
QUESTION D'ACTUALITÉ

Cahier SHS N° 1

**CONTRIBUTION FINANCIÈRE
DES UTILISATEURS
DES SOINS DE SANTÉ:
quelques expériences récentes**



Division du Renforcement des Services de Santé
Organisation Mondiale de la Santé

La Division du Renforcement des Services de Santé de l'OMS s'intéresse à la mise en place de systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires. Son aide aux pays comporte trois sous-programmes, représentatifs de différents stades d'activité et des approches nécessaires à la mise en oeuvre d'une stratégie intégrée des soins de santé primaires. Ces sous-programmes sont les suivants : systèmes et politiques de santé au niveau national; systèmes de santé de district; et recherche et développement en systèmes de santé.

La série "Questions d'actualité" se propose de faire mieux connaître la situation présente sur le plan de l'instauration de la santé pour tous, telle qu'elle se reflète dans les travaux de SHS. Ces documents de travail ne constituent aucunement un exposé officiel des orientations de l'OMS, mais simplement un récapitulatif d'expériences récentes s'inspirant des activités de SHS dans les pays. Les questions retenues sont celles qui paraissent présenter un intérêt immédiat pour les pays, et qui font l'objet de nombreuses demandes de renseignements. Nous sollicitons vos observations et suggestions, que vous voudrez bien faire parvenir à l'adresse suivante :

Directeur
Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse

Contribution financière des utilisateurs des soins de santé :
Quelques expériences récentes¹

A. L. Creese
Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé

Aperçu général

Le mode de financement des soins de santé exerce une influence sur la production et la distribution de ceux-ci. Modifier les politiques de financement équivaut, selon toute probabilité, à modifier le profil des services de santé offerts, aussi bien en ce qui concerne leur nature et leur qualité que les utilisateurs et le lieu où ils sont dispensés. L'efficacité des soins et leur répartition équitable peuvent en être affectées, et, par voie de conséquence, l'état de santé des populations. Ces dernières années, divers pays de tous les continents ont innové, plus particulièrement dans le domaine du financement, en recourant à une contribution financière des utilisateurs.

Le présent document relate diverses expériences récentes en matière d'augmentation de la contribution financière de l'utilisateur et étudie les effets de cette pratique sur la consommation de soins. Deux objectifs distincts sont mis en balance sur le plan de la répartition des soins, à savoir la demande et le besoin, et l'on insiste sur le fait qu'en ménageant une plus large place au recouvrement direct des frais, on risque de porter atteinte à l'efficacité de l'ensemble du système ainsi qu'à l'égalité devant la santé, en limitant aux payeurs l'accessibilité des soins, et en rendant donc plus difficile cette approche aux plus démunis et aux plus nécessiteux. Le lecteur trouvera ici des exemples des différences observées entre plusieurs pays quant à la fréquence du recours aux soins, chez les riches et les pauvres, ainsi que divers témoignages récents d'une chute brutale et souvent durable de cette forme de consommation à la suite d'une augmentation de la rétribution demandée aux patients; certains aspects de cette question seront abordés.

La perception d'émoluments, si elle est utilisée avec discernement, représente un apport additionnel modique, mais intéressant. Il semble que de récentes expériences aient eu essentiellement pour objectif le recouvrement des frais, au lieu de s'attacher à obtenir les résultats souhaités en santé. Il convient, lors de toute évaluation d'innovations de caractère financier, d'étudier aussi leurs effets probables sur la santé. Il serait urgent de disposer de renseignements, encore rares actuellement, sur les aboutissements d'une juxtaposition de ces deux éléments.



¹ Une première version du présent document a été présentée lors d'un atelier de l'UNICEF sur le "Financement du secteur social dans les années 1990", qui a eu lieu en mars 1990. Je remercie le Dr Joan Rovira et M. David Parker de leurs observations relatives au texte initial, tout en assumant personnellement la responsabilité d'éventuelles erreurs.

1. Economie, santé et économie sanitaire

Médecine, soins de santé et argent sont intimement liés. Il y a moins de dix ans, il n'était pas rare d'entendre des cliniciens proclamer que la liberté qu'ils avaient de choisir une thérapie au mieux des intérêts de leurs malades était, ou devait être, libre de toutes considérations d'ordre financier. Aujourd'hui, selon une opinion largement répandue, il est inévitable de rechercher des compensations lors d'un recours aux soins médicaux. "Le rôle de gardien du médecin", tel est le sous-titre d'un récent article paru dans une revue scientifique populaire où l'on faisait valoir, dans un contexte américain, qu'une certaine forme de restriction de l'accès à des soins gratuits s'imposait dans tout pays où les dépenses de santé représenteront vraisemblablement en l'an 2000 plus de 15 % du revenu national (1).

Il semble que les économistes, qui occupaient jusqu'ici une position marginale dans le débat sur la gestion des ressources sanitaires, soient entrés dans le vif du sujet. Leur autorité en la matière s'est trouvée largement confortée par le passage, dans le cadre d'un consensus macroéconomique, de l'orthodoxie néokeynésienne, qui insiste sur le rôle du gouvernement comme régulateur primordial de l'économie, à la vision actuelle plus prudente d'un budget équilibré et de la difficulté de garantir une participation du public, en raison de la faible croissance économique, d'exigences plus vastes et d'une résistance à l'augmentation des impôts. La limitation de l'action des pouvoirs publics ainsi que la responsabilisation de chaque citoyen au plan financier constituent aujourd'hui les éléments moteurs de l'approche économique de toute politique de développement, et notamment la politique sociale.

Sur le plan international, ces vues sont reprises dans l'approche de la croissance et du développement adoptée par les principales institutions de prêt, le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. A propos de santé, une déclaration officielle d'intentions des plus nettes est exprimée dans une publication de 1987 de la Banque mondiale intitulée "Financing Health Care: An Agenda for Reform" (Le financement des soins de santé : un calendrier des réformes) (2), où il est préconisé de faire plus largement appel à une participation financière des utilisateurs, aux assurances, au secteur privé et à la décentralisation administrative, qui sont autant de rouages essentiels d'un nouvel aménagement des politiques.

Ces institutions, ainsi que les approches qu'elles pratiquent en matière de politique de développement, exercent une grande influence et ont permis de promouvoir efficacement l'ascension des économistes au rang d'arbitres de l'orientation des politiques sanitaires et aussi d'activités d'autres secteurs de l'économie, notamment dans les pays à revenu faible ou moyen. Cette "conception nouvelle" constituait donc une tentative d'englober des secteurs tels que la santé et l'éducation - reconnus jusqu'ici comme des cas spéciaux - dans une approche normalisée de la fixation des prix du secteur public (3). Ici encore, même dans les pays industrialisés, on note la présence simultanée de positions diverses quant au rôle des gouvernements et des institutions publiques en général, et à leurs rapports avec la santé en particulier. Il semble que les divergences soient sérieuses à propos des responsabilités des pouvoirs publics en matière de santé dans les pays en développement. En fait, il apparaît que les prises de décisions en santé dans les pays à revenu faible ou moyen sont dominées par une perspective économique particulière s'inspirant de la macroéconomie, plutôt que de concepts sectoriels visant à optimiser l'utilisation des ressources consacrées à l'amélioration de l'état sanitaire des populations. Les discussions sur les modalités de financement convenant au secteur de la santé se sont enlisées à mesure que sont intervenues dans le débat les appréciations d'institutions n'ayant que peu ou pas d'intérêt particulier pour l'état de santé des populations, mais d'importantes responsabilités en ce qui concerne une meilleure résorption du déficit fiscal, interne et international, des pays pauvres.

Dans le contexte de cette évolution, la notion de "besoin" ou de "droit à des avantages", en tant que critère de répartition efficace des prestations, cède actuellement le pas au concept de la demande. Alors que les liens entre le secteur sanitaire et celui de l'économie sont complexes et multidirectionnels, la santé joue un rôle bien particulier dans

le processus de développement, et il peut parfois arriver que la poursuite des objectifs sanitaires doive être mise en balance avec la réalisation d'autres objectifs, tels que l'élévation du revenu. Dans ce cas, il convient que les décisions soient prises sur la base de renseignements les plus complets - sur l'importance des pertes et des avantages de part et d'autre - afin qu'un choix pragmatique puisse être fait dans l'intérêt général. Le présent document se propose d'étudier diverses données récentes sur les moyens propres à concilier les objectifs de la santé et une forme plus particulière de restructuration financière : c'est-à-dire faire payer les utilisateurs des soins de santé, sous la forme d'émoluments prélevés lors d'une prestation.

Divers pays qui exécutent des programmes de réajustement structurel afin de restaurer leur croissance économique ont parfois adopté des orientations financières générales qui sont en nette contradiction avec les objectifs sanitaires. L'application, à la santé comme à d'autres secteurs, de solutions en matière de politique monétaire et fiscale et de fixation des prix a, dans certains cas, nui aux objectifs de la santé et a même comporté certaines contradictions dans sa logique économique interne - en raison d'une méconnaissance de l'économie sanitaire. Nous pouvons citer à titre d'exemple les suites données à de récentes recommandations faites par une institution internationale à un pays de l'Afrique subsaharienne. Pour essayer d'améliorer la productivité dans les hôpitaux du secteur public et, simultanément, de réduire les coûts, les crédits ont été accordés à la condition que soit observée une diminution de la durée du séjour et des dépenses (4). Une connaissance plus approfondie du profil "temps" des frais d'hospitalisation aurait montré que, puisque le coût total par jour et par lit diminue à mesure qu'un cas typique arrive à son terme, toute augmentation du volume des prestations dans un temps déterminé se traduirait en définitive par une augmentation des coûts totaux du secteur public.

2. Allocation de ressources pour la santé : possibilité de payer en regard des besoins

Il n'entre pas dans nos intentions de rouvrir la controverse sur la notion de besoin. Il y a une quinzaine d'années, un économiste sanitaire a proposé, non sans un certain humour, que le mot besoin soit banni des discussions avec les cliniciens sur l'attribution de ressources au secteur de la santé (4). Dans le cas particulier, la controverse est née d'un conflit entre, d'une part, la tendance qu'ont les cliniciens à admettre les besoins des malades en présence desquels ils se trouvent et, d'autre part, le fait qu'ils négligent toute considération procédant de l'épidémiologie ou d'une intervention à orientation communautaire lorsqu'ils évaluent la morbidité et l'accessibilité des soins. Divers économistes ont écrit des articles critiques sur la "science du besoin". Des économistes sanitaires (et peut-être certains cliniciens) ont fini par reconnaître que, pour mesurer le rendement des systèmes de soins, il convenait de recourir à une certaine forme d'évaluation opérationnelle des besoins. Etant donné la différence qui existe entre les soins de santé et d'autres services du fait de la précarité de l'information dont disposent les prestataires et du caractère incertain et imprévisible de l'incidence de la maladie - autant de facteurs qui trouvent leur expression dans la situation plutôt inconfortable du consommateur (le malade) appelé à être le meilleur juge de ses propres intérêts -, toute allocation efficace, au plan social, des ressources ne saurait être uniquement décidée en fonction de préférences personnelles (5).

Le droit à un avantage, plutôt que l'expression d'une exigence (possibilité et désir de payer), devient un instrument indispensable d'évaluation lors de l'allocation des ressources. Cela signifie que l'opinion que l'épidémiologiste se fait du tableau de morbidité et de mortalité, assortie de renseignements sur leurs causes, ainsi que d'informations concernant le degré d'efficacité de la technologie des soins dans le traitement d'une maladie sont autant de facteurs qu'il convient de prendre en considération pour savoir si un aménagement déterminé des ressources de santé est efficace, ou non, sur le plan social. A cet égard, l'économie sanitaire et l'épidémiologie offrent des perspectives qui coïncident étroitement entre elles, et les récents travaux destinés à améliorer l'appréciation des résultats obtenus en santé, notamment les indicateurs des années de vie, avec correction en fonction de la qualité, sont le fruit d'une collaboration entre ces deux disciplines (6).

Une démarche selon laquelle un volume déterminé de moyens sanitaires est concentré sur une population disposée à payer pour de telles prestations, en n'en retirant toutefois que peu ou pas d'avantages appréciables sur le plan de la santé, est économiquement moins performante qu'une démarche prévoyant l'attribution des mêmes ressources à des personnes dont l'état se prête à une intervention médicale efficace, pour un coût modique. Le choix entre le besoin et la demande, sous la forme de divers modes d'attribution, est donc fondamental : ou bien c'est le marché qui détermine les modes de financement et de consommation des soins de santé, ou bien c'est l'état général de santé qui est visé au niveau des politiques. A ce propos, l'engagement de l'OMS en faveur de la Santé pour tous dénote clairement un souci de s'attacher à l'état de santé des populations dans leur ensemble. Le fait que les pauvres - et plus particulièrement ceux des pays en développement - ont à l'égard de la technologie sanitaire moderne davantage de besoins et de droits signifie que l'orientation des soins à leur profit doit avoir un caractère prioritaire tant pour des motifs d'efficacité économique que de justice sociale. On considère que l'approche soins de santé primaires est un moyen qui permet d'atteindre simultanément ces deux objectifs.

3. Contribution financière des utilisateurs et objectifs de la Santé pour tous

A diverses affirmations, selon lesquelles la contribution financière des utilisateurs de soins de santé constitue une source importante de revenus pour les services de la santé dans la plupart des pays (pour autant que l'on prenne en considération les prestations offertes par les pouvoirs publics et par d'autres prestataires), se sont ajoutées des déclarations d'intentions insistant pour que ces émoluments deviennent un moyen de faire apprécier par les consommateurs (les malades) la valeur "réelle" des soins qui sont assurés gratuitement (ou subventionnés) sur place. Sans doute est-il inévitable que le souci d'encourager le recouvrement des coûts en santé, dans le cadre d'une politique générale de restructuration du rôle des pouvoirs publics dans l'ensemble de l'économie, a eu pour résultat de mettre exclusivement l'accent sur un prélèvement de recettes qui constitue une fin en soi. Des comparaisons ont récemment été faites entre plusieurs pays, par exemple, au sujet des données relatives au recouvrement des coûts dans le secteur de la santé (7). Récemment, tout au moins dans un cas particulier, un excès d'optimisme de la part des pouvoirs publics quant au consentement de la population à rémunérer les services s'est soldé par la nécessité d'une sérieuse révision de la tarification prévue.

Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé est un instrument, et non un objectif politique. En tant qu'objectif dans un secteur économique orienté vers le profit, le recouvrement des coûts (il serait plus exact de parler d'une maximisation des recettes) ne devrait rencontrer que peu d'oppositions. Il est rare que les objectifs nationaux d'une politique sanitaire soient exposés avec simplicité et, de toute évidence, ils varient d'un pays à l'autre et, au sein d'un même pays, entre les différents services qui assurent des soins. L'Organisation mondiale de la Santé, et avec elle tous les Etats Membres qui se sont engagés à instaurer la Santé pour tous, a adopté des orientations précises à ce sujet. La Santé pour tous est une orientation de la politique sanitaire qui se veut égalitaire, populiste et participative, et l'on peut trouver dans un grand nombre de documents qui concernent cette activité une mention particulière, au titre de la politique générale de Santé pour tous, des besoins sanitaires de groupes vulnérables de population ainsi que des besoins des collectivités et des pays les moins développés (c'est-à-dire les plus démunis). Les Membres de l'OMS ont donc approuvé cette orientation de politique générale dont le caractère égalitaire ne fait pas de doute.

A priori, un tel engagement n'exige aucun instrument politique particulier. Si les objectifs de la Santé pour tous doivent être atteints grâce à des services payants, à un financement procédant essentiellement d'une économie de marché ainsi qu'à l'aménagement de la prestation des soins, cette démarche s'intègre tout aussi bien dans l'objectif de la Santé pour tous que n'importe quel système axé sur une centralisation du financement et des services, au niveau des pouvoirs publics.

Cette distinction entre fin et moyens en politique va de soi, ce qui n'empêche pas qu'elle ait été perdue de vue lors de récents débats sur le financement. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

La perception d'émoluments a essentiellement un double rôle : constituer un appoint financier versé par les malades qui jugent que le service qu'ils reçoivent est valable au prix fixé; et orienter vers d'autres sources de soins les malades insolubles ou qui préfèrent à ces services une autre solution. Des moyens autres qu'une contribution financière de l'utilisateur permettent, bien entendu, d'atteindre ce double but, mais il convient de noter que le système des émoluments a encore d'autres effets à son actif.

4. La contribution financière de l'utilisateur, source de financement des soins de santé

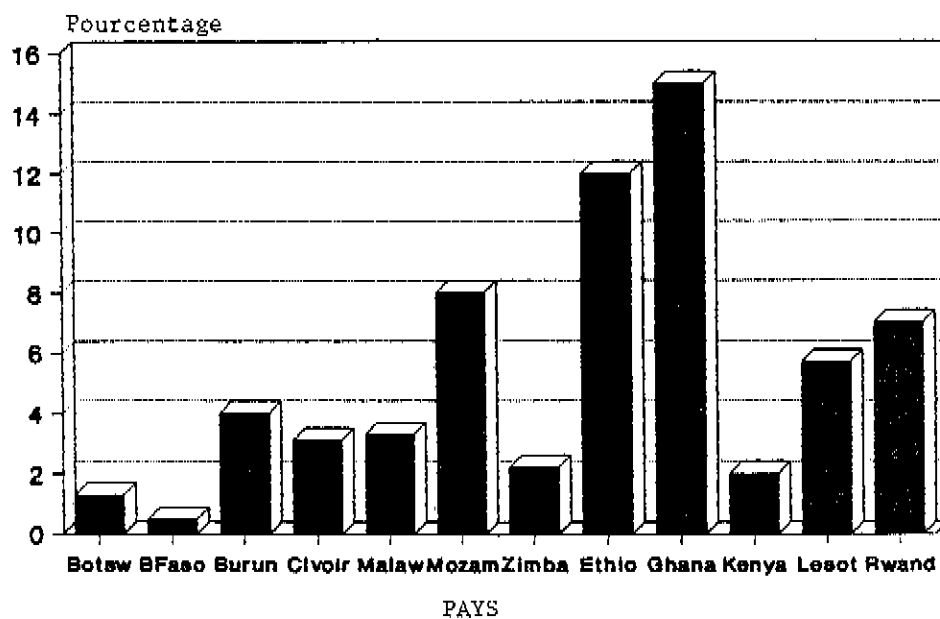
Il est un peu partout d'usage que les gens versent une contribution pour certains éléments des prestations de santé dont ils bénéficient. Nombreux sont les produits et les services à usage médico-sanitaire dont la distribution est intégrée au circuit commercial classique : les produits pharmaceutiques en sont le principal exemple. La vente de ces produits dans le commerce occupe une place importante, même dans des pays où les systèmes de santé sont largement réglementés par les pouvoirs publics. Il ressort de données récentes que les habitants des pays pauvres sont peut-être, en définitive, plus familiarisés avec le coût de la santé que les familles de sociétés mieux nanties. C'est ainsi qu'une récente étude des dépenses de santé au Mali (revenu par habitant : US \$180) a montré que 74 % des dépenses de santé étaient payées directement par les bénéficiaires de soins et que les dépenses engagées dans ce domaine par le Gouvernement ne représentaient que 20 % (8). A titre de comparaison, aux Etats-Unis où le revenu par habitant dépasse US \$18 000, les dépenses des divers établissements publics de santé, relevant principalement des Etats et du Gouvernement fédéral, avoisinent 50 % de l'ensemble des dépenses de santé (9). Dans la plupart des autres pays industrialisés, la part des services publics dans le coût total de la santé est encore plus grande.

Dans les pays en développement, quel est le rôle des émoluments perçus comme source potentielle de recettes ? Sur un plan abstrait, la réponse à cette question n'est pas aisée : en effet, elle dépend de l'opinion que le consommateur se fait de la qualité des services de soins, ainsi que du pouvoir d'achat de ce même consommateur, et aussi du prix des autres biens et services. Les expériences effectivement engagées dans certains pays en matière de recouvrement des coûts peuvent fournir certaines données sur le rôle des émoluments dans le financement de la santé. Selon de récentes informations, le Ghana est champion en la matière, en Afrique si ce n'est dans le monde entier, en recouvrant, sous forme d'émoluments, 15% des dépenses récurrentes engagées par le Gouvernement en santé. On trouvera à la figure 1 un récapitulatif des chiffres donnés par Vogel (10). Une estimation révisée des possibilités offertes par ce système de rémunération a récemment été faite à l'intention de différents pays, mais il ressort de l'expérience de la plupart des pays démunis, tout au moins en Afrique, que ces systèmes produisent en moyenne un rendement brut qui représente environ 5 % des coûts d'exploitation.

Il importe d'établir une distinction entre le rendement brut et le rendement net : dans certains cas - même dans des pays industrialisés dotés de structures administratives relativement solides - on considère que, pour la plupart des soins, les frais de recouvrement dépassent le montant total de la recette. Les chiffres donnés dans la figure 1 ne tiennent pas compte des frais administratifs des opérations de recouvrement; le rendement net serait donc moins élevé et, dans certains cas, négatif. Dans ces circonstances, la contribution financière de l'utilisateur ne présente de toute évidence aucun intérêt comme moyen de constitution de revenus.

Si une moyenne de 5%, avec un maximum atteignant actuellement environ 15 % des dépenses, représente certes une somme importante, il s'agit là bien évidemment d'une contribution partielle plutôt que d'un apport majeur au financement de la santé publique. Nous examinerons dans une autre section les expériences faites en matière d'utilisation effective des ressources provenant des émoluments ainsi perçus; il faut toutefois noter dès à présent qu'aucune expérience de grande envergure n'a été tentée pour affecter les rétributions ainsi obtenues à l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services dans une mesure qui soit capable de compenser les effets régressifs du prélèvement d'une telle contribution.

FIGURE 1. AFRIQUE SUBSAHARIENNE - LES RECETTES TARIFAIRES EN POURCENTAGE
DU BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE



Source: Vogel, R. 1989

A propos des recettes d'origine tarifaire, la question se pose de savoir comment établir cette tarification. Selon la théorie économique, la maximisation du profit exige la fixation de recettes égales au coût marginal; ce principe, appliqué en santé, imposerait la prise en considération du coût total dans la fixation du prix. Musgrove s'est efforcé de trouver un compromis entre la production de revenus et l'égalité devant la santé en proposant de choisir pour la fixation des prix le point de la courbe de la demande auquel la demande ne varie plus par rapport au prix (11); toutefois, cette approche se heurte à des difficultés de caractère empirique.

Plus prosaïquement, en établissant un rapport entre les émoluments et le coût des services de santé - ce qui est un objectif souhaitable sur le plan commercial -, on risque d'oublier que les structures elles-mêmes des coûts, notamment dans les systèmes étatiques des pays pauvres, manquent de précision et d'efficacité. L'"aménagement structurel" est précisément destiné à corriger, entre autres, les difficultés occasionnées par ce genre de structures. Il ressort d'enquêtes faisant régulièrement l'objet de comptes rendus dans la presse internationale des affaires que les "indemnités de subsistance" des hommes d'affaires se rendant à l'étranger sont beaucoup plus élevées dans les pays les plus démunis d'Afrique que dans des économies plus libres de pays d'Europe ou d'Asie. Il en va de même en santé, et le coût des médicaments est parfois supérieur dans les pays pauvres, en raison de la politique d'achat de ceux-ci. Cette situation, à laquelle s'ajoutent une gestion déficiente des approvisionnements et un contrôle inapproprié des prescriptions médicales, peut expliquer que les coûts des soins élémentaires de santé soient beaucoup plus élevés qu'ils ne devraient l'être.

Convient-il de prendre comme élément de base d'un recouvrement des coûts les données provenant de systèmes de ce type ? Brunet-Jailly (12) a fait valoir que, en pareil cas - ce qui est très fréquent -, la priorité doit être accordée à une meilleure maîtrise des coûts qui, en principe, sont soumis à un contrôle des pouvoirs publics. Indépendamment de toute prise en considération d'une différenciation des tarifs par groupes de revenus, ou selon le niveau de l'équipement sanitaire ou le tableau de morbidité, les problèmes de tarification n'en demeurent pas moins complexes.

Les possibilités relativement limitées d'imposer directement aux utilisateurs, dans les pays pauvres, une contribution financière à titre de financement des services et les difficultés liées aux structures inefficaces des coûts sont deux raisons qui incitent à essayer avant tout de réaliser des économies en rationalisant l'organisation et la méthodologie des soins de santé. On n'a pas encore suffisamment étudié les pertes qui résultent d'une utilisation excessive ou insuffisante de l'équipement, du personnel et des moyens sanitaires. Les quelques enquêtes approfondies menées sur l'ampleur de ce "gaspillage" des ressources font cependant ressortir des pertes considérables dans les systèmes de santé aussi bien des pays riches que des pays pauvres. Une étude faite au Malawi montre que 44 % des dépenses budgétaires récurrentes non salariales du principal hôpital du pays pourraient être supprimées grâce à une série d'améliorations simples au niveau de la gestion. L'enquête sur les diverses solutions proposées au Mali en matière de financement suggère qu'il est possible de réaliser des économies, pour un montant atteignant jusqu'à 40 % des dépenses actuelles, en assurant une meilleure gestion des produits pharmaceutiques. Aux Etats-Unis d'Amérique, les estimations portant sur la mauvaise utilisation des ressources hospitalières font ressortir une perte qui représente 6 à 40 % des admissions et 20 % des journées d'hospitalisation (13). On a fait valoir que l'élimination d'"actes médicaux inutiles" permettrait des économies de liquidités beaucoup plus importantes. Au total, il serait possible d'envisager une économie de quelque US \$20 milliards (1, op. cit.). Selon les estimations, ce sont 25 % de la totalité des dépenses de santé qui sont gaspillées dans l'ensemble des pays des Amériques. Bien que fragmentaires, ces données montrent qu'une meilleure utilisation des ressources dans les systèmes actuels permettrait de réaliser d'énormes économies. Ces renseignements n'ont rien de secret, bien entendu, et sont l'une des explications de la position précaire du secteur de la santé publique dans les négociations engagées en vue d'obtenir un appui financier. Ce n'est un mystère pour personne qu'il conviendrait de mettre de l'ordre dans la maison.

5. Données relatives à des expériences récentes en matière de contribution financière des utilisateurs

Nous examinerons dans la présente section un choix d'expériences récentes tentées dans le domaine de la gestion des soins de santé rémunérés par l'utilisateur, tant dans des établissements publics que dans des établissements privés. Les données proviennent de trois sources principales :

- i) enquêtes sur le financement communautaire;
- ii) enquêtes sur les aspects de la demande; et
- iii) enquêtes sur l'utilisation de l'équipement sanitaire.

1) Enquêtes sur le financement communautaire

Le financement par les collectivités (ou financement communautaire) se prête à diverses interprétations. Stinson (14) emploie cette expression pour indiquer que les individus, les familles ou les groupes communautaires offrent une contribution destinée à couvrir en partie le coût de la santé; il s'agit de contributions en espèces, en nature ou sous forme de travail. Cependant, on ne considère habituellement pas comme un financement communautaire les dépenses médicales faites individuellement par les ménages sous la forme d'acquisition de biens et de services sur le marché libre. Il arrive en outre souvent que l'on désigne par financement communautaire la manifestation d'un "certain effort collectif visant à mettre en place un équipement sanitaire" (15). Il apparaît que cette notion d'une participation communautaire au choix et à la négociation de transactions concernant l'offre et l'acquisition de prestations sanitaires, même sur la base d'une subvention, est un élément majeur de l'approche financement communautaire.

On a eu recours, dans de nombreux cas ayant fait l'objet de rapports circonstanciés, au financement communautaire pour soutenir divers travaux de santé, tant en ce qui concerne les dépenses de capital que celles d'exploitation, ou encore les deux à la fois. A titre de contributions en capital, le travail gratuit et l'achat de matériaux bruts par les collectivités ont souvent abouti à la mise en place d'équipements sanitaires à "financement communautaire" que les pouvoirs publics ont ensuite été invités à doter en personnel et en matériel. Cet engagement généralisé et spontané de la part des collectivités dans la réalisation de tels équipements a parfois embarrassé les pouvoirs publics, pour lesquels les dépenses récurrentes inscrites au budget de la santé ne permettent souvent pas le bon fonctionnement des installations et du personnel déjà en place. Tout indique que, même dans les collectivités démunies, il existe une volonté de consentir des sacrifices pour la construction ou la modernisation de dispensaires et même d'hôpitaux (16).

Dans tous les cas ayant fait l'objet de rapports circonstanciés, le financement par les collectivités des frais d'exploitation des services de santé ne représente qu'une contribution mineure. L'étude d'une contribution communautaire à la réalisation d'un vaste projet en Indonésie (17) a permis de dégager le profil suivant en ce qui concerne les fonds obtenus de sources diverses :

Source (%)	Années 1983-1985
Gouvernement	16,5
Collectivités	21,7
Hôpital	13,5
Donateur	48,3

Il convient d'observer que ces chiffres sous-estiment le montant de l'aide extérieure en omettant les dépenses engagées pour deux personnes venues de l'étranger ainsi que pour la formation à l'étranger du personnel du projet.

Une enquête au Bénin, qui a fait date, a révélé (18) que les dépenses d'exploitation avaient été recouvrées à 85 %, au maximum, dans un projet à orientation communautaire. Dans le cas particulier, ces dépenses englobaient les médicaments, la rémunération de l'agent de santé de village, ainsi que l'exploitation et l'entretien d'une chaîne du froid. N'étaient pas compris les salaires des employés du service public, les frais de surveillance, etc.

Le financement par les collectivités du coût des produits pharmaceutiques constitue sans doute la réalisation la plus performante dans ce domaine, et l'opération est souvent pratiquée à l'aide de fonds de roulement. Afin de garantir des prix abordables pour les produits pharmaceutiques destinés aux collectivités intéressées, le projet a souvent fait appel, moyennant un appui extérieur, à des conditions spéciales d'achat, de sélection et de prescription des médicaments, car les gaspillages dans chacun de ces secteurs peuvent facilement se solder par un doublement des coûts pour le consommateur. Etant donné que le coût des produits pharmaceutiques vient ordinairement au deuxième rang, par importance, des dépenses récurrentes de santé (après les salaires), le recouvrement partiel ou total de ces frais grâce au financement communautaire joue donc un rôle important. De plus, la possibilité d'obtenir les médicaments appropriés là où s'opèrent les premiers contacts avec les services de soins est probablement l'un des éléments majeurs de la qualité des soins de santé primaires et, par conséquent, un déterminant essentiel de leur utilisation. Le tableau de la fréquentation des centres de santé de certains pays africains fréquemment en "rupture de stock" (interruption de la fourniture de médicaments) coïncide étroitement, dans sa configuration, avec l'arrivée et l'épuisement des approvisionnements pharmaceutiques dans les centres concernés.

Le financement communautaire comporte donc un élément important de gestion - s'agissant de surveiller le niveau des coûts à la charge de la collectivité et de mobiliser, à l'extérieur, les subventions nécessaires pour assurer l'équilibre des dépenses de fonctionnement du système. La présence d'un soutien extérieur de ce type, de la part du gouvernement ou de sources non gouvernementales, nationales ou étrangères, est observée dans la plupart des initiatives de financement communautaire qui ont déjà fait l'objet de rapports.

Diverses études continuent de faire mention des difficultés d'accès aux services pour les plus démunis (19,20). Dans les collectivités où le revenu annuel par habitant peut être très inférieur à \$100, il arrive que le coût des médicaments, même s'ils proviennent d'approvisionnements gérés avec soin, dépasse les moyens financiers de nombreuses personnes.

Dans son étude du financement communautaire de la santé, la Commission médicale chrétienne a conclu qu'il était peu probable qu'un programme de soins de santé primaires puisse s'autofinancer et qu'un financement équilibré dans sa diversité était indispensable aux programmes de santé. Il ressort d'une autre enquête indépendante (15, op. cit.) que, si le financement par les collectivités est appelé à jouer un rôle précis dans l'extension des activités de santé dans les pays en développement, sa portée et ses effets n'en sont pas moins très limités. Les auteurs ont notamment identifié certaines difficultés sur le plan tant du montant des recettes que de leur stabilité à long terme, de même que l'impossibilité, dans ce type de financement, de couvrir les besoins du secteur sanitaire qui exigent un apport de devises étrangères. Leur conclusion a été que la surveillance, l'appui logistique, et les services d'acheminement devaient la plupart du temps être financés à partir d'autres sources. Les auteurs ont encore écrit : "L'une des limitations les plus sérieuses, toutefois, du fonctionnement des mécanismes de financement communautaire réside dans leur inaptitude à garantir une plus large équité ... et (le financement communautaire) tend à accroître les inégalités présentement observées au sein des collectivités".

Dans son étude de plus d'une centaine de projets, Stinson parvient à la conclusion suivante : "Le financement communautaire n'est au mieux qu'une solution partielle, qui ... peut s'avérer plus difficile et moins efficace qu'un réaménagement des ressources disponibles et il appartient aux gouvernements de faciliter et d'encourager cette pratique, mais non de l'imposer".

ii) Enquêtes sur la demande de soins

Plusieurs études récentes ont permis d'établir un modèle des relations complexes qui existent entre la concrétisation d'une demande de la part des patients (c'est-à-dire la fréquentation des services) pour des types particuliers de soins et des facteurs tels que l'état de santé, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le revenu de ces mêmes patients. Il est important, pour les décideurs en santé, de connaître les déterminants de la demande s'ils souhaitent encourager tel ou tel mode d'utilisation des services (par exemple de certains services, à certains endroits, par certains groupes de population) et décourager d'autres utilisations.

Ce n'est toutefois pas dans le secteur de la santé que l'on trouve la principale application des évaluations économétriques de la demande. La plupart du temps, une analyse de la demande est faite dans le but d'offrir aux gouvernements ou aux sociétés industrielles et commerciales des renseignements sur les effets d'une modification des prix sur la consommation de biens et de services déterminés. Ainsi, dans les projections des recettes publiques, il est possible de prévoir le rendement probable d'une modification des taxes sur des articles tels que le pétrole, le tabac ou la bière. D'une manière générale, les questions auxquelles les enquêtes relatives à la demande apportent la meilleure réponse sont du type : "Qu'advierait-il de l'ensemble des recettes si le prix de ... augmentait de x % ?", et il convient de tirer parti de la relative nouveauté des enquêtes sur les déterminants de la demande de soins dans les pays en développement pour essayer de répondre à la nécessité de repenser les stratégies de financement en général et plus particulièrement d'examiner l'opportunité d'une contribution financière de l'utilisateur.

De récentes études ont abouti à des interprétations très divergentes des relations entre tarifs et revenus, d'une part, et, d'autre part, la demande de soins de santé. Akin, après avoir étudié la demande en services de consultations externes dans une région des Philippines, a conclu que "le tarif pratiqué et la distance ne sont pas des déterminants aussi importants de la demande qu'on le suppose habituellement" (21), et c'est la raison pour laquelle il s'est prononcé en faveur du développement d'un système de financement total ou partiel des services de consultations externes sur la base d'émoluments versés par les utilisateurs.

La conclusion d'autres enquêtes a été qu'"un faible revenu par ménage constitue un obstacle à l'utilisation de services de médecine primaire modernes, même s'ils sont offerts à titre de prestation publique" (22), et il a été observé une diminution proportionnellement plus forte de la demande dans les groupes à faible revenu que chez les personnes plus aisées (23). La controverse actuelle ne porte pas tant sur le fait que la demande de soins régresse à mesure qu'augmentent les tarifs (qui sont calculés de manière à inclure les frais de déplacement et le temps d'attente des malades et des parents les accompagnant, de même que la rétribution des soins reçus), mais plutôt sur la question de savoir DANS QUELLE MESURE la demande réagit à une modification des tarifs, et dans QUELS groupes sociaux. Sans doute n'est-il pas surprenant de constater des dissonances entre diverses conclusions empiriques, compte tenu des difficultés techniques que présente l'exécution d'enquêtes sur la demande, et également de l'absence, à ce jour, d'études sur les effets d'une modification concrète des politiques. Griffin (24) a conclu dans une étude faite en 1987 qu'"aucune des enquêtes (sur la demande) ne fait mention de l'expérience effectivement réalisée sur le terrain en vue d'introduire un système de paiement des services par l'utilisateur, ni des effets d'une telle pratique" : il s'agit dans tous les cas de simulations sur ordinateur. Toutes les études actuelles fondent leurs déductions relatives aux changements de politique sur des comparaisons provenant d'études transversales pratiquées sur un échantillon de ménages.

Ces enquêtes, en raison du fait qu'elles portent sur l'examen des dépenses et des décisions des ménages en matière de recours à des soins de santé, ont largement contribué à la connaissance des mécanismes du choix. Des études entreprises depuis les importants travaux de Mwabu au Kenya (25) ont démontré la complexité d'un choix éclairé entre les diverses options de soins, telles qu'elles s'offrent dans les pays en développement, par exemple. Toutefois, les effets de différents types de rétribution (émoluments fixes, émoluments variables, émoluments pour un épisode de traitement ou par rubrique de service, paiement préalable ou paiement au moment de l'utilisation du service, etc.) n'ont toujours pas fait

l'objet de recherches approfondies. On ne dispose pas encore d'un modèle satisfaisant permettant de déterminer le rôle d'une appréciation de la qualité des soins dans ses effets sur l'utilisation des services; en fait, les désaccords des milieux professionnels sur la meilleure manière d'établir un modèle de la demande montrent bien l'immaturité relative de cette approche analytique dans le contexte plus particulier de la prévision des comportements en santé.

Toute question méthodologique mise à part, il existe des motifs plus sérieux de s'interroger sur l'usage qui est fait des études de la demande, vu la distinction qui est faite entre demande et besoin, comme nous l'avons indiqué plus haut. Des techniques de mesure de la demande ont été mises au point, essentiellement à titre d'information pour des prises de décisions d'ordre tarifaire; de telles décisions sont importantes sur le plan des liens qu'elles établissent avec l'ensemble des recettes (et par voie de conséquence des bénéfices) d'une organisation ou d'un commerce. Cependant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, même dans un système de soins résolument orienté sur une politique de recouvrement des coûts, toute utilisation efficace des services de santé exige un recours au critère besoin/morbidité/droit à des avantages, en sorte qu'il soit possible de déterminer si le déploiement et l'utilisation des moyens disponibles s'opèrent bien de la manière la plus efficace par rapport aux coûts, et il ne faut pas simplement prendre en compte le désir de l'utilisateur de payer quelque chose ni chercher à garantir un certain chiffre d'affaires. C'est pourquoi les études de la demande, tant pour des raisons pratiques que théoriques, ne constituent pas un moyen satisfaisant d'évaluation des objectifs politiques que sont l'efficacité et l'égalité de traitement en matière d'utilisation des ressources de santé.

iii) Enquêtes sur l'utilisation des services de santé

Les études statiques d'utilisation des services, dans lesquelles il est établi une corrélation entre les taux d'utilisation et l'âge, la morbidité, etc., se différencient des études dynamiques, qui ont pour objet d'évaluer les changements intervenus dans cette utilisation à la suite d'une modification des politiques.

On peut ranger dans la première catégorie les enquêtes telles que celles exécutées au Bangladesh par Stanton et Clemens (26) et en Indonésie par Chernichovsky et Meesok (22, op. cit.). Elles ont fourni des données sur la prédominance de l'utilisation au Bangladesh des services de santé publique par les populations à risque élevé - les pauvres et la population féminine. D'autres données révèlent une situation analogue en Indonésie, où les services de santé publique sont davantage fréquentés par les pauvres que par les riches, et l'on a expliqué qu'un faible revenu constituait un obstacle au recours à des soins modernes, même lorsque ceux-ci sont assurés par des services publics. Il a été établi qu'en Indonésie la préférence des personnes démunies allait à la médecine moderne plutôt qu'à la médecine traditionnelle et les auteurs en ont conclu que : "sur le plan politique, il est évident que l'offre de services de santé modernes est une nécessité, mais non une condition suffisante à l'accessibilité de ces services à tous ... et qu'il faut également inscrire au rang des préoccupations d'ordre politique la capacité et le désir qu'ont les ménages de rémunérer les prestations offertes. S'il est exact que les pauvres sont disposés à rétribuer les services des praticiens de la médecine traditionnelle, le meilleur moyen d'introduire la médecine moderne auprès des personnes démunies et dépourvues d'instruction pourrait consister à leur assurer des services publics peu onéreux.

L'article publié par Stanton et Clemens fait en outre valoir que les populations les plus vulnérables sur le plan du risque en santé sont également celles parmi lesquelles les avantages que le public tout entier retire de la prévention ou du traitement des maladies transmissibles sont les plus grands. Les avantages, pour l'ensemble de la population, d'une réduction des maladies transmissibles chez la plupart des individus exposés à la maladie profitent encore plus aux sujets à haut risque, tout en diminuant les dangers courus par l'ensemble de la population. De tels "apports extérieurs" aux soins de santé offerts aux populations cibles représentent un sérieux argument économique en faveur d'une gestion du marché des soins qui garantisse que le fonctionnement normal des mécanismes de ce marché ne produira pas un volume de ces services "d'intérêt public" qui soit inférieur aux normes optimales.

Une récente étude sur les hôpitaux faite aux Etats-Unis d'Amérique et représentative sur le plan national montre que le pourcentage des malades non assurés admis dans les hôpitaux à but lucratif est "nettement inférieur" à celui des patients qui vont dans des établissements laïcs ou affiliés aux églises, ainsi que dans les hôpitaux publics. Des différences notables dans la durée du séjour sont également observées, les malades non assurés restant en moyenne moins longtemps et changeant plus facilement d'établissement. La conclusion des auteurs est la suivante : "l'amenuisement continu du secteur des hôpitaux publics risque d'avoir de sérieuses incidences sur l'offre générale de soins aux plus démunis et il convient que les décideurs à tous les échelons des pouvoirs publics prennent conscience de cette situation" (27).

Il existe également aux Etats-Unis un cas semblable ayant fait l'objet d'un rapport circonstancié et qui concerne l'utilisation des soins offerts à un groupe particulier de malades - ceux qui sont atteints d'hypertension. Shulman et al. (28) ont noté les signes d'une utilisation moins grande à la fois des médicaments et des soins par les malades à faible revenu et à risque plus élevé. En observant que les malades "économiquement faibles" doivent consacrer une plus large partie de leurs gains au contrôle de leur tension artérielle, les auteurs ont constaté que le facteur financier détermine largement le nombre de cas d'hypertension, modérée à sérieuse, qui ne sont pas soignés chez les personnes à revenu insuffisant.

Plusieurs articles récents ont analysé l'effet des changements de politique sur le mode d'utilisation des systèmes de santé. Malgré leur simplicité sur le plan épidémiologique, en comparaison de certains des modèles de demande déjà établis, ces études révèlent une évolution considérable de l'utilisation des services de santé en cas de modification des modalités de financement et elles apportent, s'il en est besoin, la preuve qu'une augmentation des tarifs influe davantage sur l'utilisation qui en est faite par les pauvres que par les riches (3). En outre, les expériences dans ce secteur ne se limitent pas aux pays à faible revenu. Des tendances analogues - et des conclusions similaires sur le plan des politiques - ressortent d'enquêtes menées sur l'utilisation des services de santé dans des pays industrialisés.

Une étude faite au Zaïre démontre qu'une augmentation rapide, mais relative, du tarif des soins (par comparaison avec le changement de prix d'un article courant d'alimentation - les oeufs) entraîne une nette régression de la demande en ce qui concerne les traitements curatifs, ainsi que les visites dans les dispensaires de soins prénatals et de soins aux moins de cinq ans. Le taux général de fréquentation a régressé de 37 % à 31 % dans une population déterminée et le taux de couverture des contacts prénatals de 95 % à 84 % (20, op. cit.). De même que dans d'autres études, les auteurs ont conclu que, lorsque le niveau des revenus est faible, la demande de soins (d'une qualité constante) est plus "élastique" dans ses rapports avec les prix chez les pauvres que parmi les groupes à revenu plus élevé. Les auteurs ont conclu que "les sommes que les émoluments perçus auprès des utilisateurs permettaient de recouvrir étaient moins importantes qu'on ne l'espérait ... et que des tarifs excessifs risquent d'exercer une pression difficilement acceptable sur le plan de l'accessibilité des services et très probablement aussi sur celui de l'égalité devant les soins".

Des études sur les effets d'une large augmentation du tarif des soins offerts par le Gouvernement au Ghana ont été effectuées rétrospectivement afin d'établir une comparaison entre les taux d'utilisation avant et après les fortes augmentations intervenues en 1985. Une étude initiale exécutée dans un district a permis d'observer une nette diminution de l'utilisation de tous les services publics de santé et l'on a pu constater, sur une période de plus de deux ans, que cette régression s'est poursuivie au niveau des unités rurales de santé (29). Dans les centres urbains de santé, le nombre des visites a augmenté progressivement, en deux ans, pour atteindre à nouveau le chiffre d'avant 1985. Une enquête de grande envergure, portant sur environ 25 % de tous les établissements publics de santé du Ghana, a confirmé cette tendance générale (30). Si l'on se limite uniquement à la question du recouvrement des coûts, toutefois, l'expérience s'est révélée exceptionnellement fructueuse, 15 % des coûts d'exploitation étant recouverts. Des données ont été recueillies afin de pouvoir établir une comparaison entre le recouvrement des coûts et l'utilisation des

services; il est plus difficile de mesurer les pertes en termes de régression de l'état de santé. Des recherches annexes ont clairement démontré l'existence d'une vaste réorientation de la demande en faveur des vendeurs non autorisés de médicaments.

L'expérience montre qu'il existe une large différence entre les établissements publics de santé et ceux qui sont dirigés par des missions, et qui, à l'origine, pratiquaient des tarifs plus élevés et suivaient une politique d'augmentation progressive des tarifs à mesure que s'élevait le coût de la vie pendant la période considérée. Le nombre des visites a augmenté dans le dispensaire des missions, sans doute à la suite d'une certaine réorientation de la demande, mais la qualité des soins, reconnue pour être plus élevée, est manifestement un facteur apte à modifier radicalement les conditions d'utilisation, même si l'on tient compte de différences dues à des tarifs subventionnés. Il a été signalé que beaucoup de dispensaires des missions contrôlaient systématiquement la solvabilité de leurs malades, démontrant ainsi qu'il est possible d'établir des systèmes sélectifs de tarification, de manière à protéger les personnes réellement démunies. L'une des premières enquêtes sur la consommation de soins dans un pays en développement (31) a précisément permis d'observer une certaine sensibilisation à une différence de tarifs et de qualité entre différents prestataires.

La plus importante des deux enquêtes de consommation effectuées au Ghana a également suggéré l'existence d'une certaine concentration sur le groupe économiquement actif, parmi le groupe d'âge qui continue de recourir aux services publics à des tarifs plus élevés : l'utilisation des services a régressé plus rapidement parmi la population de moins de 14 ans et plus de 45 ans que dans tous les autres groupes.

Une enquête menée au Swaziland a fait ressortir une importante réorientation de la demande à la suite d'une décision d'augmenter de 300 à 400 % les tarifs des unités publiques de santé, ce qui correspondait aux tarifs normalement pratiqués par les autres prestataires de soins que les pouvoirs publics (missions) (32). Les patients n'ont pu constater aucune augmentation de la qualité des soins, parallèlement à cette hausse des tarifs, et c'est la raison pour laquelle les services publics ont été largement désaffectés (baisse totale de 32,4 %) en faveur des prestations offertes par les missions (fréquentation accrue de 10 %). Cela signifie donc que le taux d'utilisation de l'ensemble des services a chuté de 17,4 % et qu'un nombre important de malades ont abandonné la médecine moderne en faveur d'autres sources de soins ou se sont abstenus. Une année après cette modification initiale des tarifs, il est apparu que la baisse de fréquentation des services publics se poursuivait.

Bien que son étude ne soit pas axée sur les ménages, l'auteur a l'impression qu'il existe une régression disproportionnée de l'utilisation des services de la part des plus démunis, notamment des services publics pour les maladies sexuellement transmissibles et les affections respiratoires, ce qui l'amène à conclure que "ce sont précisément les personnes qui n'auraient pas dû le faire qui ont quitté le système". Tout ceci semble confirmer dans une certaine mesure l'expérience relatée au Bangladesh, qui démontre que la perception d'émoluments risque de porter atteinte aux intérêts de l'ensemble de la population en exerçant un effet dissuasif sur les patients atteints de maladies transmissibles.

En 1989, une enquête faite au Lesotho sur les effets d'une augmentation des tarifs des prestations de santé offertes par le Gouvernement, à partir de juillet 1988, a abouti aux conclusions suivantes :

"La fréquentation de tous les établissements publics enquêtés a considérablement diminué immédiatement après l'augmentation des tarifs, notamment dans les régions montagneuses. Quelques semaines après cette augmentation, la fréquentation des établissements de plaine a commencé à remonter lentement. Cette tendance, qui s'appuie sur les données recueillies ..., suggère que les taux de fréquentation atteindront bientôt le niveau auquel ils étaient parvenus avant cette augmentation des tarifs. Tel n'est cependant pas le cas des hôpitaux et des centres de santé situés dans les régions montagneuses.

Un deuxième sujet d'inquiétude est l'impact de cette situation sur le groupe d'âge 0-5. Ce groupe, le plus vulnérable de la population, paraît avoir été le plus touché par l'augmentation des tarifs." (33).

Une enquête portant sur des expériences récentes faites au Royaume-Uni (34) à propos de l'extension et de l'augmentation des émoluments perçus pour certains services assurés par les National Health Services a permis d'établir une comparaison entre les patients exonérés et les autres, et l'on a pu établir, pour les soins dentaires, le tableau suivant des probabilités en ce qui concerne les patients non exonérés :

- * quatre fois plus de probabilités de ne recevoir qu'un traitement d'urgence;
- * 340 fois plus de probabilités de ne bénéficier que d'un contrôle;
- * et, en cas de traitement, 40 % de probabilités de bénéficier d'un traitement moins complet.

Les auteurs citent une expérience canadienne qui a démontré que l'introduction d'un tarif des consultations dans une province avait entraîné, chez les personnes démunies, une réduction de la fréquentation de trois fois supérieure au chiffre de l'ensemble de la population. En établissant un rapprochement avec l'étude de Rand sur les assurances aux Etats-Unis d'Amérique, les auteurs ont conclu que "les résultats de cette étude montrent que, en partie au moins, les effets dissuasifs de l'adoption d'un tarif sur la fréquentation des services avaient des incidences défavorables pour la santé".

Conclusions

Des expériences novatrices en matière de financement des soins de santé peuvent représenter une source importante de données. On ne dispose pas encore de bases appropriées de généralisation, mais il semble que les expériences mentionnées plus haut permettent d'obtenir certaines indications en matière d'application des tarifs.

Il apparaît que, dans leur ensemble, les données dont on dispose confirment que, si une contribution financière de la part des utilisateurs de soins peut générer des recettes additionnelles, elle risque également d'exercer un effet dissuasif à l'égard des malades les plus vulnérables qui bénéficient des meilleures interventions sur le plan du rapport coût/efficacité (en médecine aussi bien préventive que curative). Il semble que la modification de la demande qu'entraîne l'application de ces tarifs ait des conséquences sérieuses : ce changement n'est pas simplement une affaire de goût personnel. Bien qu'il soit, et qu'il continuera d'être, pendant un certain temps, difficile de réunir des données précises quant aux effets d'une telle situation sur l'état de santé, il paraît évident qu'une sorte d'équilibre s'établit, souvent sans que l'on en prenne conscience, entre l'état de santé et la production d'un revenu. L'égalité devant la santé subit ainsi une détérioration - déjà perceptible, sur le plan de l'accessibilité des soins, et peut-être aussi d'une différenciation de l'état de santé selon les divers groupes socio-économiques.

Que dire de l'efficacité ? En principe, les pertes pour le bien-être de chacun qui résultent d'une augmentation des tarifs (refus d'accès à certaines personnes, diminution de la fréquentation par d'autres) pourraient être à l'origine de certains transferts sur le plan du progrès médico-social. Si les recettes tarifaires servent à améliorer la qualité et l'accessibilité des services et si la priorité est accordée à l'affectation de ces ressources aux populations nécessiteuses, le système des émoluments à la charge de l'utilisateur pourrait devenir un instrument de redistribution, permettant ainsi de faire payer ceux qui en ont les moyens et de subventionner davantage les soins offerts aux indigents. Une évaluation de l'ampleur du phénomène sur la base des expériences mentionnées plus haut suggérerait que, jusqu'ici, rares sont les données qui permettent d'affirmer qu'il existe une redistribution quelconque de l'accessibilité des soins de santé.

Les aspects administratifs du recouvrement des coûts sont un point important qui n'a pas encore été suffisamment étudié. Dans aucune des sections qui précèdent, nous n'avons examiné les possibilités d'utilisation des recettes ainsi prélevées. L'accent a été mis sur les effets d'une tarification sur l'utilisation des services, et notamment l'effet dissuasif chez les groupes à très faible revenu.

Dans certains pays, les recettes prélevées à tous les niveaux des services de santé reviennent en totalité au Ministère des Finances. C'est ainsi que, dans le secteur de la santé, les émoluments perçus ne sont pas un instrument de politique sanitaire, mais de politique fiscale, le Ministère de la Santé servant d'agent collecteur. Selon les propres objectifs du Ministère de la Santé, des dispositions de ce genre ne peuvent être tolérées que dans la mesure où la perception d'émoluments a pour but d'influer sur la demande de manière à assurer un fonctionnement plus efficace du système de soins. Tel pourrait être le cas si les tarifs étaient progressifs (c'est-à-dire proportionnels au revenu) et si cette même progressivité s'appliquait au caractère "essentiel" ou "facultatif" d'une intervention en santé (par exemple un tarif plus élevé pour la chirurgie plastique que pour une vaccination contre la rougeole). Toutefois, dans ce cas, si la politique retenue a pour objectif d'influencer le mode d'utilisation, la question pourrait alors se poser de savoir quelles sont les autres possibilités de soins gratuits.

Divers moyens permettent de limiter l'accès aux soins, depuis la réglementation de cet accès, à l'un des extrêmes, jusqu'à l'inexistence de certaines prestations (par exemple une prothèse de la hanche), à l'autre extrême. Entre ces deux extrêmes, il existe de nombreuses méthodes propres à dissuader, réduire ou retarder l'accès aux soins, ou encore à fixer diverses priorités pour des groupes particuliers de population. Etant donné que la tarification exerce d'importants effets secondaires, autres que celui d'agir comme "signal" auprès du consommateur, on pourrait envisager un grand nombre d'autres solutions et de méthodes moins primitives de restriction de l'accès aux soins.

Selon le système de tarification inauguré au Ghana en 1985, ainsi que dans beaucoup d'autres pays qui ont admis l'expérience d'une participation aux frais, le Gouvernement central alloue au Ministère de la Santé une partie des recettes. Ici encore, les détails d'ordre administratif jouent un rôle crucial pour déterminer dans quelle mesure ces recettes offrent une possibilité de redistribution générale en agissant sur l'accessibilité aux soins. Il va de soi qu'il est nécessaire que les frais de perception des émoluments soient inférieurs au rendement des recettes si l'on veut que le système de recouvrement des coûts offre des avantages au Ministère de la Santé. On sait que tel n'est pas toujours le cas.

Dans d'autres cas, et dans la plupart des systèmes de financement par les collectivités, la totalité des émoluments sont retenus au niveau des prestations ou des établissements où ils sont collectés. Il ressort d'enquêtes faites sur l'utilisation de cet argent au Ghana que, si l'exploitation des unités locales de santé a été améliorée grâce à la possibilité d'effectuer localement les achats nécessaires à l'entretien, aux petites réparations, etc., les incidences sur la qualité des services étaient trop faibles ou trop lentes pour permettre de "récupérer" les malades que l'augmentation des tarifs avait dissuadés à l'origine.

On a réuni dans plusieurs cas des données sur les problèmes de gestion des fonds recueillis et conservés sur place, mais jusqu'ici aucune preuve précise n'a pu être apportée d'une amélioration de l'accessibilité ou de la qualité des prestations de santé imputables à la gestion locale de ces fonds. Il s'agit là d'un secteur dans lequel il serait urgent de disposer d'un soutien technique plus efficace et de données plus précises sur l'expérience déjà acquise.

En résumé :

Le prélèvement d'une contribution auprès de l'utilisateur peut aider à consolider les bases financières du secteur de la santé. D'un autre côté, ce système est dissuasif à l'égard de ceux dont les besoins en santé sont les plus vastes. Il est donc indispensable de recourir à un dispositif nettement sélectif garantissant que les recettes proviennent exclusivement des patients solvables et que les revenus ainsi acquis permettent d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins axés sur les personnes démunies.

Il est donc nécessaire d'enquêter sur la situation financière des patients sans que cela nuise à l'accessibilité des soins et de redistribuer les fonds ainsi recueillis en faveur des activités de santé primaires à l'échelon périphérique. Il semblerait que ce soit les services d'hospitalisation des secteurs secondaire et tertiaire qui se prêtent le mieux à l'obligation

de soins payants. Est-il réaliste, dans le but d'améliorer la qualité des structures de soins de santé primaires, de maintenir un système de tarification sélective en espérant de celui-ci un transfert des recettes provenant des hôpitaux, qui constituent la majeure partie des fonds recueillis ? Dans les pays pauvres, les réalités administratives et politiques plaident contre l'efficacité de ce genre d'opération; il est donc nécessaire de continuer d'explorer les possibilités de trouver d'autres solutions. En même temps, il demeure urgent de rechercher des données fiables illustrant le bon fonctionnement de divers dispositifs de collecte d'émoluments et de recyclage de ceux-ci.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aaron, H. & Schwartz, W. B. Rationing Health Care: The Choice Before Us. Science, Vol. 247, pp. 418-422, 26 janvier 1990
2. Financing The Health Sector: An Agenda for Reform. Banque mondiale, Washington, D.C., 1987
3. Jimenez, E. Social Sector Pricing Policy Revisited: A Survey of Some Recent Controversies. Proceedings of the World Bank Annual Conference of Development Economics, 1989: comment by Stern, N.
4. Sanchez, M. et al. Study of the Impact of Economic Adjustment Policies on the Health Situation in Mozambique, rapport non publié, 1988
5. McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. The Economics of Health Care. Routledge & Kegan Paul, Londres, 1988
6. Culyer, A. J. (Ed.) Health Indicators, Martin Robertson, Oxford, 1983
7. Vogel, R. Cost Recovery in the Health Care Sector - selected country studies in West Africa. World Bank Technical Paper number 82, Banque mondiale, Washington, D.C., 1988
8. Abel Smith, B. & Creese, A. L. (Eds) Recurrent Costs in the Health Sector - problems and policy options in three countries. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1989
9. Organisation de Coopération et de Développement économiques. Evaluer les soins de santé, 1960-83, Etudes de politique sociale de l'OCDE, N° 2, Paris, 1985
10. Vogel, R. Trends in Health Expenditures and Revenue Sources in Sub-Saharan Africa. Document d'information préparé pour African Health Policy, Banque mondiale, Washington, D.C., 1990
11. Musgrove, P. What Should Consumers in Poor Countries Pay for Publicly Provided Health Services? Social Science and Medicine, 1986
12. Brunet-Jailly, J. Le financement de la santé dans les pays pauvres : Recouvrer les coûts ou les réduire ? Document d'information pour African Health Policy, Banque mondiale, Washington, D.C., 1990
13. Payne, S. M. C. Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization: a policy synthesis. Health Services Research, 1987
14. Stinson, W. Possibilités et limites du financement par les collectivités. Forum mondial de la Santé, 1984
15. Abel-Smith, B. & Dua. Community Financing in Developing Countries: the potential for the health sector. Health Policy and Planning, 1988
16. Waddington, C. et al. Financial Information at District Level: Experiences from Five Countries. Health Policy and Planning, 4, 3, 1989

17. Commission médicale chrétienne. Financing Primary Health Care Programmes: Can they be Self-Sufficient? Genève, 1987
18. Alihonou, E. et al. L'utilisation du médicament essentiel comme base du financement communautaire : une approche de la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires dans un pays à revenus faibles. Document non publié
19. Carrin, G. Community Financing of Drugs in Sub-Saharan Africa. International Journal of Health Planning and Management, 1987
20. Bethune, X. de, et al. The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Service Utilization: evidence from Zaire. Health Policy and Planning, 1989
21. Akin, J. S. et al. The Demand for Adult Outpatient Services in the Bicol Region of the Philippines. Social Science and Medicine, 1986
22. Chernichovsky, D. & Meesok, O. A. Utilization of Health Services in Indonesia. Social Science and Medicine, 1986
23. Certler, P. et al. Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. Journal of Econometrics, 33, 1987
24. Griffin, C. User Charges for Health Care in Principle and in Practice. Economic Development Institute Seminar Paper 37, Banque mondiale, Washington, D.C., 1988
25. Mwabu, G. Health Care Financing in Kenya: A Simulation of the Welfare Effects of User Fees. Social Science and Medicine, 22, 1986
26. Stanton, B. & Clemens, J. User Fees for Health Care in Developing Countries: A Case Study of Bangladesh. Social Science and Medicine, 29, 1989
27. Frank, R. G., Salkever, D. S. & Mullann, F. Hospital Ownership and the Care of Uninsured and Medicaid Patients: Findings from the National Hospital Discharge Survey 1979-1984. Health Policy, 14, 1990
28. Shulman, N. et al. Financial Cost as an Obstacle to Hypertension Therapy. American Journal of Public Health, 76, 1986
29. Waddington, C. & Enyimayew, K. A Price to Pay: The Impact of User Charges in Ashanti-Akim District, Ghana. International Journal of Health Planning and Management, 4, 1989
30. Waddington, C. & Enyimayew, K. User Charges in Ghana - Raising Money and Deterring Patients. A Study of Ghana's Volta Region. Unpublished MS, 1989
31. Heller, P. A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia. Social Science and Medicine, 22, 1986
32. Yoder, R. A. Are People Willing and Able to Pay for Health Services? Social Science and Medicine, 1989
33. Bennet, S. The Impact of the Increase in User Fees: A Preliminary Investigation. Lesotho Epidemiological Bulletin, 4, 1989
34. Birch, S. Health Care Charges: Lessons from the UK. Health Policy, 13, 1989