (et ses vingt-cinq employés en moyenne) fonctionne comme un dispensaire et l'hôpital de province est devenu un vrai hôpital de district. Les dispensaires, quant à eux, sont devenus des postes de santé villageois depuis que les organisations de masse n'impulsent plus de discipline collective dans la santé. L'ensemble du système de référence et l'organigramme sont donc remis en question dans leur principe même puisque l'offre publique de soins s'adresse à des malades qui présentent leurs demandes à d'autres guichets (praticiens privés, pharmaciens, hôpital central).

Comment peut-on expliquer ces pratiques qui traduisent une crise profonde de confiance dans le système de soins ? De 1975 à 1980, dans les années économiquement et idéologiquement difficiles qui ont suivi la « libération », la promotion de la santé a fait l'objet de discours bureaucratiques à vocation mobilisatrice. Des campagnes, dites des trois propretés, ont été mises en œuvre dans les villages, surtout ceux qui étaient organisés en coopératives. Elles portaient sur une alimentation propre, des vêtements propres, un environnement propre. Leur impact, malgré près de vingt ans d'affichage, semble limité. L'utilisation de l'eau potable, des latrines, la mise à l'écart des animaux ne sont pas encore des pratiques majoritaires

à la campagne. La lourdeur du processus pédagogique, qui présentait la santé comme l'un des éléments de la qualité de bon citoyen, a irrité et lassé la population. Très rapidement, la phraséologie préventive a été entendue comme une litote politique, comme un discours édifiant dans une avalanche de discours édifiants, contre-productifs et démobilisateurs à force d'apparaître comme une discipline.

Les discours entendus sont explicites à cet égard. Ils montrent avec une grande clarté que les slogans sanitaires et les slogans politiques étaient récités de la même façon par les fonctionnaires, donc entendus de la même façon par les villageois. Les comités ou brigades de santé villageois imposés dans le contexte d'une émulation idéologique factice ont été vécus comme une contrainte par les paysans soumis à une « éducation » tous azimuts.

Une sphère privée, de l'ordre de la liberté individuelle, a été partagée et même développée, en réaction à la pression subie. Il faut voir là l'une des causes de ces passages répétés pour consultations en Thaïlande (même lors des plus vives tensions avec ce pays) de la part des villageois aisés, mais aussi de paysans peu fortunés, juste solvables, mais motivés pour s'acheter les soins qu'ils voulaient. « Là-bas, on est soigné en une heure, au lieu de rester ici des heures et de partir sans médicaments. On part le matin, et le soir on est rentré, avec tous les médicaments, pas chers. Et on vous dit ce que vous avez », disent les villageois à Pakading (Bolikamsay).

Les patients invoquent certes la médiocre qualité des soins et le manque d'intérêt du personnel à leur égard. Outre que les discours sur la qualité des soins sont souvent très subjectifs, il semble qu'il s'agisse là d'un effet de la dégradation du système, les représentations globalement négatives de la santé publique autoritaire constituant le cadre explicatif des conduites d'évitement des malades face à l'hôpital et ses agents.

Dans le domaine des itinéraires thérapeutiques, il est établi, du point de vue des anthropologues, que ce sont les représentations qui déterminent les choix thérapeutiques et non l'inverse. L'image négative de l'institution étatique a provoqué ou a accéléré la dégradation de la qualité des soins, dès l'instant où ces représentations négatives parvenaient aux dispensateurs de soins. Les grands procès contre l'État, qui traversent la santé publique tant dans les pays en voie de développement que dans les pays occidentaux (cf. procès du sang contaminé), prennent des formes variées mais la structure, sous des régimes politiques très différents, demeure celle d'une responsabilité fondamentale de l'État concernant la santé de la population.

C'est dans ce cadre qu'il convient d'aborder ce que les experts nomment pudiquement la « faible motivation » du personnel. La situation des agents de santé au Laos est la même que dans de nombreux pays en développement. En RDPL toutefois, l'image d'un État fort démultiplie les contradictions liées au manque de ressources financières et thérapeutiques.

Jusqu'en 1992, certains agents percevaient leur salaire à deux reprises dans l'année. Ce salaire, selon les intéressés, représentait un montant égal à 30 ou 40 % du coût réel des dépenses minimales mensuelles. Une augmentation très importante des salaires des personnels diplômés apparue en 1994 vise à pousser à la démission les personnels les moins qualifiés et à améliorer la vie de ceux dont les

études et diplômés justifient la présence. Dans les années quatre-vingt, une large part du salaire était versée par l'État en nature à ses agents et les écarts de salaires étaient infimes du médecin à l'aide soignant.

Durant toute la période où une commune misère était relativement bien partagée, les salaires insuffisants et irréguliers ne constituaient pas un obstacle majeur aux performances. Contrairement à une croyance technocratique répandue, le « cœur à la tâche » n'est pas proportionnel au salaire reçu, et les « primes » versées par les projets internationaux n'ont jamais compensé, ni même durablement résolu, les dysfonctionnements structurels des systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Seul un néolibéralisme sommaire permet d'entretenir de telles illusions.

Les personnels de santé lao avec qui nous nous sommes entretenus insistent sur leurs bas salaires parce qu'ils savent que l'ouverture d'un secteur privé a permis à nombre de leurs collègues d'ouvrir des pharmacies privées où ils sont supposés bien gagner leur vie. Partagés entre un reliquat de réprobation liée à la démission et l'envie d'un revenu plus gratifiant, les agents de santé soulignent l'insuffisance des moyens de travail consentis par l'État. L'approvisionnement irrégulier en médicaments casse les aspirations des soignants à une reconnaissance durable des malades. Il faut constater enfin que l'ambition des plans de santé provinciaux contraste avec les ressources allouées pour réaliser ces objectifs. L'habitude de formuler des plans ambitieux pour mobiliser les énergies produit à la longue le cynisme et la résignation quant les objectifs prévus ne sont jamais atteints malgré l'aide de statistiques fictives.

C'est ainsi que des projets répétés et non réalisés pendant plus de dix ans perdent tout caractère d'ambition et deviennent les ersatz rabougris et creux de la vision bureaucratique d'une société abstraite.

Une lecture attentive des rapports provinciaux et de district sur une longue période révèle de manière saisissante la transformation d'une volonté politique mobilisatrice en velléité bureaucratique démobilisée. Car c'est bien de démobilisation que souffrent d'abord les personnels, coincés entre les promesses de plus en plus modestes d'un État sans providence, et la réprobation muette de la population qui pèse sur le personnel à défaut de pouvoir peser sur l'État. L'actuel système de santé se présente comme le vestige d'un plan de santé publique dont l'État n'a eu ni les moyens politiques, ni les moyens financiers. L'organisation qui demeure évolue peu et se replie sur elle-même, à travers les répétitions sans écho de messages dont le sens s'est estompé ou usé. Les réunions de service sont désormais largement espacées. Lorsqu'elles se tiennent, il s'agit d'un rituel verbal, reliquat d'une époque où la mobilisation sociale était porteuse d'une part de sens évanouie.

L'organigramme reste la dernière certitude des agents de l'État qui progressivement perdent de vue les tâches à accomplir pour se concentrer sur des rites bureaucratiques où la présence ne signifie plus la production de soins, mais simplement la présence au poste, celui-ci ayant perdu toute finalité sociale. Même ces rites sont accomplis avec un laxisme croissant.

Les embryons d'un système plus actif et plus ouvert aux attentes des malades et aux nécessités médicales sont signalés par la réprobation et la désaffection des

malades qui constituent un gage de changement. Un certain nombre de médecins et d'infirmières sont aptes à un travail efficace et à rendre un service au public. C'est parmi les personnels les moins qualifiés que s'observe la meilleure volonté. Les médecins manifestent volontiers un cynisme désabusé, lorsque la situation le permet. Les entretiens révèlent une telle frustration et un tel sentiment de perdre son temps à l'hôpital qu'on peut s'interroger sur les ressources humaines qui seront disponibles dans quinze ans. Le sentiment d'être piégé ou prisonnier est fréquemment exprimé. Quant aux médecins-assistants, pour la plupart anciens infirmiers récompensés pour leur zèle à une telle échelle qu'il n'existe plus de pyramide de compétences et peu de rapports hiérarchiques, leur vœu le plus fréquent est d'ouvrir une pharmacie privée. Comme le résume l'un d'eux : « J'ai trop donné pour ne rien avoir. J'ai envoyé mon préavis de démission et j'attends ma prime pour ouvrir une pharmacie dans mon village. Là-bas, je serai mieux considéré. »

Ainsi posé, le caractère bloqué et même contre-performant du système de soins découle d'une crise de confiance de la population et d'une démobilisation de l'État et de ses agents. Pour justifier ces constats et en saisir le sens et la portée, il faut replacer le système de santé publique dans le cadre des processus politiques en œuvre, des structures étatiques en place et des formes d'organisation prévalentes.

### La santé comme institution politique

« Le parti révolutionnaire du peuple lao a mis en place une politique de développement socioéconomique dans le pays à différentes périodes, incluant une ligne politique pour la santé » [*Plan national de recherche pour la santé 1992-1996*, Conseil des sciences médicales, mai 1992].

Victorieux en 1975 mais maîtres d'un pays affaibli par l'émigration de la partie la plus éduquée de la population, les révolutionnaires lao, artisans de la libération, se sont trouvés à la tête d'un pays à reconstruire, sans cadres, hors de l'armée et du parti. La « construction nationale » est demeurée un concept vivace de la phraséologie politique, tout comme la « lutte contre les ennemis extérieurs », des poches de résistance sporadique étant observées jusqu'au début des années quatre-vingt-dix. Cette situation de relative insécurité, de précarité économique, explique l'approche de la société lao exprimée par le parti. Celui-ci contrôle l'État à tous les niveaux, il inspire l'action du gouvernement qui exécute la politique définie. Trois secteurs de la vie sociale sont particulièrement présents lors des rapports des congrès du parti, qui constituent la charte de la société. Outre les règles qui président au fonctionnement de la vie économique et qui régissent la production et la distribution des richesses, l'éducation, la culture et la santé font l'objet de développements importants et sont présentées comme les piliers de la vie sociale nationale, conformément à une tradition socialiste bien établie.

Le slogan de l'OMS, « la santé pour tous en l'an 2000 », sert, comme ailleurs, de support rhétorique majeur. Le 4<sup>e</sup> congrès souligne que « notre objectif est d'assurer la santé de notre peuple... D'ici à l'an 2000, nous devons... » (rapport du 4<sup>e</sup> congrès). Lors du 5<sup>e</sup> congrès, on relève qu'« un des problèmes prioritaires de la politique sociale à résoudre est la restructuration du travail sanitaire ».

L'ouverture des cliniques privées est admise (moyennant une autorisation), de même pour les pharmacies privées, placées sous le contrôle du secteur sanitaire du district. Le principe de la gratuité des soins pour les indigents est réaffirmé. Une fois de plus, l'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle est répétée (cette association ne fonctionne pas dans la pratique). La mobilisation du peuple pour mettre en œuvre « les trois propriétés » (nourriture, habitat, vêtement) est elle aussi réitérée. On peut donc noter des mesures ou directives nouvelles d'importance concernant le développement d'un secteur privé de santé et de longs développements reprenant ceux des congrès antérieurs. On pourrait parler de mesures d'ouverture dans un cadre stable. Telle est l'inspiration qui prévaut à la lecture de ces documents qui, en dernière instance, servent ou peuvent servir de référence centrale.

À l'articulation de la culture et de la santé, tout un discours critiquant les superstitions demeure. L'apologie de la médecine traditionnelle porte sur la phytothérapie. Le système thérapeutique reposant sur les génies (esprits) et les activités des médiums a été combattu jusqu'au milieu des années quatre-vingt, pour être toléré ensuite. Le *Plan national de recherche sur la santé de 1992* rappelle néanmoins : « Les vieilles coutumes telles que la croyance aux superstitions, l'usage d'eau non bouillie, l'absence de moustiquaires, les cuisines malpropres, la défécation dans l'eau ou n'importe où, l'abus d'alcool et de drogues sont des problèmes sociaux qui ont des effets sur la santé de la population. » Le statut commun d'obstacle attribué à des croyances et à des pratiques doit être noté. Il signale et définit, explicitement ou implicitement, une mauvaise conduite en société et nous rappelle que la santé publique, dans tous les régimes, est associée, plus ou moins, au contrôle social.

Le caractère normatif de la pédagogie de santé publique adoptée après 1975 était extrêmement marqué. Les résistances largement passives que cette pédagogie a déclenchées dans la population deviennent plus visibles lorsque le contrôle social s'affaiblit et que des normes différentes ou contradictoires peuvent s'exprimer. À cet égard, il faut signaler que la population lao, peu dense (15,3 habitants au kilomètre carré) et rurale à 85 %, peut jouir d'une grande autonomie, dès lors qu'elle ne vit concentrée dans des bourgades et villes que pour 15 % seulement de ses membres. Les rites politiques n'en sont que plus importants, même si leur impact est mesuré.

Dans ce cadre, on peut observer que la plupart des hôpitaux de district, parfois de province, sont situés sur un campus où sont concentrés les divers services administratifs de l'État. Cette situation renvoie à une présence étatique, royale, coloniale, puis communiste à la « libération », vécue par les paysans comme une suite de formes de domination sans fin. Ce trait, probablement commun à beaucoup de pays du Sud, inscrit dans le paysage des sous-préfectures l'évidence que la santé publique est une affaire d'État, mise en œuvre et en scène par des autorités. Les représentations des populations se greffent sur cette évidence visuellement palpable.

Au district, les fonctionnaires de la santé se vivent comme des agents de l'État, qu'ils sont. Ils participent, avec leurs collègues des autres administrations, aux séminaires et réunions politiques autant que techniques, sans parler des cérémonies du calendrier national.

La crainte ou l'inquiétude des sociétés paysannes vis-à-vis du pouvoir trouve matière à ancrer ses représentations dans cette topographie du pouvoir laïc, toujours mise en rapport au Laos avec la topographie sacrée liée aux pouvoirs des génies territoriaux [Hours, 1981]. Outre les pouvoirs locaux des génies tutélaires, il faut souligner l'extrême décentralisation du pouvoir de l'administration, seulement limitée depuis peu d'années par la volonté des ministères centraux, dont celui de la Santé, de mettre un peu d'ordre et de coordination, afin que les directives centrales puissent avoir quelques effets, en particulier en termes de choix stratégiques et techniques. Le pouvoir des gouverneurs de province demeure notable. Il résulte de l'histoire politique régionale autant que du « centralisme démocratique » du parti dont le pouvoir réel et la pérennité supposent une extrême souplesse dans la gestion et l'articulation des niveaux locaux, régionaux et national.

Il semble que la province soit le lieu où s'opère principalement cette articulation du central et du local. Les sanctions des insuffisances provinciales par le pouvoir central sont ainsi longues à s'exprimer. Entre l'échelon provincial et le niveau local, des relations clientélistes sont fréquentes, selon un modèle ancien réinterprété dans une phraséologie conforme au vocabulaire en usage.

Au-delà du district, le contrôle social s'effrite et le clientélisme peut s'épanouir selon des modalités très proches de celles observées entre 1967 et 1970, les fonctionnaires ayant tendance à gérer une rente de situation, comme au temps où ils disposaient d'une parcelle du pouvoir du prince, figure trop lointaine pour lui adresser des réclamations et trop forte comme symbolique de légitimité pour ne pas obéir. Dialogues et marchandages avec les génies permettaient de « tenir le coup ». Ce n'est plus le cas dès lors que les génies ne sont pas clairement acceptés par l'État, mais simplement tolérés. Ce système met en place une dichotomie affirmée entre ceux qui savent, déclarent les directives, et les autres qui ne se comportent pas conformément à ces directives. Dans le domaine de la santé, cette dichotomie tend à créer un fossé entre les professionnels de santé, dont même le silence peut passer pour méprisant, et la population, objet de toute la sollicitude des discours à la condition expresse qu'elle manifeste son adhésion sans réserve.

C'est ainsi qu'une campagne de vaccination devient un test politique de la qualité de tel ou tel village. Il y a, disent les médecins et les infirmières, les « bons » et les « mauvais » villages selon la capacité du chef de village à déclencher une vaccination massive. Les statistiques prennent valeur de test politique et les professionnels de santé perdent parfois de vue la finalité préventive. C'est le cas des districts où l'influence centrale et celle de programmes « étrangers » est faible. À l'inverse, près de Vientiane, les fréquentes visites de superviseurs étrangers, du ministère ou de la municipalité, permettent la relative survie de la finalité technique.

Les agents de l'État sont organisés en trois catégories (supérieure, moyenne, de base). Dans une remarquable logique de promotion interne une grande mobilité existe, qui constitue une vraie aspiration chez les professionnels de santé. Le choix de la profession d'infirmier est rarement présenté comme une vocation. Les circonstances, une relation, l'ouverture de postes sont les principales causes mentionnées pour se consacrer à cette activité à une époque où c'est l'État qui formait un individu pour un poste requis ou planifié. Le nombre d'infirmiers promus médecins-assistants est important. Après des années de bons services disciplinés,



certains pouvaient suivre une formation complémentaire pour devenir médecins-assistants, voire parfois médecins. De même, les médecins-assistants ont la possibilité, lorsqu'il y a des places ouvertes et s'ils présentent un profil convenable selon les normes en vigueur, de devenir médecins après un complément d'études. Ce système d'exceptionnelle promotion présente plusieurs effets pervers, aujourd'hui identifiés et dont on tente de limiter les conséquences. Il a abouti à former un personnel pléthorique que la faible activité du système de soins ne permet plus d'occuper. Un coup de frein brutal a été récemment donné à ce flux. Le niveau des agents promus est souvent médiocre car les critères de sélection portent plus sur la bonne volonté, le caractère et le conformisme, que sur des qualités professionnelles ou des capacités techniques.

Près du tiers des personnels rencontrés sont des combattants de la guerre de libération ou des enfants de combattants. Le recrutement dans la fonction publique ne s'est pas opéré fréquemment sur des critères de compétence, mais sur une hérédité politico-sociale jugée convenable. On peut rencontrer des médecins-assistants en position de supérieurs hiérarchiques, ce qui démobilise les médecins. Ces médecins-assistants sont extrêmement nombreux malgré l'ambiguïté de leur qualification. Cette inflation de formation chez les professionnels de santé ne favorise pas la prise de responsabilité. Elle la dilue. La profession médicale présente un autre trait particulier en RDPL. Suivant des processus de sélection analogues, de nombreux étudiants ont été récompensés par des formations dans les pays de l'ex-bloc socialiste. Ceux qui n'ont pas été choisis expriment volontiers une frustration durable. Ceux qui l'ont été ne semblent pas désormais plus performants ou plus motivés que leurs collègues formés à Vientiane, les contraintes de la réalité n'ayant pas été abordées dans les enseignements reçus.

Le poids de ces troupes pléthoriques constitue aujourd'hui une sérieuse difficulté. Infirmiers et médecins-assistants ouvrent des pharmacies privées. Les médecins, pour certains d'entre eux, mettent en place des consultations voire des cliniques privées, parfois sans autorisation. Les cumuls de ces activités sont fréquents, dans une période où les normes anciennes sont devenues floues et où des nouvelles règles ne sont pas précisément établies.

La formulation dès 1986 d'une politique d'ouverture aux activités et entreprises privées a été mise en œuvre avec prudence et circonspection, tant les risques de déstabilisation sociale étaient grands. À partir de 1990, le nombre des pharmacies privées a triplé. Ces pharmacies sont facilement appelées cliniques car infirmiers ou médecins, leurs propriétaires ont offert aux patients des alternatives conformes à leurs vœux. Dès lors que l'hôpital n'assure plus la gratuité des soins et des médicaments pour un coût égal ou peu supérieur, le malade est traité personnellement, rapidement par la même personne qui le recevait (ou le reçoit encore à l'hôpital).

Ce sont l'insuffisance des ressources et la faillite de l'Union soviétique qui ont amené le gouvernement à accepter la fin du principe de gratuité, avec beaucoup de réticences et poussé par la nécessité de maintenir un système de soins public apte à générer des ressources pour prendre en charge une partie de ses propres coûts. La vogue du recouvrement des coûts a été propagée par les organisations non gouvernementales et l'Unicef. Actuellement, aucun modèle définitif n'est établi, mais les

formations sont autorisées à vendre une partie croissante de leurs médicaments et à facturer à des prix établis au niveau municipal ou provincial les soins distribués.

Ce système a mis un terme à un manque chronique de médicaments. À ce titre, il est accepté par une majorité de patients qui préfèrent néanmoins recourir aux pharmacies et consultations privées. Un débat symptomatique s'est ouvert sur la catégorie des indigents. Ce concept ne recouvre pas de population réelle, mais il est clair que les familles les plus pauvres fréquentent encore les hôpitaux de district. Une part non négligeable des stocks de médicaments est distribuée gratuitement aux responsables politiques et à un moindre degré au personnel.

La situation actuelle révèle une grande confusion, chaque organisation étrangère proposant le meilleur modèle pour organiser le paiement par l'utilisateur. En fait, le recouvrement total des coûts est une utopie et, de l'avis général des intervenants, mieux vaut mettre en place des systèmes performants de paiements partiels par l'utilisateur. En outre, d'un district à un autre les ressources disponibles sont très variées. Il serait absurde d'appliquer le même système à des paysans aisés de la plaine de Vientiane et à des montagnards des Bolovens. Il reste que l'État devra arbitrer et trouver une réglementation souple mais rigoureuse, susceptible d'imposer un cadre rendu nécessaire par une fréquente incapacité à gérer les fonds recueillis de la part de fonctionnaires formés dans une autre optique et peu accoutumés à la comptabilité de sommes dépassant leur propre budget.

Ce nouveau mode de financement du système de soins n'a pas été sans provoquer des résistances politiques vaincues par le nécessaire pragmatisme imposé par une implacable logique comptable résultant d'une crise aiguë de ressources et de la fin de l'aide étrangère du bloc socialiste.

Ainsi, l'examen des processus politiques, des structures étatiques et des formes d'organisation, permet de mieux comprendre l'origine et les causes des phénomènes observés. Prenant en compte les capacités disponibles et les contraintes historiques identifiées, on essaiera maintenant de préciser la nature de l'impossible maîtrise actuelle du système de santé en la mettant en rapport avec l'analyse du lien social et les changements qu'il a subis dans la société lao.

### **L'impossible maîtrise du système de santé**

L'état du système de santé paraît, tant dans les pays en voie de développement que dans les nations industrielles, un bon indicateur qualitatif de la vigueur du lien social qui fait que les gens ont conscience de vivre ensemble, ce qui requiert un minimum de solidarité et d'organisation.

Le discours dominant, en cette période d'évolution socioéconomique en RDPL, tend à affirmer qu'il convient de favoriser la compétence technique en opérant une relative disjonction avec les logiques politiques de prise de décision. L'habitude de prises de décision à l'unanimité, c'est-à-dire par pression sociale, est caractéristique des institutions les plus sclérosées, quelle qu'en soit la nature.

Ce système de prise de décision, même s'il est pratiqué de manière moins systématique que dans la période révolutionnaire conquérante, imprègne toujours la culture politique en RDPL. Des meetings où le planton du ministère peut interpellé le ministre se tiennent toujours, même s'ils s'éloignent désormais des

séances d'autocritique collective antérieures. Lors de ces réunions, les personnels de l'hôpital rassemblés critiquaient publiquement leurs chefs en vue d'une synthèse positivement dialectique et optimiste. Il en résulte une énorme capacité de résistance à toute décision qui n'est pas directement politique. Le pouvoir de décision est ainsi largement laminé, ce qui favorise la poursuite du *statu quo* et de l'attente. La procédure de prise de décision apparaît donc en partie fictive. Elle repose sur la fiction d'un pouvoir unanime et sur la pratique du débat cérémoniel, plus fondé sur le maintien de la cohésion sociale du groupe de professionnels que sur des choix techniques en forme d'alternatives. Le type de management qui résulte de cette situation générale dans le secteur de la santé favorise peu la maîtrise des situations de crise, qui sont plutôt gelées que réellement abordées.

C'est la raison pour laquelle le système de soins devient pour le personnel une vaste fiction dont la seule réalité est l'organigramme, mais dont les tâches ne sont ni accomplies, ni évaluées, sauf sous forme de rituels consensuels et dialectiques, dont la fréquence diminue désormais à mesure qu'un discours libéral sur l'efficacité, tenu par les agences internationales et les organisations non gouvernementales, s'infiltré. Ces organisations mentionnent des actes réels face à des employés habitués aux discours sur les objectifs. Si, à l'hôpital de district à Bolikamsay, le passage à l'acte réel des acteurs semblait impossible, tant la sclérose était avancée, dans la municipalité de Vientiane, plus ouverte sur l'extérieur et où le niveau de compétence est plus élevé, une évolution lente mais significative est en cours pour passer de décisions fictives dans un système de soins fictif, à force d'être déserté par la population qui veut des actes réels, à un système de santé plus opérationnel et reposant moins sur des rites collectifs que sur des résultats.

De toutes les institutions qui opèrent une médiation entre l'État et la population, les institutions sanitaires, hôpitaux en particulier, constituent l'un des premiers lieux où s'observent la déchéance du lien social ou ses modifications. On connaît les risques d'anomie grave que connaît la Russie aujourd'hui.

En RDPL, certaines conduites sont symptomatiques, à défaut d'être généralisées. Certains médecins de garde refusent de se lever la nuit malgré la demande de l'infirmière pour soulager une parturiente et lui administrer un analgésique. Des blessés sanguinolents doivent parfois attendre plusieurs heures au bord de la route qu'un véhicule accepte de les emmener à l'hôpital à un prix raisonnable, après avoir essuyé plusieurs refus motivés par l'argent ou la propreté... du camion. Cette dissolution du lien social, malmené par des pratiques unanimistes aux effets pervers, est la principale cause de la fuite des malades vers des recours thérapeutiques choisis et privés. « Le privé » est devenu synonyme d'absence de règles et de contraintes, ce qui ne correspond pas à la réalité, mais manifeste le refus définitif des fictions étatiques par la population. Le goût de l'argent rapide, l'égoïsme et le repli sur soi ont bien été identifiés comme risques par le gouvernement. On peut se demander si le passage d'un lien social imposé à un lien social choisi et assumé passe nécessairement par un degré zéro de ce lien social qui guette, transitoirement, bon nombre de « démocraties populaires ».

L'examen du dysfonctionnement du système de santé au Laos s'interprète dans un contexte de contraintes globales alimentées tant par les nécessités économiques régionales et mondiales que par celles qui sont liées au « socialisme de marché » et aux ambiguïtés qu'il véhicule. Il se lit en outre en fonction des logiques politiques et idéologiques propres à la société lao, avec son histoire, son idiome culturel, et les groupes sociaux et ethniques qui la composent.

La crise des systèmes de santé est à la fois spécifique et générale car les phénomènes globaux tels que la privatisation du marché de la santé ou la fin de la médecine gratuite ne peuvent s'analyser de manière pertinente que s'ils sont observés dans leur mise en œuvre locale.

Bon gré, mal gré, le Laos participe à cette évolution générale à base de privatisations impulsée par les principaux bailleurs de fonds internationaux (Banque mondiale, Banque asiatique de développement). Mais le sens de la crise du système de santé au Laos ne s'interprète pas simplement comme une conséquence de pressions externes. C'est aussi et d'abord la crise des valeurs d'une société malmenée par des années de guerre, d'inculcation idéologique et de privations, puis abandonnée aux jouissances hédonistes de la consommation privée des biens et des soins, tandis que l'État-parti demeure un colosse aux pieds d'argile, omniprésent et omni-absent à la fois.

La décomposition avancée du système de soins, particulièrement évidente à la périphérie, dont on a ici relevé les stigmates, manifeste les symptômes d'une crise d'anomie, de perte des normes et du lien social, tandis que les rites politiques demeurent fondés sur la fiction d'un système de santé égalitaire, accessible et promoteur de bien-être collectif. Le développement d'une consommation médicale échappant en grande partie à la maîtrise de l'État amène à affirmer l'importance déterminante des logiques politiques devenues contre-productives en matière de performances sanitaires.

L'aide internationale ne tient-elle pas sous perfusion la fiction étatique sanitaire, qu'il s'agisse des grands bailleurs ou des organisations non gouvernementales dont les initiatives sont extrêmement contrôlées ? Et peut-on faire autrement ? Les idéologies du « tout étatique » ou « du tout privé » se heurtent probablement aux mêmes limites et leurs dérives respectives peuvent aboutir à des situations de contre-productivité en termes d'équité et d'accès aux soins dès lors que les attentes des citoyens, ou plus prosaïquement des habitants, sont insuffisamment prises en compte.

L'injection de ressources et de compétences extérieures, pour assurer la survie d'un système de santé dont les ressorts semblent en partie brisés, permet de reculer l'heure d'une mise à plat sociale et politique. Elle n'autorise probablement pas la construction de nouvelles finalités pour un développement de la santé qui suppose une adhésion et un consensus qui sont produits par la société elle-même lorsque les conditions sont réunies et que les modèles s'effacent devant la réalité d'une volonté collective.

Partagé aujourd'hui entre les scories d'une fiction étatique et les mirages des lois du marché, le système de santé lao s'est pour l'heure réfugié sur un flot au milieu d'un fleuve en crue. Il conviendra tôt ou tard de se jeter à l'eau. En attendant dans ce monde l'émergence d'un système de soins efficace et conforme à

leurs attentes, les Lao organisent de nouveau, à travers des bonzes et des médiums, la gestion des risques, de la maladie et de la guérison, à travers d'autres puissances que celle de l'État [Selim, 1996].

Après avoir qualifié la crise du système de santé lao et nous être penché sur les structures sociopolitiques qui gèrent cette crise, celle-ci est apparue comme la crise du lien social à un moment où les règles changent, où le bien peut devenir le mal et où le mal d'hier est presque le bien d'aujourd'hui. L'État fait clairement l'objet d'un évitement, mesurable à l'hôpital car le système de santé est toujours un système politique. Dans beaucoup de cas, n'est-il pas d'abord un système politique ? Cet article qui analyse une crise montre à quel point la santé publique constitue un champ où fonctionnent pouvoir politique et contrôle social. La fuite en avant dans des plans ambitieux sans maîtriser le présent est un réflexe très fréquent en santé publique, tout comme elle est un réflexe politique classique des gouvernements.

Face aux États socialistes en mal de ressources, les grands bailleurs de fonds internationaux constituent un important pouvoir. On remarque toutefois que l'utopie technocratique développementaliste n'est pas sans présenter parfois des analogies partielles mais significatives avec d'autres types de discours mobilisateurs. D'une « langue de bois » à l'autre, la réalité demeure difficile à maîtriser lorsque les objectifs sont tellement ambitieux qu'ils constituent des alibis institutionnels.

#### BIBLIOGRAPHIE

- CASSELS A., JANOVSKY K. [1989], *Implementing Primary Health Care in Lao People's Democratic Republic : a District Perspective*, Liverpool et Genève, Department of International Community Health, Liverpool School of Tropical Medicine and Division of Strengthening Health Services, Genève, World Health Organization.
- HOULLEMARE D. et alii [1993], *Séminaire sur le recouvrement des coûts* (24 août-1<sup>er</sup> septembre 1993), Vientiane, Comité de coopération avec le Laos (CCL) & the Lao Ministry of Health.
- HOURS B. [1981], « Pouvoirs et territoires bouddhistes », *L'Homme*, juillet-septembre, XXI (3) : 95-113.
- HOURS B., SÉLIM M. [1997], *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain : marché, socialisme et génies*, L'Harmattan, « Recherches asiatiques ».
- IMF [1993], *Current Economic Trends in Lao PDR under the Enhanced Structural Adjustment Facility*, Vientiane, Bank of the Lao PDR, International Monetary Fund Resident Representative Office.
- LPDR/UNICEF [1992], *1992-1996, Plan of Operations for Health and Nutrition*, Vientiane, Government of the Lao People's Democratic Republic and United Nations Children's Fund.
- MOH [1990], *Fifteen Year Health Report, 1975-1990*, Vientiane, Statistical Unit, Ministry of Health.
- MOH [1992], *1992, Party Policy on Health (Decree n° 599)*, Vientiane, Lao Ministry of Health.
- MOH [1993], *Recommandations du groupe de travail sur la réforme du financement de la santé*, Vientiane, Groupe de travail sur la réforme du financement de la santé, Lao Ministry of Health.
- NOËL A. [1992], *Pakkading, expérience de recouvrement partiel des coûts dans un hôpital de district au Laos*, Vientiane, Comité de coopération avec le Laos (CCL).
- PHOMMASACK B. [1993], *Health Research Report (Mid Term Evaluation) : Strengthening Quality of Care at the Health Centre's*, Vientiane, Vientiane Municipal Health Office.
- PHOMMASACK B. [1993], *Report on the Plenary Presentation on the Situation Analysis of 4 Selected Health Centres*, Vientiane, Vientiane Municipality, Vientiane Municipal Health Office.
- PHOMMASACK B. [1994], *Nasaitong District Hospital : Report on the Results of the Evaluation of District Hospital Performance*, Vientiane, Health Evaluation Committees, Vientiane Municipal Health Office.

- PHOMSOUPHA B. [1993], *Planning and Network of Primary Health Care in Lao PDR*, Vientiane, Primary Health Care Committee, Lao Ministry of Health.
- Plan national de recherche pour la santé 1992-1996* [1992], Vientiane, Conseil des sciences médicales.
- SÉLIM M. [1996], « Les génies thérapeutes au service du marché », *Mondes en développement*, XXIV (93) : 71-87.
- SRIVANICHAKORN S. [1993], *Human Resources for Health in Lao PDR : Report from a Short Visit to Vientiane, 14-25 June 1993*, Vientiane, National Epidemiology Board of Thailand and Swedish International Development Authority.
- STUART-FOX M. [1986], *Laos : Politics, Economics and Society*, Londres, Frances Printer.
- STUART-FOX M. [1989], « Laos in 1988 : in Pursuit of New Directions », *Asian Survey*, XXIX (1) : 81-88.
- TANGCHAROENSATHIEN V. [1993], *The 1994 Programme Budgeting of the Ministry of Public Health, Lao People Democratic Republic*, Vientiane, United Nations Children's Fund.
- TANGCHAROENSATHIEN V. [1993], *Structural Adjustment Policies, Planning and Budgeting System in the Lao People Democratic Republic*, Vientiane, United Nations Children's Fund.
- VINARD P. [1993], *Le Financement de la santé en RDP Lao : rapport d'évaluation (II)*, Vientiane, United Nations Children's Fund.
- VINARD P. [1994], *Enquêtes sur le recours aux soins et les dépenses de santé au Laos (résultats préliminaires)*, Vientiane, United Nations Children's Fund.
- WHO [1988], *The Challenge of Implementation : District Health Systems for Primary Health Care*, Genève, Division of Strengthening Health Services of the World Health Organization.
- WHO [1993], *Mission Report : Programme Management in Support of Strengthening of Health Systems Development*, Manille, Regional Office for the Western Pacific of the World Health Organization.
- WORLD BANK [1990], « Lao People's Democratic Republic : Population, Health and Nutrition », *Sector Review*, n° 8181-LAO, Population and Human Resources Operations Division of the World Bank, Country Department II, Asia Region.