

L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?

Stéphane Tizio, Yves-Antoine Flori

Citer ce document / Cite this document :

Tizio Stéphane, Flori Yves-Antoine. L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?. In: Tiers-Monde, tome 38, n°152, 1997. pp. 837-858;

doi : 10.3406/tiers.1997.5199

http://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199

Document généré le 25/05/2016

L'INITIATIVE DE BAMAKO : « SANTÉ POUR TOUS » OU « MALADIE POUR CHACUN » ?

par Stéphane TIZIO* et Yves-Antoine FLORI**

La conception de la « santé pour tous », qui consiste à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé et l'égalité de traitement, s'est trouvée prise en défaut par la situation économique catastrophique des pays d'Afrique au sud du Sahara. Face à l'impossibilité matérielle de promouvoir une politique de santé gratuite pour tous, les gouvernements locaux et les organisations internationales, telles l'UNICEF ou l'OMS, ont proposé de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent, et de décentraliser la gestion des systèmes de santé publics, afin de créer l'environnement favorable pour un marché de la santé. Cette réforme, appelée Initiative de Bamako, va tenter de résoudre les problèmes d'inefficacité et d'iniquité des systèmes gratuits de santé mais se heurte dans le même temps à la persistance de questions de fond, qui n'avaient pas été résolues au préalable.

Le vieux débat opposant libéraux et interventionnistes quant à la prise en charge ou non par la collectivité de la santé de chacun est toujours d'actualité. Il trouve une illustration dans les pays en voie de développement. Ainsi, deux logiques semblent vouloir s'opposer pour traiter de l'organisation et/ou du financement de la santé dans les pays pauvres. D'un côté, on trouve la conception de la « santé pour tous », affirmée avec force par l'OMS, qui consiste à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé que son état nécessite. L'idée qui sous-tend cet objectif est une conception égalitariste de la justice – à chacun selon ses besoins. Le financement des soins de santé qui semble le mieux adapté,

* Doctorant GRES/LATEC, Université de Bourgogne.

** Maître de conférences GRES/LATEC, Université de Bourgogne, Centre de recherche en économie de la santé Le Kremlin-Bicêtre.

dans ce cas, est un financement collectif et obligatoire. D'un autre côté, la conception libérale de la justice en appelle à la responsabilité financière de l'utilisateur du système de santé, et met en jeu sa solvabilité. L'individualisme et la concurrence sont de mise et, à l'opposé de la conception défendue par l'OMS, nous pourrions parler d'un concept de « maladie pour chacun », dans le cadre duquel chacun reçoit en fonction de ce qu'il paye.

En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de « la santé pour tous » qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. De plus, un grand nombre de pays avaient choisi la voie du socialisme : ils ont ainsi érigé en dogme la gratuité d'accès aux services publics – dont le service de santé. Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins. C'est par la déclaration d'Alma Ata, en 1978 et par le lancement de l'Initiative de Bamako en 1988, que les gouvernements d'Afrique subsaharienne, sous l'égide des organismes satellites de l'ONU, se sont proposés de faire payer les usagers des structures publiques, alors en pleine déconfiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau des districts. L'Initiative de Bamako est le nom de la réforme qui vise à tarifier les soins de santé dans le secteur public.

En première analyse, il semble bien que la tarification procède de la remise en cause du principe de « santé pour tous ». L'Initiative de Bamako peut-elle être alors considérée comme un mal nécessaire, utilisé pour réhabiliter un système de santé public en faillite ? L'objectif de cet article est de montrer qu'en dépit de la réforme, des problèmes subsistent, notamment celui de la stagnation de la demande de santé « officielle » ainsi que celui posé par les comportements rentiers et bureaucratiques des différents acteurs du système de santé. Il faudra pour cela analyser, dans une première partie, les présupposés et l'application de la réforme en elle-même, pour en montrer les inadéquations et les limites. Deuxièmement, après avoir insisté sur la persistance des problèmes de fond, nous énoncerons quelques pistes d'explication.

L'INITIATIVE DE BAMAKO :
UNE RÉPONSE AUX DÉFAUTS DE LA GRATUITÉ ?

Les difficultés rencontrées par les systèmes hospitalo-centrés et la désaffectation des structures publiques ont amené les dirigeants des pays concernés, ainsi que les organisations internationales, à réfléchir sur la possibilité d'une solution à la gratuité permettant d'assurer la santé pour tous de façon viable. Les principes préexistants et leur application butaient sur des inefficacités financières, issues de l'insuffisance des ressources affectées à la santé. Par ailleurs, l'organisation centralisée du système favorisait l'apparition de comportements rentiers au sein du système¹, et hypothéquait l'équité². La réforme comprend deux volets : d'une part, le volet financier appelé « recouvrement des coûts » constitué par la tarification et, d'autre part, le volet organisationnel, constitué, dans le prolongement de la déclaration d'Alma-Ata, par la participation communautaire.

Les objectifs du volet financier de l'Initiative de Bamako

Le premier axe de la réforme des systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara est constitué par le recouvrement des coûts, à savoir la tarification des soins de santé publics aux usagers. Trois objectifs sont poursuivis : lutter contre la désaffectation des structures de santé publiques, améliorer l'efficacité des dépenses de santé, améliorer l'équité. Leur réalisation simultanée rencontre certains obstacles.

Pallier la sous-utilisation des services de santé périphériques. — La substitution du financement privé au financement public officialise un état de fait, dans le sens où les individus payaient déjà leurs soins de façon clandestine au sein même des structures de santé publiques réputées pourtant gratuites : la gratuité n'était plus qu'un concept illusoire et vide de sens³.

La tarification a en fait pour objectif principal de drainer des fonds vers les structures publiques d'offre de santé afin que les ressources ainsi collectées soient réutilisées à l'échelon local pour financer l'achat des *inputs* qui manquent le plus. La faiblesse des revenus ne doit pas constituer un obstacle puisque les individus sont aptes à mobiliser des res-

1. Hecht et Musgrove, 1993.

2. Une explication détaillée de l'émergence des difficultés de la gratuité des soins est disponible sur demande auprès des auteurs.

3. Akin *et al.*, 1987.

sources par solidarité familiale ou communautaire – tontinage – par emprunt ou vente de biens personnels. Par ailleurs, la tarification doit être réservée aux soins les moins coûteux et la création de systèmes d'assurance-maladie doit permettre de financer les soins les plus onéreux¹. Par ailleurs la contribution des usagers, via l'augmentation des ressources disponibles, doit permettre de supprimer les pénuries et de remotiver les personnels par l'intéressement aux performances des structures de santé : ils pourraient être plus efficaces, car mieux payés. Cependant, diverses études montrent que l'élasticité-prix de la demande de soins en Afrique est significativement négative : à qualité constante, l'application de tarifs induira une baisse de la demande de soins, mais cette baisse s'accompagne d'un accroissement des dépenses de santé et de l'amélioration des disponibilités monétaires du centre de santé. Si ces disponibilités financières servent à améliorer la qualité des soins, l'effet – positif – de la qualité sur la demande devra compenser l'effet-prix négatif².

Les ressources collectées doivent alors être affectées à des actions visant à l'amélioration de la qualité des soins, amélioration qui est, selon les promoteurs de la réforme, une condition *sine qua non* à l'augmentation de la fréquentation des centres de santé à l'échelon périphérique. Les fonds publics qui seraient ainsi préservés permettraient de développer des actions de supervision, contribuant à l'amélioration de la qualité, en réduisant par exemple le déficit informationnel des décideurs en matière de santé et des populations. L'affectation des ressources mobilisées à l'amélioration de la qualité au sein des structures publiques de santé doit favoriser l'augmentation de la fréquentation de celles-ci. La tarification permet d'autre part de desserrer la contrainte financière, issue du rationnement des dépenses publiques, qui pesait sur les centres de soins. La question qui émerge ainsi au sujet de la qualité et de son amélioration est alors de savoir comment les fonds collectés sont utilisés et s'il existe un contrôle de cette qualité, contrôle qu'on pourrait relier au questionnement concernant le pouvoir réglementaire de l'État.

Améliorer l'efficience des dépenses de santé sans nuire à l'équité. — L'introduction de la rationalité économique induite par la gestion des ressources là où elles sont collectées permettrait d'améliorer non seulement la qualité des soins mais aussi de restaurer l'équité par la réaffectation des dépenses publiques que la tarification permettrait d'épargner. Le paiement permettrait ainsi d'inciter à une meilleure allocation des

1. Banque mondiale, 1993 ; Musgrove, 1996.

2. Carrin *et al.*, 1993 ; Perrot, Sergent, 1994.

ressources : si les centres de santé font payer leurs services, ils seront obligés de payer leurs *inputs* et le critère d'efficacité deviendra alors le principal critère de choix allocatif, en réintroduisant une allocation par les prix. Cette efficacité exige que les décisions soient prises au plus près de la fourniture des soins : la gestion doit alors être décentralisée dans l'optique de la construction d'un marché de la santé qui fait l'objet de l'instauration de la participation communautaire.

On pourrait penser cependant que l'instauration de tarifs va aggraver la situation de ceux, parmi les plus démunis, qui ne peuvent pas payer. Mais cette objection n'est plus recevable dès lors qu'on considère qu'auparavant la plus grande partie de la population n'avait pas du tout accès aux soins, fussent-ils gratuits, et que, *in fine*, la tarification ne peut pas aggraver encore la situation : globalement, elle améliorera celle de ceux qui pouvaient payer mais qui ne le faisaient pas du fait du déficit qualitatif du secteur public de santé. De plus, la tarification permettrait d'épargner des fonds publics qui pourront être utilisés pour la prise en charge des plus démunis¹. Ainsi, afin de promouvoir l'équité par l'instauration de tarifs, il faudra différencier ces derniers selon les disparités des revenus, ou encore selon la distance à parcourir pour se rendre au poste de santé le plus proche : la tarification permettra alors de lutter contre les iniquités de recours aux soins, issues des inégalités géographiques et financières entre les individus. A cet effet, la Banque mondiale a catégorisé les différents types de soins de santé, en préconisant le rôle de l'État pour les interventions de santé publique, qui ont un caractère de biens tutélaires².

Les limites du recouvrement des coûts

La réalisation de ces objectifs rencontre néanmoins certaines limites. A l'échelle d'un pays, le montant des ressources produites par la tarification ne compense pas la baisse antérieure des dépenses publiques et au niveau local, même si ces ressources ne sont pas négligeables, elles sont loin d'assurer l'autonomie des centres de santé³. Par ailleurs, cet apport de ressources n'est peut-être qu'illusoire : le coût de collecte de ces fonds est non négligeable. Ce « coût de transaction » viendra diminuer d'autant le montant des recettes collectées voire, dans le cas extrême, excéder ce montant : la réaffectation des recettes à l'amélioration de la qualité

1. Banque mondiale, 1993.

2. Pour plus de précisions sur les différentes catégories d'intervention de santé, voir le *Rapport sur le développement dans le monde consacré à la santé*, Banque mondiale, 1993.

3. Dumoulin et Kaddar, 1990.

deviendrait impossible. De plus, certaines expériences de recouvrement des coûts sont réalisées dans le cadre de programmes d'aide internationale. Dans ce cas, comment dissocier les ressources effectivement collectées de celles issues directement de l'aide ? Et comment imputer les coûts de la coopération technique¹ ? Au total, de bons résultats au niveau des taux de couverture des coûts peuvent masquer le fait que certains coûts n'ont en fait pas été couverts parce qu'ils ont été pris en charge par ailleurs ; sans financement extérieur à la contribution des usagers, les ressources collectées seraient insuffisantes.

La qualité des soins est souvent évaluée par un indice qui prend en compte la présence – ou l'absence – de médicaments essentiels, mais cette qualité dépend aussi d'autres facteurs comme la motivation des personnels, leur compétence et l'organisation des soins. Or le paiement n'a pas d'influence directe sur ces éléments. De plus, la qualité pose le problème de l'évaluateur et du contrôleur de celle-ci. Pour les professionnels, la qualité s'évalue par la justesse des diagnostics, la pertinence du soin et l'observation d'un protocole thérapeutique ; en revanche, le patient s'attachera à la qualité de l'accueil, à la rapidité de l'effet des soins et à la confiance que suscite son médecin. La tarification, qui accorde un rôle essentiel à la demande, doit contribuer à améliorer la qualité ressentie par l'utilisateur. Le problème est que la gestion de cette qualité reste l'apanage du dispensateur des soins. La garantie de qualité nécessiterait vraisemblablement une certaine intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de la profession médicale et dans la définition de normes qualitatives des soins.

Outre les éléments ci-dessus, on peut avancer deux arguments susceptibles de remettre en cause les gains espérés en termes d'efficacité d'un programme de tarification. D'une part, le paiement peut empêcher la mise en œuvre de moyens favorisant l'efficacité : ainsi, l'augmentation de l'efficacité des systèmes de santé doit être un préalable à la mise en place de tarifs, et non le contraire, comme il semblerait que cela fût le cas. Ainsi, la mise en place de politiques de médicaments essentiels permet d'importantes économies de coûts – environ 80 %. Le paiement par les usagers développera l'apparition d'intérêts économiques quant à l'approvisionnement en médicaments : la demande des postes de santé, qui devient solvable, va attirer les laboratoires pharmaceutiques qui préféreront alors substituer à la vente de médicaments génériques celle de molécules plus onéreuses, ce qui grèvera d'autant les budgets en médicaments des structures de santé. D'autre part, l'autonomie de gestion des centres de santé est une condition à l'amélioration de l'efficacité. Ceci implique que les personnels aient

1. Tchicaya, 1994.

aussi pour objectif de maximiser l'efficacité des dépenses de santé. Dans le contexte africain, il semblerait que les prestataires de soins soient plus motivés par la maximisation de leur revenu que par la perspective de gains d'efficacité. C'est donc sur l'apparition d'intérêts économiques que vient buter l'efficacité. La tarification achoppe aussi sur le plan de l'équité. Si la tarification est généralisée, elle nuira à l'équité, dans le sens où elle exclura *de facto* du système de santé tous ceux qui ne pourront payer. Cependant, poser la question de l'équité suppose qu'on ait au préalable défini ce concept. Nous retiendrons la définition qu'en donnent Flori et Kaddar (1996) : « La recherche de l'équité est un processus qui vise à entreprendre toutes les mesures possibles pour réduire les différences dans le domaine de la santé entre groupes sociaux ou entre zones géographiques par des interventions soit dans le secteur de la santé, soit dans les autres secteurs de l'économie. »

Ainsi, dans le domaine de la santé, une politique équitable vise à assurer un traitement égal à chacun, sans considération de ses capacités financières. La tarification, qui implique la solvabilité des individus, met en cause cette approche égalitariste de l'équité. Certaines propositions, qui suggèrent d'orienter le financement public sur la prise en charge des indigents, correspondent à une conception rawlsienne de l'équité privilégiant les plus nécessiteux ; néanmoins, l'application d'un tel principe peut remettre en question l'accès d'une partie de la population aux soins, en fonction du seuil d'éligibilité à l'exemption du tarif. Pour qu'une telle équité soit « optimale » il faudrait que ce seuil coïncide avec celui de la capacité à payer. Mais comment être sûr que le seuil d'éligibilité corresponde effectivement avec la capacité à payer ? Et par ailleurs, rien n'assure que si tel est le cas, la capacité à payer coïncide avec la propension à payer. En fait, la tarification pénalise de toutes façons l'équité et les seuls moyens d'assurer l'égalité d'accès aux soins restent la gratuité ou l'assurance sociale.

Le point central sur lequel s'appuie la tarification est l'existence d'une demande solvable de soins de santé. Mais, si la demande est effectivement potentiellement solvable – les individus peuvent payer –, cela ne signifie en rien qu'ils soient disposés à le faire. Le raisonnement qui conduit à affirmer que les individus vont payer pour des soins de meilleure qualité trouve son soubassement dans le fait que les patients, au temps de la gratuité des services publics de santé, payaient pour les soins dispensés par les praticiens ou pour ceux qui étaient pratiqués par les médecins « officiels » de manière clandestine. L'analyse que l'on en tire est que si les individus recourent à la médecine traditionnelle plutôt que, gratuitement, à la médecine publique, cela signifie qu'il existe un différentiel de qualité au profit des structures traditionnelles. L'élimination de ce différentiel quali-

tatif devrait permettre la réorientation de la demande vers les centres de santé officiels. Ainsi, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, l'hypothèse de coïncidence entre capacité contributive des individus – *ability to pay* – et propension à payer – *willingness to pay* – est implicite. Mais ceci n'est vrai que si on raisonne en termes d'équilibre général : toute la demande est satisfaite, sur tous les marchés simultanément, par ajustement des prix – les vecteurs d'excès de demande sont simultanément nuls. Or rien n'assure que, même dans l'éventualité de la disparition du différentiel qualitatif, les individus cesseraient de recourir à la médecine informelle ; en d'autres termes : médecine traditionnelle et médecine officielle ne sont pas toujours en situation de concurrence, elles obéissent à des logiques différentes. Ceci renvoie aux travaux d'anthropologie économique qui distinguent les rapports existant entre argent et santé selon que le patient recoure à des soins « modernes » ou traditionnels. Ces rapports diffèrent sur plusieurs points¹ :

- *par la nature des dépenses* : dans le cas de la médecine traditionnelle, les dépenses sont affectées aussi bien à l'acte thérapeutique qu'à l'achat de fournitures pour l'accomplissement de cérémonies rituelles accompagnant le traitement ; par ailleurs, le guérisseur n'attend pas une rémunération, mais un don, et la dépense peut être effectuée en nature aussi bien qu'en numéraire ;
- *par le rythme des dépenses* : auprès du guérisseur, le paiement peut être effectué à crédit et s'ajuste sur la capacité du patient à l'engager ; la dépense n'est ainsi pas directement liée au traitement puisqu'elle peut être décalée dans le temps ;
- *par les circonstances des dépenses* : les plus importantes d'entre elles sont occasionnées par l'accomplissement des cérémonies ; il est alors difficile de différencier les dépenses de soins *stricto sensu* des dépenses « culturelles ».

Ainsi, le paiement des soins ne s'inscrit pas uniquement dans une logique marchande, il comporte une dimension culturelle, ou plus largement sociale : la logique du don se substitue à la logique de marché. Ceci permet d'avancer, eu égard à ces différences de logiques de paiement, que le recours à la médecine traditionnelle plutôt qu'à la médecine moderne relativise la nécessité d'une coïncidence entre capacité et propension à payer ; ce n'est pas parce que les individus ont les moyens de payer les tradipraticiens qu'ils seront disposés à payer pour recourir à la médecine officielle.

1. J. Benoist, 1991.

*Le volet organisationnel de l'Initiative de Bamako :
la participation communautaire*

La déclaration d'Alma-Ata affirme la prépondérance de l'échelon communautaire dans l'identification des besoins et dans l'action en matière sanitaire. Mais le principe de participation communautaire, qui était censé lutter contre les comportements rentiers issus de la centralisation du système de soins, a-t-il été réellement efficace? Pour répondre à cette interrogation, dans un premier temps, nous rappellerons la définition du concept de participation communautaire et nous en énumérerons les principaux acteurs avec leurs rôles respectifs. Dans un second temps, nous ferons une lecture critique de la participation communautaire, en référence à l'analyse économique de la bureaucratie¹.

En première analyse, la participation communautaire est un processus de décentralisation du pouvoir politique de l'État vers les collectivités locales qui consiste en la mise en place de comités élus par les populations, devenant ainsi les interlocuteurs – et les acteurs – privilégiés des intervenants en matière de santé. Au plan sociologique, la participation communautaire doit induire un changement dans les comportements de recours aux soins, le développement de la confiance en soi et le sens des responsabilités². Au plan économique, la participation communautaire, en rapprochant la décision de l'action en matière sanitaire, est un moyen d'améliorer l'efficacité du système de soins et l'équité. On peut avancer la définition suivante : la participation communautaire est un processus économique et social qui, en transférant le pouvoir décisionnel du gouvernement central vers une collectivité locale, doit induire un changement de comportement au sein de la communauté, en termes d'évaluation et de satisfaction des besoins, et aboutir à l'autosuffisance sanitaire par la mise en œuvre et le suivi d'un système de recouvrement des coûts.

Il convient, pour bien discerner les différents acteurs et leurs motivations, de distinguer le niveau global ou local de la participation communautaire. Le schéma général de son organisation est retracé dans la figure 1.

— *Le gouvernement central.* Il s'agira de regrouper sous ce terme l'État et tous les échelons décentralisés à un niveau supérieur au comité de santé villageois – ou communautaire. Le gouvernement central

1. Niskanen, 1971 ; Greffe, 1981.

2. Fournier et Potevin, 1995.

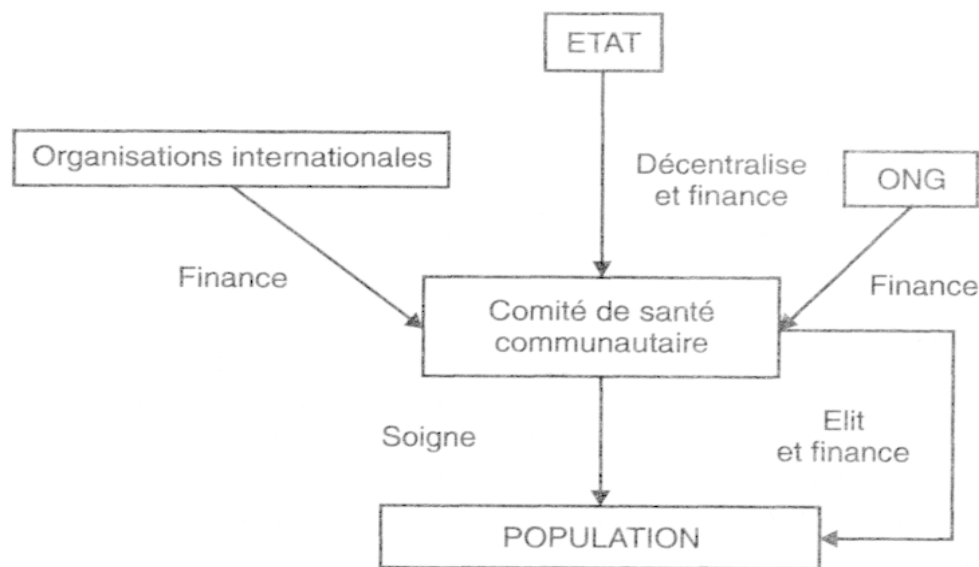


Fig. 1. — Schéma général de la participation communautaire

décentralise le pouvoir de décision en matière de santé vers les instances locales. D'autre part, il peut allouer des fonds publics aux collectivités locales, qui seront chargées de les diriger vers les plus démunis. De plus, si le dispensateur de soins est fonctionnaire, sa rémunération peut rester à la charge de l'autorité centrale, ce qui n'est pas toujours le cas.

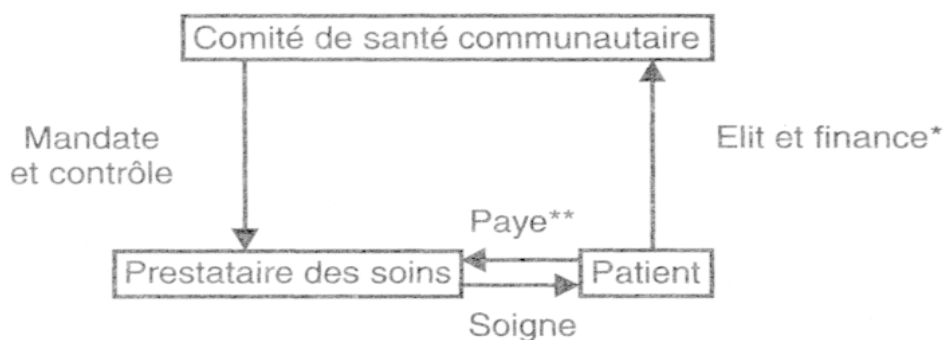
— *Les organisations internationales et les ONG.* Il s'agit des deux principales organisations extérieures qui sont aptes à soutenir un projet de mise en place des soins de santé communautaires, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. Leur principal rôle est de financer les dispensaires locaux ainsi que la collecte et la diffusion d'informations en direction des pouvoirs publics, des patients potentiels et des comités de gestion des structures locales. Certaines organisations internationales fixent par ailleurs les priorités de politique économique en général et sanitaires en particulier¹.

— *Le comité de santé local.* Cet acteur est composé en fait de plusieurs entités. Il regroupe les notables du village – ou de la communauté urbaine –, les individus chargés de la gestion du centre de santé, et les dispensateurs de soins. Dans le schéma consacré au niveau local, on peut faire éclater ce pôle d'offre entre les administrateurs – notables et gestionnaires – et le prestataire de soins – médecin ou agent communautaire de santé.

1. Il peut s'agir d'organismes comme le FMI ou la Banque mondiale mais aussi d'organisations telles que l'OMS, l'UNICEF ou le BIT.

— *La population de la communauté* est le dernier et le principal acteur. Son rôle est double : elle élit les membres du comité de santé et elle finance le comité de santé par le biais de systèmes de tarification à l'usager.

Au niveau local, nous ne nous intéressons qu'aux interactions entre les différents acteurs du système à l'échelon de la communauté (cf. fig. 2).



* La population finance directement le comité de gestion de santé lorsque la tarification mise en œuvre est un paiement indirect (abonnement par exemple).

** Le patient finance directement le médecin dans le cas où la tarification est directe.

Fig. 2. — Schéma local de la participation communautaire

A ce niveau, on fait éclater le pôle d'offre entre le comité de gestion des actions de santé et le dispensateur des soins.

— *Le comité de santé communautaire*¹. Sont regroupés sous ce vocable tous les individus participant à la gestion de la structure de santé de la communauté, ainsi que les notables de la communauté, hormis le dispensateur même de soins.

— *Le prestataire de soins*. Il peut s'agir d'un médecin, d'un infirmier ou d'un agent de santé communautaire. Son rôle est de soigner la population. Le comité de santé lui délègue le pouvoir de décision sur le bon usage des soins – et donc des fonds – qui lui sont alloués.

— *La population*. Elle est composée des individus de la communauté qui sont potentiellement pris en charge par le dispensaire local. Cette population finance le médecin soit directement, soit indirectement, par le biais de paiements (au forfait voire même à l'acte) en direction du comité de gestion de la santé communautaire.

1. Dans ce qui suit, nous confondrons le « comité de santé communautaire ou local » et le gestionnaire lui-même qui en est l'émanation directe.

Pour clore cette description des acteurs de la participation communautaire, signalons que le système de santé n'est pas unique : on peut en effet trouver, dans les mêmes zones géographiques, un guérisseur traditionnel ou un pharmacien colporteur. Il y a très souvent coexistence d'un marché informel de la santé et du service public communautaire de santé ; les différents offreurs sont alors soit complémentaires soit concurrents.

L'un des objectifs majeurs qui président à l'adoption du principe de participation communautaire est d'introduire la concurrence sur le marché de la santé, notamment en atomisant l'offre afin de permettre aux structures publiques de santé de participer effectivement au marché de la santé, au même titre que les structures informelles. En effet, un marché de la santé existe de façon souterraine : face à la situation de crise qu'ont rencontrée les pays d'Afrique subsaharienne, des stratégies se sont développées au sein des communautés pour satisfaire les besoins immédiats. La portée des réformes administratives et le changement des priorités sanitaires laissent un espace libre au développement de la fourniture informelle de soins. En fait, trois marchés informels de la santé peuvent être distingués :

- le marché informel des soins : ce marché est constitué, du côté de l'offre, par les tradipraticiens (ou les médecins officiels travaillant au noir). Cette médecine « informelle » entretient avec la médecine officielle des rapports de complémentarité ou de substituabilité qui sont fonction de facteurs tels que le coût, la distance, le type de soins, le type de maladies... ;
- le marché informel des médicaments : trois canaux officiels de distribution des médicaments peuvent être distingués : le secteur public (dispensaires, hôpitaux), le secteur privé non lucratif (missions, ONG) ou le secteur commercial privé (officines accréditées). Les difficultés de fourniture des médicaments par ces canaux ont donné lieu à l'augmentation de leur fourniture par des voies non officielles, par exemple la vente de médicaments à l'unité par des colporteurs, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines¹ ;
- le marché informel de l'assurance maladie ou de la mutualisation : la solidarité communautaire conduit à la mobilisation commune des ressources pour faire face aux dépenses occasionnées par un épisode morbide qu'un individu ne pourrait assumer seul. Ce type de financement combine les caractéristiques d'une assurance privée – non obligatoire, choix de l'assureur, sélection des risques – et celles d'une assurance sociale – couverture des risques par la solidarité, étendue des prestations non proportionnelles à la contribution individuelle.

1. Par exemple, dans le nord-est du Zaïre, aucune pharmacie n'avait d'autorisation de vente du ministère de la Santé.

La participation communautaire doit avoir un impact sur ces trois marchés informels de la santé :

— En ce qui concerne le marché des soins, la participation communautaire, qui décentralise la gestion et qui met en jeu l'autoresponsabilité des offreurs et des demandeurs, va accroître les phénomènes de concurrence entre la médecine informelle et la médecine moderne. L'instauration de systèmes de recouvrement des coûts au niveau communautaire doit permettre de rétablir, pour les structures du secteur public, le rôle paramétrique des prix. Par la mobilisation additionnelle des ressources que permet la tarification, les structures sanitaires publiques voient la qualité des soins qu'elles dispensent augmenter, permettant à la concurrence de jouer avec le secteur informel à qualité ressentie égale : cette concurrence passe alors par les prix. Précédemment, la concurrence entre le système de soins public et la médecine informelle était fortement compromise par l'inefficacité des structures de soins modernes, qui ne pouvaient gérer leur situation de pénurie. La concurrence était à l'avantage du secteur non officiel. Ainsi, la participation communautaire et l'organisation d'un système de recouvrement des coûts permettent de restaurer la compétitivité du secteur public, quant à la prestation des soins.

— En ce qui concerne la fourniture des médicaments, les systèmes de recouvrement des coûts au niveau communautaire permettent de mobiliser des ressources à la base pour les affecter aux achats de médicaments et au renouvellement des stocks. Ainsi, les usagers des centres publics de santé ne seront plus dans l'obligation systématique d'avoir recours aux distributeurs informels de médicaments, mais pourront s'adresser à un circuit de distribution officiel, qui offre théoriquement plus de garanties quant à la qualité des produits. En fait, l'instauration des axes de politique préconisés par l'Initiative de Bamako pourra concourir à l'augmentation de la disponibilité en médicaments et à l'introduction de la concurrence entre les différents fournisseurs de ces produits, faisant – en théorie – baisser le prix.

— Enfin, en ce qui concerne l'assurance maladie, la participation communautaire vient officialiser les systèmes de solidarité communautaires préexistants. Le système de solidarité communautaire permet de réunir certaines conditions d'existence d'un marché de l'assurance maladie. De plus, il s'agit bien là de participation communautaire, car ces schémas de solidarité induisent une auto-organisation des populations. La participation communautaire, en décentralisant la gestion des ressources et la prise de décision quant à leur affectation, permettra un ciblage plus efficace des indigents et la mise en place de politiques d'exonération de charges ou de cotisations d'assurances, politiques qui doi-

vent être sensibles aux conditions locales, en priorité. Dans le cas du marché de l'assurance-maladie, la participation communautaire vient officialiser les pratiques de solidarité communautaire préexistantes.

Participation communautaire et analyse économique de la bureaucratie

La participation communautaire, en décentralisant un pouvoir de décision, instaure plusieurs étages d'interaction entre les différents acteurs. La décentralisation implique une relation de délégation de la décision de production de politique sanitaire, d'une administration publique de tutelle vers le producteur décentralisé des soins. Au niveau global, il s'agit d'une relation entre le pouvoir central et les comités de santé locaux qui ont à charge la mise en œuvre des soins en échange d'un financement, quand celui-ci existe. Au niveau local, la participation communautaire instaure l'imbrication de plusieurs relations de délégation d'autorité : entre le comité de santé et le praticien, entre le patient et le médecin, enfin entre la population et le comité de santé. Ces relations de délégation ont lieu en incertitude et entre des individus ou des groupes qui ne poursuivent pas le même objectif ; l'information est alors asymétrique et donne à l'acteur surinformé le pouvoir de capter une rente informationnelle.

Nous analyserons la participation communautaire en référence à la théorie économique de la bureaucratie. Cette approche croise d'une certaine façon les logiques politique et économique qui sont à la base de la participation communautaire et s'applique aussi bien au niveau local qu'au niveau global.

Le modèle bureaucratique¹ met en jeu une tutelle, titulaire des droits de propriété publics, et un décideur gestionnaire, responsable de la production. Nous supposons un comité de santé en relation avec sa tutelle qui le finance, via l'affectation d'un budget. Le gestionnaire du comité de santé a pour objectif de maximiser son revenu monétaire en même temps que son prestige vis-à-vis de la population qu'il a en charge. Pour arriver à ses fins, il va chercher à maximiser le budget qui lui est alloué, en dissimulant ou en faussant l'information dont il dispose sur les coûts afférents à son activité productive. En l'absence de contrôle efficace de la part de la tutelle, le gestionnaire sera en mesure de capter une rente ; la forme de cette rente sera d'abord monétaire, mais l'intérêt du gestion-

1. Niskanen, 1971 ; Greffe, 1981.

naire pourra être de la transformer en rente en nature, en prestige ou encore en pouvoir¹.

Au niveau global, le comité de santé local est en relation avec trois autres partenaires qui sont ses financeurs : il s'agit des pouvoirs publics de tutelle, des organisations internationales et ONG, et de la population. Les organisations internationales comme les pouvoirs publics accordent un financement aux comités de santé. Par le processus explicité ci-dessus, le gestionnaire du comité local peut ainsi capter trois rentes : une rente bureaucratique émanant de l'administration centrale et deux rentes émanant des partenaires internationaux. De la même façon, le gestionnaire peut prélever une rente sur la population en faussant l'information qui sert à la mise en place de la tarification des soins, notamment en surestimant les coûts ou en majorant tout simplement de façon artificielle le prix des médicaments. Le comité de santé est ainsi au centre d'un mécanisme de captation de rentes informationnelles qui explique certains échecs des programmes de soins de santé communautaires : une économie de rentes ne peut atteindre l'optimum, et la participation communautaire, qui met en place une captation de rentes, hypothèque d'autant l'efficacité du système de santé.

Au niveau local, un nouvel acteur est introduit : c'est le médecin ou le prestataire direct des soins de santé primaires. En fait, on ne fait qu'éclater le pôle d'offre en deux acteurs : le comité de gestion de la structure sanitaire communautaire et le prestataire de soins. Face à ce pôle d'offre éclaté, le pôle de demande est constitué par la population potentiellement malade, qui a deux rôles vis-à-vis du comité de santé communautaire : elle l'élit et le finance. Le comité de gestion de la santé communautaire est en position de capter une rente bureaucratique, comme précédemment, mais ce même comité se trouve en situation de déficit d'information quant à la pratique des soins qui est l'apanage du médecin lui-même.

Au niveau local, on ajoute un étage à la relation de recherche de rente : le prestataire de soins est aussi un captateur de rente. En effet, supposons que le praticien se fixe un revenu cible à atteindre. Supposons en outre qu'il soit rémunéré par le comité de santé et intéressé aux résultats de ce centre. Supposons enfin que le système de paiement des soins par les usagers transite *ex ante* par le comité de santé. Au-delà d'un certain seuil, qui sera son revenu fixe, le revenu du praticien dépendra de la quantité de prestations médicales qu'il délivre. Le centre de santé sera donc obligé de financer le prestataire des soins sur la base d'une activité prévue. Comme ce dernier s'est fixé un revenu cible, il va alors tenter de

1. Par exemple, dans les cas d'hyperinflation, l'intérêt du producteur rentier est de transformer rapidement la rente monétaire en marchandises qu'il peut écouler ensuite.

« gonfler » son activité artificiellement, il captera ainsi une rente sous forme d'un budget discrétionnaire alloué par le comité de gestion communautaire de la santé¹.

Par ailleurs, la relation patient-médecin peut être aussi source de captation de rente. La stratégie du praticien est de « gonfler » artificiellement son activité en mettant en jeu son pouvoir discrétionnaire d'induction de la demande de soins : dans le cas d'un paiement des soins à l'épisode ou par abonnement, le médecin est le seul habilité à apprécier où commence et où finit un épisode morbide, il lui sera alors relativement aisé de surproduire des soins et de surestimer l'information sur les coûts qu'il transmet à sa tutelle, en l'occurrence le comité de santé communautaire. Le moyen de lutter contre ces rentes serait d'instaurer un contrôle efficace des décideurs en matière de santé. Ce contrôle implique un coût et la rente continuera à se développer tant que ce coût sera supérieur au montant de la rente totale. Il existe ainsi un arbitrage entre les coûts de réduction de la rente et le montant de cette dernière, qui s'avère défavorable au « monitoring ».

DE LA GRATUITÉ A L'INITIATIVE DE BAMAKO : DES PROBLÈMES DE FOND SUBSISTENT

La réponse de l'Initiative de Bamako aux défaillances de la gratuité a emprunté deux voies : la participation communautaire au plan organisationnel, et le recouvrement des coûts au plan financier. La grande variabilité des résultats des études sur l'efficacité de la réforme ne permet pas de conclure définitivement au succès ou à l'échec de cette dernière. Néanmoins, de faibles taux de couverture des coûts et la persistance d'une demande stagnante pour les soins de santé officiels sont loin de faire exception². Il semblerait que les problèmes préexistants à l'adoption de la réforme demeurent. Nous avancerons quelques hypothèses quant à l'échec relatif de l'Initiative de Bamako.

Problèmes inhérents à la qualité des soins

L'objectif de la tarification des soins à l'usager était de lutter contre la « mauvaise » qualité relative des soins de santé officiels. Or la désaffection récurrente des centres de santé publics pose la question de la liaison existant entre tarification et qualité.

1. La démarche analytique est la même que celle qui est utilisée pour rendre compte des interactions économiques à l'hôpital en France (Bejean, 1994).

2. Nolan, Turbat, 1995.

Dans le cadre du système étatisé de santé, la mauvaise qualité des soins s'expliquait par l'insuffisance des ressources et leur mauvaise utilisation. La mauvaise qualité s'est ainsi diffusée à travers le système de santé et est devenue auto-entretenu : la qualité des soins dispensés à l'échelon périphérique a souffert du report de la demande – et des crédits publics – vers les services de référence, l'effet d'encombrement qui s'en est suivi a eu pour conséquence extrêmement néfaste de faire baisser la qualité des soins à l'hôpital. L'échelon de référence va absorber la majeure partie des dépenses publiques de santé avec un effet en retour négatif sur la qualité des soins à l'échelon périphérique.

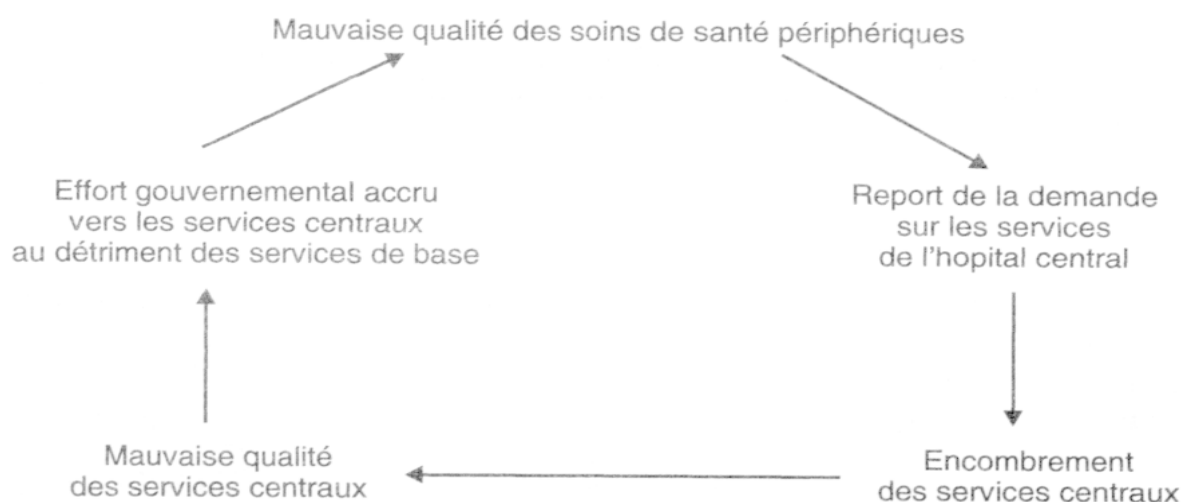


Fig. 3. — Le cercle vicieux de la mauvaise qualité des soins

La tarification visait à briser ce cercle vicieux, en focalisant l'effort sur l'amélioration de la qualité des soins périphériques, qui devait, via l'augmentation de la demande consécutive, éviter les reports de cette demande vers les services de référence. Les tarifs devaient par ailleurs induire des économies de dépenses publiques et permettre ainsi d'améliorer à la fois la prise en charge des indigents et l'amélioration de la qualité à l'hôpital. Mais les tarifs n'ont pas, en règle générale, entraîné d'amélioration de la qualité ; en revanche, ils ont eu pour conséquence de décourager la demande dont l'élasticité-prix est négative. Les reports sur les soins hospitaliers et la médecine informelle persistent, absorbant encore une grande part de la dépense publique de santé et entraînant une baisse cumulative de la qualité des soins, tant au niveau de l'échelon de référence qu'à l'échelon périphérique (fig. 4).

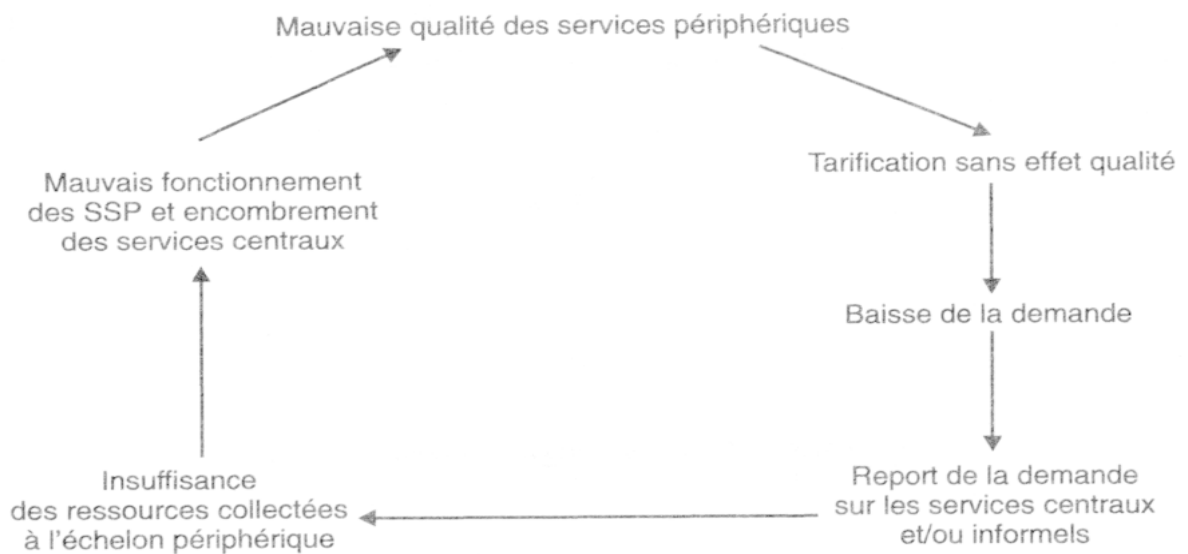


FIG. 4. — Persistance du problème de la qualité

Cette argumentation aboutit à la première question fondamentale : la qualité des soins est-elle fonction de leur prix ? En d'autres termes : existe-t-il une causalité certaine entre tarification et qualité des soins ? Il semble que cette question doit être déplacée au niveau de la réglementation de la qualité par les pouvoirs publics : par exemple, le contrôle de qualité des médicaments est-il efficace ? La réglementation de l'exercice de la profession médicale existe-t-elle ? Cela pose ainsi, en termes plus généraux, le problème du rôle de l'État dans la régulation des systèmes de santé.

Problèmes inhérents à l'informalisation du secteur de la santé

L'émergence d'une économie informelle de plus en plus importante est une des conséquences de la désétatisation en Afrique subsaharienne. L'informalisation est un moyen pour les populations de contourner l'État prébendier qui voit alors dans le même temps se détériorer ses recettes fiscales.

L'Initiative de Bamako, par son aspect organisationnel, essaie de contourner officiellement l'État en décentralisant le pouvoir réglementaire qu'il n'exerce pas – ou mal – au niveau local. La participation communautaire est alors un moyen de lutte contre la corruption et la recherche de rente des fonctionnaires centraux dans le domaine des politiques de santé. Il s'agit de restaurer un pouvoir public capable de régu-

ler la santé par des comités de santé communautaires. La lecture critique de la participation communautaire montre que les rentes existent toujours et, qui plus est, qu'elles existent à des niveaux où elles étaient absentes. Par ailleurs, ces rentes ne se développent que si le pouvoir de contrôle de la tutelle est inefficace, ce qui semble être le cas : ainsi, que le système soit centralisé ou non, le problème auquel on aboutit encore reste celui du pouvoir réglementaire de la « tutelle ultime » qu'est l'État central.

De l'État « surchargé » à l'État « mou »

La brève analyse de la persistance des deux problèmes traités précédemment met l'accent, dans les deux cas, sur la nécessité d'un pouvoir régulateur de l'État. Un État tutélaire, lorsqu'il est fortement structuré et qu'il organise l'utilisation rationnelle de ses recettes fiscales dans un but redistributif – verticalement ou horizontalement –, est en mesure de mettre en œuvre un système de « santé pour tous », tant du côté de la production des soins que du financement. D'un autre côté, un État plus libéral doit réglementer les activités marchandes en tentant de promouvoir les conditions de l'équilibre général, comme l'atomicité de l'offre, la transparence...

Dans le cas de l'Initiative de Bamako, l'État joue un rôle important : il doit poser les principes de la participation communautaire, il doit définir clairement les activités qu'il prend en charge et celles qu'il laisse au marché. Ainsi, il convient que son pouvoir réglementaire et incitatif soit assez fort pour influencer les comportements des différents acteurs du système de santé dans le sens désiré, l'amélioration de la qualité des soins. Or l'État africain ne correspond pas à cette description. Jusque dans les années 80, la tendance en Afrique était à l'augmentation de l'intervention de l'État dans l'économie, notamment dans les domaines sociaux afin de pallier le manque d'initiative privée. « Le rôle prééminent de l'État et de son administration relevait de l'évidente nécessité. »¹ Cependant, depuis le début de la décennie 80, le désengagement de l'État est au centre des réflexions et des initiatives politiques et économiques des organisations internationales². Un processus de désétatisation se développe qui fait passer les sociétés d'Afrique subsaharienne de la

1. Jacquemot, 1988.

2. Hugon, 1991.

« surconsommation d'État » à l' « État mou », avec la faillite des institutions et le développement d'une économie clandestine :

— La notion d'État « surchargé » fait référence à l'histoire de la constitution des États africains pendant et immédiatement après la colonisation. Le bouleversement des rapports sociaux issus des indépendances fait peser sur l'État en pleine constitution le besoin d'assistance des populations que les communautés n'arrivent pas à satisfaire, faute de ressources. L'État en recherche de légitimité est obligé de satisfaire cette demande. D'après l'OCDE, ce transfert de charge a conduit à une surconsommation d'État, qui résulte de la prise en charge par ce dernier d'un nombre excessif de tâches, pour répondre aux besoins sociaux d'une population en plein accroissement. Cette logique d'assistance a conduit par exemple à absorber dans la fonction publique tous les diplômés du système éducatif, au-delà de l'enveloppe budgétaire dévolue aux salaires, au détriment des autres dépenses publiques, en particulier les dépenses sociales. Cependant, si l'enveloppe salariale totale est en expansion, les salaires individuels des fonctionnaires accusent une forte baisse¹ en même temps que la fréquence de leurs traitements devient aléatoire. Quand ces salaires viennent à tomber au-dessous du minimum de subsistance ou quand la fréquence du paiement se raréfie, les fonctionnaires délaissent leur activité principale au profit de la recherche d'autres moyens de subsistance, dans le secteur informel ou par le recours à la corruption. Cette désaffection des agents de l'État pour leur activité principale va être un facteur déterminant de la détérioration du pouvoir de réglementation des pouvoirs publics. Et le relâchement du pouvoir réglementaire de l'État qui s'ensuit conduit à une situation d'anarchie fonctionnelle connue sous le nom d'État « mou ».

— L'État « mou » caractérise un manque de respect pour les décisions édictées par l'autorité, l'instauration de collusions entre cette autorité et des groupes de pression, ainsi que la tendance généralisée à se soustraire au contrôle de l'administration. La corruption devient une règle de fonctionnement de l'État. La « mollesse » de l'État africain est associée aux politiques de pouvoir personnel qui « sapent les normes et les pratiques administratives, corrodent la rationalité réglementaire et introduisent la gabegie et l'indiscipline dans le secteur public »². Cette indiscipline administrative conduit au clientélisme et à la prise de décision à court terme des décideurs publics, en fonction de critères de satisfaction personnelle — prestige, pouvoir, enrichisse-

1. La baisse des salaires individuels est générale, elle est moins forte chez les fonctionnaires que chez les agents privés, mais elle reste importante pour notre exemple.

2. Jacquemot, 1988.

ment – qui nuisent à l'efficacité des politiques publiques en général et des politiques sociales en particulier. Ainsi, le déclin de l'État naît de sa propre contribution à l'érosion des bases économiques qui devaient contribuer à son bon fonctionnement : la filiation entre l'État « surchargé » et l'État « mou » est alors établie et devient le témoin du développement d'une économie de rentes.

Les systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara ont montré par leurs défaillances que leurs présupposés étaient inadéquats à la situation des pays concernés. La persistance de problèmes tels que la sous-utilisation des services de base et l'informalisation des marchés de la santé renvoie à un questionnement sur le rôle des pouvoirs publics dans la régulation de la santé. Il semble qu'une approche plus fondamentalement micro-économique, qui se focalise sur l'étude des comportements et de la coordination des individus sur les « marchés » de la santé, s'impose. Une telle démarche nécessite qu'on se penche sur les caractéristiques économiques du bien « santé » et que l'on remette en cause certaines hypothèses canoniques de la micro-économie néoclassique en intégrant certaines données sociologiques et anthropologiques, sans lesquelles il semble difficile de comprendre la situation africaine. En d'autres termes, le débat théorique doit précéder le débat formel dans l'élaboration d'une réforme des systèmes de santé en Afrique subsaharienne. Ce débat permettrait par ailleurs de mettre en lumière le rôle des différents acteurs des « marchés » de la santé, en particulier celui de l'État.

RÉFÉRENCES

- Akin *et al.* (1987), *Financing health services in developing countries*, An agenda for reform World Bank Policy Study.
- Banque mondiale (1993), *Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé.*
- Bejean S. (1994), *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Economica, coll. « Approfondissement de la connaissance économique ».
- Benoist J. (1991), Les communautés, l'argent et la santé en Afrique, *Argent et Santé*, CIE, septembre.
- Brunet-Jailly J. (1991), Quels financements pour quels services de santé?, in *Argent et Santé*, CIE, septembre.
- Carrin G., Perrot J., Sergent F. (1993), *L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé. Une aide à la réflexion dans les pays les plus démunis*, OMS, Doc. technique, Réf.: WHO/CO/MESD 2.6, Genève, octobre.

- Dumoulin J. et Kaddar M. (1993), Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne. Rationalité économique et autres questions subséquentes, *Sciences sociales et Santé*, juin.
- Fournier P. et Potevin L. (1995), Participation communautaire et programmes de santé: les fondements d'un dogme, *Sciences sociales et Santé*, vol. 13, juin.
- Greffe X. (1981), *Théorie économique de la bureaucratie*, Economica.
- Hecht et Musgrove (1993), Repenser le rôle de l'État dans le secteur de la santé, in *Finance et développement*, septembre.
- Hugon P. (1991), La pensée française en économie du développement, *Revue d'économie politique*, n° 2, mars-avril.
- Jacquemot P. (1988), La désétatisation en Afrique subsaharienne. Enjeux et perspectives, *Revue Tiers Monde*, t. XXIX, n° 114, avril-juin.
- Kaddar M. et Flori Y.-A. (1996), *Équité et financement de la santé dans les pays en développement*, Communication aux XVIII^e Journées des économistes français de la santé, Dijon, janvier.
- Musgrove P. (1996), *Public and private roles in health. Theory and financing patterns*, The World Bank Discussion Paper, n° 339, Washington.
- Niskanen (1971), *Bureaucracy and representative government*, Adline Atherton, Chicago.
- Nolan B. et Turbat V. (1995), *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*, World Bank, Washington.
- Perrot J. et Sergent F. (1991), Avantages et faisabilité des systèmes d'assurance et de prépaiement dans les pays en développement, in *Le financement de l'économie sociale*, Actes des XI^e Journées d'économie sociale, Paris, septembre.
- Tchicaya A. (1994), *Financement et efficacité des soins de santé primaires. Évaluation de la politique de recouvrement des coûts dans la région du Niari au Congo*, thèse Université de Bourgogne, décembre.