

Université des sciences et technologies de Lille
Faculté des sciences économiques et sociales

Santé, seuil de santé et développement

Document de synthèse en vue de

L'Habilitation à Diriger des Recherches

Soutenu publiquement en novembre 2006

Bruno Boidin

Jury composé de

Jérôme Ballet, Maître de conférences HDR, Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines (rapporteur)

Maryse Gadreau, Professeur émérite, Université de Bourgogne (rapporteur)

Jean Gadrey, Professeur émérite, Université de Lille 1 (rapporteur)

Hubert Gérardin, Maître de conférences HDR, Université de Nancy 2

François-Régis Mahieu, Professeur émérite, Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines (directeur de recherches)

Mama Ouattara, Professeur, Université d'Abidjan

Sommaire

1. Présentation générale et articulation des travaux	3
1.1. Cadre général	3
1.2. La littérature en économie de la santé appliquée aux PED	3
1.3. Itinéraire de recherche	5
1.4. Plan de présentation des travaux	7
2. Information et marché de la santé. Le cas des micro-unités de santé au Bénin	9
2.1. Introduction : contexte, problématique et démarche	9
2.2. L'étude d'un « secteur informel de santé » et son intérêt	13
2.3. Les problèmes informationnels dans les relations offre-demande	19
2.4. Les difficultés de régulation, prémisses à l'étude des problèmes de révélation de la demande	27
3. Révélation de la demande et seuil de santé	37
3.1. Introduction : point de départ et démarche	37
3.2. La révélation de la demande, un problème récurrent	39
3.3. Le seuil de santé	54
3.4. Implications éthiques	61
3.5. Implications sur la mesure du développement humain	71
4. « Gouvernance mondiale » et seuil de santé	80
4.1. Introduction : point de départ et démarche	80
4.2. Les déficiences institutionnelles	83
4.3. La santé, bien public mondial ou droit humain ?	88
5. Conclusion et perspectives	109
Curriculum Vitae	111
Liste des travaux de recherche	113
Sélection de documents	116
Table des matières	226

1. Présentation générale et articulation des travaux

1.1. Cadre général

Le cadre général de mes recherches est l'économie de la santé dans les pays pauvres et en développement (PED). Si la question de la santé dans les PED n'est pas nouvelle, elle n'a été abordée que récemment sous un angle essentiellement économique. Ainsi les politiques et stratégies de promotion de la santé ont-elles été longtemps fondées sur des approches médicales, sous l'influence notamment de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'un des « événements » qui marquent la montée en puissance des analyses économiques dans le domaine de la santé au sein des pays pauvres est le rapport « Investir dans la santé » de la Banque mondiale (1993). En effet la Banque mondiale y adopte une approche relevant essentiellement de l'économie, ce qui constitue une position nouvelle dans ce champ de la part d'une organisation internationale.

Le choix d'un programme de recherche consacré à l'économie de la santé dans les PED résultait au départ d'un constat frustrant pour un économiste du développement : les déceptions apportées par les stratégies de développement sur le niveau de santé des populations, et les effets pervers des plans d'ajustement structurel (PAS) sur les secteurs sociaux. L'objectif du programme de recherche initié avec ma thèse de doctorat répondait donc à des préoccupations avant tout appliquées : retrouver l'utilité de l'analyse économique dans une période de contestation de l'économie du développement après des décennies de stratégies et de débats théoriques.

Comment situer mes travaux dans l'ensemble de la littérature portant sur l'économie de la santé dans les PED ? Je reviens préalablement sur quelques grands axes de ce domaine de recherche, avant de préciser mon itinéraire personnel.

1.2. La littérature en économie de la santé appliquée aux PED

L'économie de la santé est une discipline encore jeune, dont les premiers pas datent des années 1960 avec la découverte des problèmes d'information et de leur importance dans ce champ (Arrow 1963). Du côté de l'économie du développement, le « temps de la construction » (1945-1960, pour reprendre une expression de Ph. Hugon, 1989) précède à peine l'économie de la santé.

Le croisement de ces deux disciplines, à savoir les recherches en économie de la santé appliquée aux PED, a tout naturellement convergé vers des préoccupations empiriques, puisque ces deux domaines touchent à des questions considérées comme cruciales pour les conditions de la vie humaine.

Cette importance des préoccupations empiriques a fortement influencé les travaux menés dans ce domaine. Les différents thèmes de recherche abordés depuis les années 1960 ont suivi assez fidèlement l'évolution des politiques de santé et l'histoire des systèmes de santé. Dumoulin (2001) distingue ainsi plusieurs axes :

- Les études coût-bénéfice, dont la particularité est d'être récurrentes au sein des recherches, puisque ces travaux permettent de justifier l'allocation de fonds en faveur de la santé ;
- Les analyses portant sur les systèmes de santé, qui sont plus récentes et se sont progressivement substituées aux recherches sur les liens entre santé, population et développement.

Ce deuxième axe peut lui-même être découpé en plusieurs périodes :

- D'abord une approche « productiviste », centrée sur l'objectif de construire l'offre de santé : infrastructures, personnels... cette approche prévaut jusqu'aux années 1980, période pendant laquelle les stratégies privilégient un rôle actif des acteurs publics ;
- A partir des années 1980 les analyses portent plutôt sur la question des coûts, notamment le problème des charges récurrentes issues des infrastructures (problème qui n'est pas spécifique à la santé) ; on est alors en pleine période de mise en œuvre des plans d'ajustement structurels ;
- Elles sont suivies de recherches consacrées à la question du financement, avec comme corollaire les politiques de « recouvrement des coûts »¹ ; parallèlement des travaux ont porté sur les conséquences du paiement par les usagers, donc sur le rôle respectif des prix, des revenus et des autres variables dans les décisions des patients ;
- La période récente a été notamment marquée soit par des travaux portant toujours sur le financement, mais consacrant une place importante aux questions d'équité ; soit par des analyses liant les systèmes et institutions de santé à l'environnement international dans un contexte d'ouverture des économies.

Un constat important ressort de ces différentes périodes. Si les préoccupations des chercheurs et des institutions ont intégré de façon progressive l'analyse de la demande de santé (notamment avec les travaux sur le paiement des soins et l'équité), force est pourtant de reconnaître que les besoins et les comportements des patients n'ont pas encore reçu la même attention que l'offre de santé. Ainsi les analyses portant sur les problèmes de santé en Afrique subsaharienne ont d'abord privilégié le rôle de l'offre, notamment des infrastructures publiques, dans le développement humain et

¹ Politiques lancées sous l'impulsion de l'initiative dite de Bamako en 1987 (cf. Grant 1987).

économique. Les organisations internationales du développement ont également fait la part belle au côté « offre de santé », en axant très tôt leurs programmes sur l'amélioration de la performance des soins.² Ces orientations sont en partie liées au poids de la théorie du capital humain appliquée à la santé. Pour cette approche, la demande de santé ne représentait en effet qu'une demande pour une meilleure productivité individuelle, un moyen de développement économique plutôt qu'une fin en soi. Le comportement de demande de santé n'était pas considéré comme spécifique, mais au contraire vu de façon globalement similaire à la demande pour d'autres biens.

Plus récemment, le retour de l'Homme, de ses stratégies et de son bien-être caractérisent les politiques de développement, au moins dans leurs objectifs. Le développement « humain » devient le fondement affiché des programmes proposés par les institutions (Programme des Nations Unies pour le Développement, Banque Mondiale...). Dans le champ sanitaire, les prémices de cette nouvelle orientation se trouvent dans la conférence d'Alma Ata (OMS, UNICEF 1978) au cours de laquelle, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, la plupart des pays subsahariens s'engagèrent à l'objectif de « santé pour tous en l'an 2000 ».

Cependant les préoccupations théoriques et institutionnelles restent encore largement centrées sur l'offre de santé et de soins, malgré les évolutions récentes des travaux évoqués plus haut (paiement par les usagers, équité...). En effet, même si les politiques privilégiées sont désormais orientées vers la décentralisation des services de santé pour rapprocher ceux-ci des usagers, les comportements et les itinéraires de ces derniers demeurent méconnus et relativement négligés, comme si l'on supposait que l'action sur le développement de l'offre était suffisante pour satisfaire les besoins de la demande.

Par rapport à ces orientations générales, mes recherches ont tenté de souligner et de traiter l'insuffisante prise en compte de la demande, de ses contraintes et de ses stratégies.

1.3. Itinéraire de recherche

J'ai entamé mes recherches de doctorat dans les années 1990, période au cours de laquelle les « effets pervers » des PAS en termes de pauvreté et d'indicateurs sociaux étaient de plus en plus reconnus par la Banque Mondiale elle-même. J'ai voulu aborder la question de l'impact de ces plans d'ajustement sur le secteur de la santé. Mon travail de thèse cherchait à aborder les conséquences des PAS sur le développement du segment des micro-unités de santé, terrain que j'avais choisi pour son originalité (l'informel étant souvent étudié à partir des petites activités artisanales) et son caractère

² Ainsi dans les années 1970, les approches du développement sont, certes, plus « qualitatives » au sens où elles accordent une place importante aux ressources humaines, cependant elles se focalisent sur les grandes infrastructures centralisées.

exemplaire du développement d'un segment privé suite à des ajustements macroéconomiques.³ Au début, c'est donc essentiellement l'offre qui était considérée, pour deux raisons essentielles :

- J'avais constaté une sous-estimation et une méconnaissance des conséquences des PAS sur le développement du marché et sur le risque de qualité des soins offerts ;
- J'étais séduit par les approches micro-économiques en termes de relations d'agence et d'incitations, appliquées depuis peu de temps au champ de la santé, et jusqu'alors largement réservées aux analyses portant sur les pays industrialisés. Je voyais à travers ces avancées théoriques un outil de choix pour l'étude des relations entre l'offre et la demande de soins sur un marché non contrôlé et donc soumis à des asymétries d'information particulièrement importantes.

A mesure qu'avancait l'analyse des effets pervers de ce marché en termes de qualité de l'offre de santé, j'ai pu constater l'importance des lacunes, à la fois théoriques et empiriques, dans la prise en compte de la demande de santé et des comportements des patients. C'est ce cheminement qui a abouti, dans le cadre de la thèse et des travaux ultérieurs, à lancer un programme de recherche portant sur l'état de santé des individus et le rôle du patient comme acteur central des systèmes de santé. Paradoxalement, l'analyse des systèmes de santé dans les pays en développement avait longtemps négligé les situations et les comportements de la population, qui pourtant devrait être considérée comme la finalité des stratégies et politiques.

Mes recherches ont donc tenté de souligner et de traiter l'insuffisante prise en compte de la demande de santé, de ses contraintes et de ses stratégies, tant dans les travaux consacrés à la santé que dans les politiques et les programmes. D'un point de vue théorique, le fil conducteur de mon itinéraire est le « **seuil de santé** », concept que j'ai proposé pour redonner une place centrale à la demande dans les travaux d'économie de la santé appliqués aux pays en développement.

Je définis le seuil de santé comme un niveau de santé minimal permettant à l'individu d'être producteur de son propre bien-être, c'est-à-dire le rendant apte à transformer ses ressources en bien-être. Le seuil marque la capacité à exercer des choix au-delà des seules décisions de consommation. L'origine du concept se trouve en particulier dans l'approche en termes de « *capabilities* » de Amartya Sen, qui permet de considérer que la santé est d'abord une fin avant d'être un moyen.

³ Les micro-unités de santé sont des petits cabinets médicaux, largement non répertoriés et non contrôlés par les Pouvoirs publics. Elles se sont développées suite à l'arrêt du recrutement des diplômés, y compris les diplômés des professions médicales, dans la fonction publique.

Le concept de seuil de santé rend possible d'introduire la contrainte d'un seuil minimal en deçà duquel le développement humain ne peut être assuré, même par une compensation avec les autres actifs (éducation, revenu, environnement familial et social...). En effet les actifs possédés par l'individu ne peuvent se substituer les uns aux autres que jusqu'à un certain point : en situation de malnutrition ou de maladie, la capacité de l'individu à combiner rationnellement les différents actifs pour maintenir ou améliorer son bien-être n'est plus assurée. On peut alors distinguer entre **des individus consommateurs** de santé et **des individus investisseurs** dans la santé.

1.4. Plan de présentation des travaux

La présentation de mes travaux est organisée en trois parties, qui correspondent aux étapes successives des recherches menées. Dans la **deuxième partie**, qui aborde la première période de l'itinéraire de recherche, sont présentés les travaux portant sur les effets de la privatisation des systèmes de santé en Afrique subsaharienne dans les années 1980-1990.⁴ Le cadre théorique est celui des relations d'agence dans une situation d'asymétries informationnelles entre l'offre et la demande de santé. Le terrain d'étude est le marché des micro-unités de soins en milieu urbain béninois. Outre les conclusions relatives aux risques de qualité des services offerts et aux difficultés de régulation d'un segment de marché « informel » dans le champ de la santé, cette première partie aboutit à souligner les problèmes de révélation de la demande sur le marché de la santé. Elle débouche sur les étapes suivantes de la recherche.

La **troisième partie** est précisément consacrée à cette question de la révélation de la demande, déjà présente dans la thèse et développée ensuite.⁵ Celle-ci est présentée à la fois comme un problème récurrent sur le terrain du développement, et comme une condition du développement humain. Or elle est encore très peu traitée que ce soit d'un point de vue théorique ou empirique. Sur le plan théorique, je propose le concept de seuil de santé minimum (*cf. supra*) qui pose un cadre analytique aux programmes et aux actions de santé. J'aborde également la question de la mesure du seuil.

Enfin la **quatrième partie** met en perspective le problème de la révélation de la demande dans le contexte international de la « gouvernance mondiale » de la santé.⁶ En effet les actions et les programmes de santé sont aujourd'hui lancés dans un cadre internationalisé, ce qui m'a amené à étudier les différentes conceptions portées par les acteurs présents à l'échelle transnationale. Le concept de seuil de santé est confronté aux approches de la santé en présence, en particulier celle en termes de « bien public

⁴ Les documents concernés dans la liste des travaux sont les suivants : **thèse**, [1], [2], [3], [4], [7], [8], [12], [A].

⁵ Les documents concernés dans la liste des travaux sont les suivants : **thèse**, [3], [4], [5], [6], [8], [9], [10], [12], [13], [15], [16], [17], [22], [B], [C], [D].

⁶ Les documents concernés dans la liste des travaux sont les suivants : [14], [18], [19], [20], [21], [E].

mondial » et celle fondée sur la notion de « droit humain ». Le seuil de santé s'inscrit dans cette deuxième conception, ce qui débouche sur des perspectives de recherche autour de la place de la demande dans les programmes internationaux.

Bibliographie de la première partie

- ARROW K.J. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 53, n° 5.
- DUMOULIN J. (2001), « Le développement des travaux d'économie de la santé », *Economies et sociétés*, Série F, n°39, « Développement » - III, 9-10/2001, pp 1477-1489
- GRANT J. (1987), Allocution dite « initiative de Bamako », 37ème session du comité régional de l'Afrique de l'OMS, document AFR/RC 37/conf.doc/3.
- HUGON Ph. (1989), *Economie du développement*, Mémento Dalloz.
- OMS, UNICEF (1978), *Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du directeur général de l'OMS et du directeur exécutif de l'UNICEF*. Genève, New York
- SEN A. (1985), *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- SEN A. (1987), *On ethics and economics*, Oxford : Blackwell. Traduction française : *Ethique et économie et autres essais*, 1993, Paris, PUF, 364 p.

2. Information et marché de la santé. Le cas des micro-unités de santé au Bénin

2.1 - Introduction : Contexte et problématique

Les différents travaux présentés dans cette première partie sont directement liés à la recherche menée dans le cadre de la thèse.⁷ Cependant je ne présente dans cette partie que la première des deux thématiques abordées dans la thèse, à savoir les problèmes d'asymétries d'information sur le marché de la santé. La question de la révélation de la demande, également présente dans la thèse et qui préfigure les travaux ultérieurs, est introduite à la fin de cette présentation et développée dans la partie suivante.

2.1.1. Le contexte

Le sujet de ma thèse a été motivé par des préoccupations empiriques au regard des difficultés rencontrées par les pays en développement dans les années 1980 et 1990. J'ai choisi de consacrer ma thèse au cas du secteur privé de santé béninois. Le Bénin constituait un terrain propice d'analyse des problèmes sanitaires subsahariens, avec une population toujours soumise à des risques de santé élevés. Par ailleurs ce pays offrait, parmi les économies subsahariennes, un cas d'étude représentatif des conséquences des plans d'ajustement structurel sur la place et le rôle des services publics de santé. On a assisté dans les années 1980 et 1990 à un mouvement de désengagement partiel de l'Etat, et, parallèlement, à un recentrage de celui-ci vers des prestations à rapport coût-efficacité élevé. De façon conjointe, le développement du secteur privé a modifié la configuration des systèmes de santé, laissant une plus large part au domaine marchand. Ce pays constituait donc un exemple intéressant du passage de certains pays d'obédience communiste à une économie de marché.

L'une des formes prises par la place croissante du secteur privé concerne la prolifération des petits cabinets médicaux, largement non répertoriés et non contrôlés par les Pouvoirs publics⁸. Ces unités ont vu leur nombre s'accroître considérablement, en particulier à la suite de l'arrêt du recrutement automatique dans la fonction publique (1987)⁹. Je me suis attaché à l'analyse de ces petites unités, que je qualifie de micro-

⁷ Les documents concernés dans la liste des travaux sont les suivants : **thèse, [1], [2], [3], [4], [7], [8], [12], [A]**.

⁸ Ce phénomène n'est pas propre au Bénin. Voir par exemple Dorier-Apprill (1995).

⁹ Le développement des micro-unités de santé tient à trois catégories de facteurs [3] : la démocratisation du pays en 1990 s'est accompagnée d'une libéralisation économique favorable aux initiatives privées ; l'arrêt du recrutement dans la fonction publique (1986 à 1994) a amené les diplômés à se reporter massivement vers les activités privées ; enfin l'offre des micro-unités répond à certains besoins de la demande mal satisfaits par les autres formes de soins : prix adaptés, proximité, soins de base...

unités de santé (ou micro-entreprises de santé, en référence à leur but lucratif).¹⁰ Le terme de micro-unités fait référence à leur petite taille et à leur dotation faible en capital fixe. Les micro-unités se caractérisent enfin par des traits proches du secteur dit informel, puisqu'elles sont largement non contrôlées et/ou non répertoriées par les Pouvoirs publics. A ce titre, l'évolution du secteur sanitaire béninois rejoint le développement des activités informelles (certains parlent « d'informalisation », cf. par exemple Attin 1990) observé dans un certain nombre de pays africains. L'étude de ce mouvement dans le champ sanitaire est intéressante à deux titres : d'abord le nombre limité des travaux consacrés à ce phénomène, ensuite la place traditionnellement prépondérante des Pouvoirs publics dans ce domaine.

2.1.2. Problématique

La prolifération des micro-unités de santé pose d'emblée la question du rôle et de l'efficacité de ces prestations dans la réponse aux besoins, face à la stagnation du niveau général de santé. L'efficacité du service de santé est sa capacité (ou son incapacité) à améliorer l'état sanitaire du bénéficiaire. Mon approche avait pour objet d'aborder le marché des micro-unités sanitaires sous l'angle des asymétries informationnelles entre l'offre et la demande. Les asymétries signifient ici un inégal accès à l'information sur le service offert et/ou sur le comportement de l'offreur. La spécificité du terrain réside dans le traitement simultané de deux champs particulièrement exposés aux asymétries et aux stratégies individuelles qui en découlent : les services sanitaires et le micro-marché.¹¹ La question centrale posée par le micro-marché de santé pouvait se formuler ainsi : la prolifération des petits cabinets médicaux non répertoriés, même si elle répond partiellement aux échecs des politiques sanitaires et aux difficultés du secteur public, comporte-t-elle des risques en termes de qualité des prestations ?¹² Les critères d'efficacité et de qualité des micro-unités sont fortement liés : la qualité constitue un déterminant essentiel de l'efficacité, puisque la fiabilité des prestations favorise l'amélioration de l'état de santé du patient. En montrant les manipulations d'information dont la demande fait l'objet, j'ai cherché à souligner les limites liées au développement des petites prestations dont l'impact sur la qualité, et donc le bien-être individuel, ne peut être négligé.

¹⁰ L'étude de ces activités a reposé sur des observations de terrain effectuées à Cotonou en août et septembre 1993, ainsi que sur les enquêtes, données et travaux menés par d'autres chercheurs ou institutions, notamment Benoist (1989), Bichmann et *alii* (1991), CREDESA (1989), Czesnik et Wolf (1992), Dansou (1988), Do Ango-Padonou et *alii* (1990), Dorier-Apprill (1995), ELAM (1993), Josse et Helynck (1994), Kaddar (1995), MSP (1994), MSP (1993a), MSP/OMS/PNUD (1991), Richard (1995).

¹¹ Le micro-marché sanitaire regroupe dans notre analyse les micro-unités de santé et les usagers de ces dernières, c'est-à-dire à la fois l'offre et la demande.

¹² La qualité est ici entendue comme l'ensemble des facteurs qui augmentent la fiabilité du traitement, et réduisent parallèlement les risques d'un impact négatif ou aggravant de ce traitement sur l'état de santé.

La contradiction apparente du micro-marché se présente alors ainsi : la réponse « providentielle » qu'il offre aux besoins sanitaires (le côté demande), mais également aux problèmes d'insertion des diplômés (le côté offre), s'accompagne de risques importants, et pose la question des incidences possibles sur la demande. La problématique centrale de la thèse concernait donc le débat sur la supériorité du marché ou de l'Etat, mais dans la perspective particulière d'un micro-marché sanitaire. L'objet de mon analyse était ainsi de remettre en cause l'opposition Etat-marché du point de vue de leur capacité respective à assurer la qualité du micro-marché.¹³

L'importance des asymétries d'information au regard des fortes contraintes rencontrées par les utilisateurs, dans un contexte de rareté des ressources sanitaires, amène à un paradoxe : le marché constitue un mode d'allocation efficace si l'on se fonde sur sa capacité à répondre à certains besoins, mais les risques qu'il présente, notamment sur la qualité des services offerts, soulignent au contraire ses limites dans la révélation des choix, et soulèvent la question d'une régulation externe au marché.¹⁴

2.1.3. Questions traitées

Les problèmes d'asymétrie d'information ont été abordés en trois étapes.

- (1) L'étude des micro-unités de santé nécessitait de préciser la nature de ces activités, que j'ai qualifiées de « secteur informel de santé » et étudiées sous cet angle dans la première partie de la thèse (2.2). Cette nature particulière joue précisément sur les comportements des prestataires et donc sur les risques de qualité. L'enjeu était de montrer que, au sein du secteur informel, les micro-unités portent à un degré très élevé les caractéristiques de nébulosité et donc les risques rencontrés par la demande. Ce travail a été initié dans la thèse et prolongé ensuite, même si l'objet central de celle-ci n'était pas une analyse critique du concept de secteur informel.
- (2) Ensuite, pour étudier les relations entre offre et demande sur le marché sous l'angle de la qualité des services offerts (2.3), j'ai choisi de recourir à la notion d'asymétries informationnelles, en appliquant au champ des micro-unités béninoises les analyses en termes d'agence et les approches par les incitations, qui permettent de déboucher sur le problème de la qualité des produits. La deuxième partie de la thèse retrace cette analyse des problèmes informationnels entre l'offre et la demande.

¹³ Dans [8], sont présentées les difficultés du secteur public sous l'angle des lacunes informationnelles au sein des systèmes de santé. Ces travaux visent à souligner que les problèmes informationnels sont tout autant prégnants pour la puissance publique que pour les acteurs privés.

¹⁴ Nous parlons de régulation sanitaire pour caractériser les mécanismes qui permettent d'assurer le fonctionnement correct du secteur de santé. Le terme de régulation n'est pas utilisé ici dans le sens de la « théorie de la régulation », mais dans celui généralement donné par les économistes de la santé lorsqu'ils traitent des questions de stratégie publique à l'égard du système de santé.

Il faut préciser le statut des approches en termes de relation d'agence dans mon travail de thèse. La relation d'agence avait été appliquée un peu plus tôt au secteur de la santé des pays à revenu élevé (en France, Rochaix 1986, 1989, Béjean et Gadreau 1992, Béjean 1994). Son application sur un terrain africain, dans une relation entre le prestataire de santé (la micro-unité) et le patient, visait à souligner les limites des contrats privés dans un secteur peu soumis à un contrôle externe. Il s'agissait donc avant tout d'éclairer un problème de terrain à partir d'un cadre théorique récent. Cependant les approches en termes d'asymétries n'étaient pas un objectif théorique en soi (un objet central de discussion), mais plutôt un outil utilisé dans l'analyse d'une situation concrète problématique, celle de la demande de santé d'une population soumise à de très lourdes contraintes.

- (3) Enfin la thèse aboutit à un questionnement relatif à la régulation du marché (2.4). Les analyses par les incitations ont été utilisées pour aborder la question du contrôle externe au marché. Elles s'intéressent en effet aux « *règles et institutions qui induisent les agents économiques à exercer des niveaux d'effort élevés et à transmettre correctement toute information privée qu'ils possèdent et qui est socialement pertinente* » (Laffont 1993). Les incitations abordent donc les comportements des agents encouragés à suivre une norme (dans notre cas la qualité). Elles me furent précieuses dans la même logique que les relations d'agence : éclairer une question concrète, c'est-à-dire permettre une interprétation des relations entre Pouvoirs publics et micro-unités, et une réflexion sur l'efficacité d'une réglementation qualitative de l'offre sanitaire.

L'objectif poursuivi était donc d'apporter l'éclairage de la théorie sur le terrain des micro-unités de santé. Mais l'exemple du micro-marché béninois contribue lui-même à interroger la théorie dans le champ de l'économie publique et des incitations appliquées à la santé. En particulier, les analyses incitatives se révéleront certes particulièrement utiles pour analyser les relations entre l'Etat et le marché au Bénin, mais elles se montreront également limitées pour fournir une règle assurant un niveau de qualité minimal sur le micro-marché, et pour aborder le rôle des stratégies des demandeurs de santé.

2.2. L'étude d'un secteur informel de santé¹⁵

2.2.1. Enjeux

L'analyse économique du développement, depuis ses prémices jusqu'à ses développements récents, s'est toujours penchée avec intérêt et curiosité sur la notion de secteur informel. Dans les pays industrialisés les approches de l'informel, souvent fondées sur une mesure comptable (critères de légalité et d'enregistrement dans les comptes de la nation), n'ont pas réglé la question de la nature de l'économie informelle. Dans les pays en développement, le concept pose avec plus d'acuité encore un problème de définition, de délimitation.

Un rapide bilan des différentes tentatives de définition de l'informel montre un progrès dans la prise en compte de la complexité du phénomène. Le concept proposé au début des années 1970 (Bureau International du Travail – BIT- 1972, Hart 1973...) repose sur une conception technique et simple, qui consiste à considérer l'informel comme un secteur à part entière, capable d'absorber les « chômeurs » et les exclus de l'urbanisation... en attendant le développement. Par la suite les institutions internationales et leurs experts ont tenté de faire évoluer la définition à partir des enquêtes nombreuses menées depuis les premiers travaux. La « nouvelle » définition internationale du BIT (1993) restait pourtant fortement inspirée des premières approches, en se référant aux deux critères principaux de l'illégalité et de la petite taille des unités qui constitueraient ce secteur.

Parallèlement à cette recherche d'une définition institutionnelle et opérationnelle (comptable) de l'activité informelle, des travaux ont été menés, notamment par des économistes et des sociologues, sur les caractéristiques de l'informel. Ces approches très diverses ont permis de mieux comprendre la complexité de l'informel et de relativiser la traditionnelle séparation entre formel et informel (vision bi-sectorielle). Elles ont insisté sur la nécessité de définir l'informel en fonction des liens qu'il entretient avec son environnement et en particulier les structures familiales et sociales auxquelles il participe.

Les progrès sont indéniables mais le secteur informel semblait toujours aussi difficile à circonscrire au moment de la rédaction de la thèse. Les logiques en vigueur dans ce secteur continuaient d'attiser la curiosité des analystes et des institutions internationales. Dans mon étude des micro-unités de santé au Bénin, j'ai donc tenté d'apporter une contribution à la réflexion sur l'appréhension de l'économie informelle. Mon objectif a été d'étayer la proposition selon laquelle ces micro-unités constituent, certes, une activité informelle au sens reconnu dans la littérature, mais présentent des spécificités

¹⁵ Thèse (chapitre 2), [2] et [7].

qui nécessitent d'interroger avec un œil critique les approches de l'informel. C'est en ce sens que l'analyse des micro-unités peut contribuer à enrichir le débat sur le secteur informel en Afrique subsaharienne.

Que peuvent apporter à la réflexion sur l'informel les micro-unités de santé ? Tout d'abord les analyses du secteur informel en Afrique ont longtemps circonscrit celui-ci au terrain des petites activités artisanales ou aux commerces de rue. Les services spécialisés et/ou nécessitant une compétence reconnue (« haut de gamme ») demeurent encore souvent en marge de telles approches. Or il semble pertinent d'analyser ce type d'activités pour plusieurs raisons. En effet l'activité sanitaire est par essence particulière : service complexe, difficile à évaluer, lacunes informationnelles des deux côtés du marché (offre et demande). Ces particularités ressortent avec intensité dans les activités des micro-unités de santé. En tant qu'activités informelles, elles sont particulièrement soumises à ces difficultés informationnelles, à une méconnaissance de la part des Pouvoirs publics. S'ajoute une spécificité essentielle de la pratique médicale, qui revient souvent dans notre analyse, à savoir le niveau élevé du capital humain nécessaire à l'exercice de ces professions. Or les activités informelles le plus souvent étudiées se caractérisent au contraire par un faible niveau de formation reconnue (compensé généralement par un savoir faire acquis par apprentissage).

Etudier les micro-unités de santé peut donc contribuer à étayer le principe selon lequel les activités informelles sont partout, sans distinction de branches d'activités ou de statut social des personnes qui les pratiquent. A ce titre la notion « d'informalisation » de l'économie africaine est révélatrice d'une prise de conscience de cette réalité qu'est l'omniprésence du secteur informel dans les activités sociales et économiques. Les plans d'ajustement ont, certes, contribué au développement de l'informalité, mais ces pratiques peuvent être considérées comme anciennes et donc antérieures à ces derniers.

Le point suivant résume les enseignements essentiels de cette réflexion sur « l'informel de santé ».

2.2.2. Les micro-unités de santé et la notion de secteur informel

(a) Un secteur informel « classique » ?

Trois aspects des micro-unités font d'elles un secteur informel « classique » au sens du BIT (BIT 1972) : un repérage statistique difficile; certaines caractéristiques d'un marché concurrentiel; un faible accès aux ressources financières officielles assorti d'une faible part de capital fixe dans la structure productive. Un certain nombre d'auteurs ont étudié ces caractéristiques pour d'autres secteurs (Sethuraman 1976, Mazumdar 1976, Steel 1980, Hugon 1980a, Chaudhuri 1989...).

Cependant une étude plus fine des micro-unités de santé m'a permis de souligner les spécificités de l'informel sanitaire, en introduisant notamment l'importance des qualifications dans ce secteur et la faible marginalisation des professionnels exerçant ces activités.

Concernant les qualifications, le BIT a très tôt considéré que celles-ci s'acquerraient généralement en dehors du système scolaire officiel (1972), et l'on a par la suite retenu comme critère d'informalité une formation d'une durée inférieure à 6 années (Sethuraman, 1976). Les stratégies des praticiens du secteur informel remettent en cause ces caractéristiques. En effet, la plupart des cabinets créés depuis 1987 le sont par des diplômés de l'enseignement médical supérieur, qui ont subi l'interruption du recrutement par la fonction publique dans le contexte des PAS.¹⁶

S'agissant de la supposée marginalité des micro-unités, les approches traditionnelles de l'informel ont longuement insisté sur cette caractéristique et ses indicateurs (habitat précaire, manque d'identité spatiale et culturelle...) (Oujano 1974, Vernière 1973). A contrario les micro-prestataires de santé s'avèrent peu marginalisés. Leur création résulte de stratégies de diversification professionnelle (pluri-activité), les prestataires travaillant donc à la fois sous le régime salarié (comme médecins ou infirmiers d'hôpitaux par exemple) et dans un cadre « informel » (ouverture de petites unités, voire consultations à domicile).¹⁷

Cette inadéquation entre les critères mentionnés et les micro-unités sanitaires tient aux spécificités de ces dernières par rapport aux activités informelles « classiques ». En effet, on se trouve d'abord en présence de ce que l'on peut qualifier d'activité « de pointe » par rapport aux autres prestataires, car nécessitant des connaissances spécialisées et une formation de niveau supérieur, en tout cas pour les médecins, infirmières et sages-femmes.

¹⁶ Dansou (1988) a relevé qu'un cabinet comptait en moyenne deux médecins en 1987, cette formule d'association étant la plus fréquente (54 % des unités), devant les associations entre médecins et sages-femmes (23 %). Parmi les agents qualifiés (entre trois et six par cabinet selon la même enquête), on compte également les infirmiers d'Etat, les assistantes sociales, les infirmiers adjoints, les aides-soignant(e)s. Certes, ces dernières qualifications sont de niveau inférieur à celui des médecins, mais elles contrastent avec la situation qui semble prévaloir encore dans la plupart des petites activités, à savoir un type de production ne nécessitant pas une formation supérieure. De plus, les qualifications des prestataires de santé relèvent du système officiel de formation, et contredisent en ce sens les critères traditionnels du BIT (formation reçue en dehors du système officiel).

¹⁷ Par ailleurs, l'enquête de Dansou (1988) concluait également que les médecins parvenaient à subvenir à leurs besoins élémentaires avec les seuls revenus issus de leur cabinet. On ne peut donc cautionner l'idée d'un « informel sanitaire » foncièrement marqué de précarité chronique et de pauvreté. Même si l'enquête évoquée date de 1987, la poursuite de la prolifération de ces unités par la suite (MSP 1993a, 1994) laisse à penser que le caractère lucratif de l'activité demeure.

(b) Insuffisances des « nouvelles » définitions

Si l'on examine la « nouvelle » définition donnée par le BIT en 1993 (BIT 1993), on observe que les critères de légalité et de taille demeurent au centre de l'approche, témoignant du caractère récurrent du problème de mesure pour les organismes internationaux (mesurer permettrait toujours, dans cette optique, de maîtriser quelque peu les activités concernées). Cette définition s'inspire largement des travaux antérieurs du BIT et des expertises internationales. L'objectif premier reste la mesure du phénomène à partir d'une définition opérationnelle, multi-critères, et appuyée sur des critères clairs dans leur définition (légalité ou recensement, taille).¹⁸ Pour l'appréhension des micro-unités de santé, l'approche du BIT ne rend pas plus aisée la compréhension des logiques de ces activités. Finalement la prépondérance du critère réglementaire reste insuffisante pour une approche complète de l'informel sanitaire.

Des travaux menés dans les années 1990 visaient à relativiser le critère réglementaire (Morrisson et *alii*, 1994, Morrisson et Mead, 1996). Bien qu'intéressantes dans leur tentative de décroisement statistique de l'informel, ces approches restent également insuffisantes pour appréhender la complexité des micro-activités sanitaires. En particulier, les auteurs considèrent que le niveau élevé de qualification reste une attribution de l'économie formelle. Il est même un critère qui distingue les micro-entreprises du secteur informel de celles du secteur formel.

Le critère de capital humain suffit-il à faire des micro-unités de santé un secteur formel ? On peut penser que les approches évoquées trouvent ici leurs limites. En effet les micro-unités de santé, quoique caractérisées par un niveau élevé de capital humain, présentent clairement certaines caractéristiques d'informalité auxquelles Morrisson et ses co-auteurs reconnaissent une certaine pertinence : informalité juridique partielle et faible taille. En outre le critère du capital humain est paradoxalement peu justifié. Le niveau de formation est-il encore un indicateur adapté pour étudier les activités informelles à partir des années 1990 ? L'analyse néglige à ce titre les effets des plans d'ajustement qui ont incité les diplômés à se tourner vers des activités informelles, et donc remodelé l'économie informelle en y introduisant des catégories d'actifs qui remettent en cause certains critères.

(c) Intégrer le rôle de l'environnement social

J'ai privilégié des approches plus « souples » de l'informalité, tentant de dépasser le découpage sectoriel traditionnel et intégrant le rôle de l'environnement social dans l'activité informelle. L'intérêt d'une telle démarche est de situer l'informel dans ses

¹⁸ Charmes (1998) va également dans le sens de cette appréciation de la nouvelle définition du BIT (p. 6).

liens avec le formel, mais également de l'envisager dans son contexte social, notamment les liens qu'entretiennent les unités informelles avec leur environnement familial.

Lautier (1994) se fait l'écho d'un certain nombre d'auteurs qui réfutent la séparation entre secteur formel et secteur informel. Il souligne que cette position méthodologique « sectorialiste » revient à séparer deux secteurs qui en réalité sont inséparables, et qu'elle suppose en outre une unité au sein du secteur informel, unité bien difficile à trouver dans les faits. La démarche pertinente serait plutôt de souligner le caractère mixte des activités. Certaines sont plutôt à dominante formelle, d'autres plutôt à dominante informelle. Si l'informel est difficile à délimiter, cela n'empêche pas d'en pouvoir interpréter le fonctionnement en se penchant sur les relations qu'il entretient avec les activités formelles. Ce sont ces relations qui précisément amènent à définir l'informel en fonction de son environnement et non comme un secteur à part entière.

J'ai proposé d'appliquer cette approche aux micro-unités de santé, en retenant une grille en termes d'activités « à dominante » formelle ou informelle (tableau 1).

Tableau 1 : Dominante formelle et informelle des micro-unités de santé

Dominante formelle des micro-unités de santé	Dominante informelle des micro-unités de santé
<ul style="list-style-type: none"> - Rattachement à un Ordre professionnel (ordre des médecins...) - Diplôme - Utilisation de matériel « standardisé » et de méthodes biomédicales - Activité dépendante de l'activité formelle (en hôpitaux, cliniques) - Faible marginalité du dirigeant de l'unité 	<ul style="list-style-type: none"> - Légalisation limitée de l'activité (unités non déclarées, unités en attente de déclaration) / absence d'entraves institutionnelles - Respect variable et/ou partiel de la réglementation (titres, hygiène, normes de qualité...) - Standardisation relativement élevée des moyens mais faible du résultat - Petite taille - Faible accès aux capitaux

Tiré de [7]

Il apparaît que l'activité des micro-unités peut difficilement être séparée de l'activité formelle des prestataires. Les signaux affichés par les prestataires (diplômes, Ordre professionnel), les techniques sur lesquelles se fonde leur pratique (biomédecine), la répartition du temps pour certains entre l'activité officielle (salariés, chefs de clinique...) et l'activité en micro-unité, toutes ces modalités de fonctionnement reposent sur des liens étroits entre le formel et l'informel.

Si l'on ne peut pas séparer le formel et l'informel, c'est donc précisément du fait des relations qui unissent les deux secteurs et permettent de caractériser le fonctionnement des micro-unités. Dans le contexte plus précis du Bénin, une approche en termes d'activités à dominante formelle ou informelle peut donc bien être rapprochée de la

notion *d'informalisation de l'économie*. L'informalisation de l'économie béninoise se traduit par l'existence d'activités ou de pratiques informelles dans tous les secteurs d'activités. Cela se manifeste soit par des comportements individuels de diversification des activités ou des actifs (pluri-activité des fonctionnaires, non déclaration de certaines activités), soit par des stratégies de contournement de la part des firmes (déclaration partielle des salariés, enregistrement différencié selon les intérêts retirés et les contraintes institutionnelles : syndicats professionnels, registre du commerce, impôts...).

L'informalisation de l'économie a fortement marqué le système de santé, avec le développement des officines privées (médicaments et médecine ambulatoire), le recours fréquent à une offre de soins traditionnelle (« tradi-praticiens ») ou individuelle (auto-médication). Cela signifie que les *micro-unités peuvent être considérées comme des activités à dominante informelle, dans un système qui s'est informalisé*, mais qu'elles appartiennent à un domaine plus large, celui des stratégies individuelles de l'offre et de la demande de santé dans un contexte de fortes contraintes économiques et sociales. Ces stratégies combinent des activités à dominante formelle et à dominante informelle, les unes et les autres ne pouvant être étudiées séparément. Cette caractéristique mixte du micro-marché de la santé contribuera à expliquer les relations asymétriques entre l'offre et la demande.

2.3. Les problèmes informationnels dans les relations offre-demande¹⁹

Les développements présentés plus haut s'intéressent principalement à l'offre de santé informelle. Comme dans la plupart des analyses de l'économie informelle, l'accent a peu été mis sur la demande adressée à ces prestataires. Or l'offre de santé est complexe et son résultat dépend également des liens qu'elle entretient avec la demande. L'importance des liens entre la demande et l'offre de santé sur ce segment peut être abordée en centrant l'analyse sur les problèmes d'information de la demande liés au caractère sophistiqué (« haut de gamme ») des services de santé par rapport aux activités informelles « de base ». C'était l'objet de la thèse et la première étape d'une recherche ultérieure sur la demande de santé.

J'ai focalisé l'analyse sur ce qui est apparu comme une caractéristique essentielle des micro-unités sanitaires, à savoir le niveau élevé de capital humain. Cette caractéristique est une source importante des relations asymétriques entre l'offre et la demande. Le problème de l'asymétrie informationnelle a été appliqué à l'économie de la santé à partir des années 1980 (sur la base des écrits précurseurs des années 1960 et 1970, notamment Arrow en 1963), dans le cadre des pays industrialisés. J'ai recouru à cette approche en termes d'asymétrie afin de souligner l'intérêt pour les micro-unités du positionnement sur le segment informel.

Deux aspects ont été distingués : d'abord les causes, sur ce marché, de l'asymétrie d'information au détriment des patients (2.3.1) ; ensuite la marge de manœuvre que ces asymétries offrent aux prestataires (2.3.2).

2.3.1 L'information asymétrique et la différenciation horizontale des micro-unités

Deux caractéristiques du marché favorisent les asymétries informationnelles entre l'offre et la demande : l'absence de transparence et la différenciation des produits.

(a) L'absence de transparence du marché

L'absence de transparence sur le marché des micro-unités touche à la fois au produit, aux prestataires, et aux relations entre le médecin et son patient. Les activités « informelles » sont en effet, par nature, difficiles à répertorier, identifier et quantifier. S'ajoute à cette première difficulté la nature même de l'activité médicale, dont les économistes de la santé ont souligné dans le contexte occidental le caractère particulièrement complexe.

¹⁹ Thèse (chapitre 4), [2], [3], [7] et [A].

Sur le marché des micro-unités, la faible transparence est ainsi renforcée par des traits spécifiques au secteur informel :

- Les critères de tarification de l'acte médical sont laissés à l'initiative du prestataire.
- Les médicaments constituent l'un des facteurs de production essentiels de l'activité médicale. Or l'approvisionnement des micro-unités s'effectue largement en dehors des circuits officiels (Kaddar 1995).
- La qualité et la nature du service ne sont pas contrôlées. Dans le contexte occidental, Batifoulier (1990, 1992) a identifié les outils qui régissent clairement les relations entre le médecin et le patient : type d'acte médical (consultation, acte de chirurgie...), « métier » (titre et fonction du praticien), normalisation (réglementation des médicaments, classification des établissements, certifications techniques...). Ces critères institutionnels sont utilisés avec beaucoup plus de liberté dans le cas des micro-unités de santé, notamment du point de vue de la normalisation. Il en résulte une information particulièrement coûteuse et des asymétries informationnelles fortes entre les micro-unités et les autres acteurs. Cette asymétrie touche d'une part les demandeurs de soins, d'autre part les Pouvoirs publics eux-mêmes qui réglementent et contrôlent peu ce secteur.

(b) La différenciation des produits

La différenciation des produits renforce la faible transparence du marché. L'hétérogénéité des services offerts peut ainsi s'appréhender en distinguant la différenciation verticale et la différenciation horizontale.

Une différenciation verticale ou horizontale ?

La différenciation verticale désigne une situation dans laquelle tous les consommateurs reconnaissent une hiérarchie des produits en termes de qualité. Si les biens ou services considérés sont vendus au même prix, tous préféreront donc, en fonction de cet ordre de classement, se procurer certains produits plutôt que d'autres (*cf.* Tirole 1988). Sur le terrain béninois, cette hiérarchie signifie qu'à prix égaux, le secteur privé officiel, beaucoup plus prestigieux, serait privilégié par les demandeurs au détriment des unités publiques, et probablement des micro-unités. Or, c'est précisément le poids de la variable de prix dans les contraintes des agents qui empêche un grand nombre d'entre eux d'accéder aux prestations considérées comme les plus qualitatives. En ce sens, le marché des petites unités semble répondre à une hypothèse de différenciation verticale déjà explicitée dans un cadre plus général par les analyses qui ont abordé ces questions : dans une situation de disparité des revenus (qui dans notre cas caractérise la demande de santé), les catégories à revenus élevés seront prêtes à se

procurer le produit de luxe (assorti d'un prix élevé), alors que les couches modestes préféreront acquérir les biens et services plus courants (et moins onéreux).

Cependant l'idée d'une différenciation verticale ne permet d'expliquer que partiellement la nature des produits sanitaires. La demande de micro-prestations montre certes des régularités et des préférences (ou des contraintes). Mais cela ne peut aboutir à une classification stricte des préférences de la demande, et une hiérarchisation des produits selon des critères uniquement objectifs. En effet des variables subjectives de choix ainsi que la difficulté à évaluer le produit nécessitent une approche en termes de différenciation horizontale. Ce second critère de différenciation, parce qu'il repose sur l'hypothèse de produits non objectivement hiérarchisables, et de préférences différenciées selon les consommateurs, permet de prendre en compte la forte hétérogénéité du marché sanitaire.

Ainsi le recours aux petits prestataires urbains repose sur des facteurs de choix relatifs à la nature spécifique de chaque prestation, à la proximité de celle-ci, ou encore à l'accueil et aux relations entre praticien et utilisateurs [3]. Pour l'ensemble de ces facteurs, les préférences subjectives tiennent une place non exclusive mais déterminante dans le choix du prestataire. Les produits, même s'ils peuvent être regroupés en catégories relativement homogènes en fonction de certains critères (soins de base, petite taille, activité non répertoriée, coûts limités), se différencient par la distance à parcourir jusqu'aux diverses unités. Ainsi non seulement les choix en faveur des micro-unités peuvent être favorisés compte tenu de leur proximité, mais il peut exister une concurrence entre celles-ci en fonction de la distance que les demandeurs ont à parcourir.

Les caractéristiques du produit constituent un autre facteur important de différenciation horizontale. Les demandeurs choisissent leur prestataire en fonction de leurs préférences personnelles sur des aspects aussi divers que :

- le caractère plus ou moins élémentaire des prestations (le médecin pratique principalement la consultation et l'injection, ou au contraire plutôt des actes chirurgicaux) ;
- l'importance à leurs yeux de la dimension symbolique de la maladie ;
- les qualités individuelles du soignant, par exemple en termes de communication ou de confiance inspirée.

Une différenciation durable

Malgré l'existence de caractéristiques communes aux micro-unités, la prédominance de produits à caractéristiques multiples favorise la différenciation des stratégies des offreurs en fonction de leurs contraintes individuelles. Rien ne garantit donc

l'homogénéisation des produits, qui aboutirait à une offre standardisée. Au contraire, la différenciation tend à persister au-delà des caractéristiques communes.

En conséquence, et comme le soulignent les analyses de la localisation sous l'hypothèse de prix endogènes, les producteurs sont incités à maintenir une différenciation, afin d'attirer une partie de la clientèle par des caractéristiques spécifiques de leur produit (Gabszewicz et Thisse 1982, Gabszewicz 1994). Une telle différenciation existe entre les micro-unités sanitaires et les autres formes de services sanitaires, mais elle s'observe principalement entre les petits prestataires eux-mêmes, compte tenu de la possibilité pour ces derniers de jouer sur les divers facteurs de production : qualité des produits médicaux, effectifs du personnel du cabinet, matériel utilisé, mais également relations avec le (et suivi du) patient.

Ainsi, l'indétermination *a priori* du lieu d'installation et du degré de différenciation de chaque unité par rapport aux autres constitue un trait essentiel du marché. La méconnaissance du marché liée à l'hétérogénéité des produits s'en trouve renforcée. Une telle différenciation favorise donc le développement des asymétries informationnelles entre l'offre et la demande de santé puisque, si le prestataire connaît la prestation qu'il propose, il n'en est pas de même de l'utilisateur, confronté à la diversité des produits. Ceci pose la question des stratégies d'offre potentielles face à la différenciation, que j'ai abordée à travers les problèmes de sélection adverse et de risque moral.

2.3.2. Sélection adverse et risque moral

La notion de sélection adverse sous-tend des relations de type principal-agent entre offre et demande. Une telle grille de lecture ne peut prendre en compte tous les aspects de la relation médicale dans l'informel sanitaire, elle se focalise sur un angle de vue, celui du « contrat » (implicite ici) entre l'offre et la demande et des difficultés que ce dernier peut poser dans l'atteinte du résultat escompté. Cette limitation de la portée de l'approche étant admise (en particulier la nécessité de la resituer dans les logiques complexes de l'informel de santé -*cf. supra* 2.2- et des comportements de demande -*cf. infra* 3), le modèle principal-agent m'a permis de souligner l'importance des asymétries informationnelles et de leur impact sur les comportements des prestataires en termes de sélection adverse et de risque moral.

(a) Relation d'agence et sélection adverse

On peut poser que l'utilisateur (ou demande de santé) joue le rôle du principal, et délègue à l'agent (le prestataire) le soin de répondre à sa demande. Compte tenu des asymétries d'informations rencontrées sur ce marché, l'apparition de phénomènes d'antisélection (Akerlof 1970) s'y avère probable. Dans le cadre sanitaire des pays industrialisés, les études de la relation d'agence (Béjean et Gadreau 1992, Béjean 1994)

ont montré que dans le cas des services médicaux ambulatoires, c'est le médecin qui « est détenteur de l'information sur la qualité des services qu'il produit, c'est-à-dire sur leur adéquation aux besoins du patient, tels que lui, médecin, les appréhende »²⁰. Les facteurs favorables aux comportements stratégiques des producteurs sont nombreux dans le cas béninois, au regard précisément des asymétries d'informations soulignées précédemment. La faiblesse du contrôle institutionnel vis-à-vis des petites unités sanitaires vient ici renforcer les possibilités de manipulation par rapport au contexte des pays industrialisés. En l'absence d'un contrôle strict des qualifications, comme c'est le cas pour les micro-unités, les comportements d'antisélection se trouvent particulièrement favorisés.

Il existe une incitation des producteurs à se porter vers le marché non réglementé, où les exigences des patients seront probablement moindres. Les facilités rencontrées par les prestataires (absence de contrôle, coûts de production faibles) peuvent donc favoriser la spécialisation vers des produits de qualité douteuse. Le coût relativement modéré des services ainsi offerts trouve alors sa contrepartie dans la méconnaissance de la qualité du service, alors que les catégories plus aisées sont disposées à payer plus cher pour des prestations mieux contrôlées (cliniques et cabinets médicaux répertoriés).

Une importante caractéristique du marché réside dans la poursuite de l'échange malgré les risques qualitatifs encourus par la demande. Les phénomènes d'antisélection n'empêchent pas l'échange sur le marché, ce que j'ai expliqué à la lueur des contraintes subies tant par l'offre que par la demande. Du côté de l'offre, les difficultés rencontrées par les petits prestataires depuis l'interruption du recrutement dans la fonction publique expliquent que ceux-ci trouvent sur le segment privé un débouché qu'ils n'obtiendraient pas ailleurs. L'absence d'échange reviendrait donc pour eux à renoncer aux revenus issus de leur activité parallèle. Du côté de la demande, la persistance de prestations peu contrôlables en termes de qualité reste possible tant que les demandeurs considèrent la santé comme un bien de première nécessité. Ainsi, la vulnérabilité sanitaire de certains individus, associée à l'absence d'alternative pour les catégories modestes (ils ne peuvent s'adresser aux services officiels pour des raisons financières), constitue une explication de la réalisation d'échanges malgré les doutes sur la qualité des produits. L'accès aux petites prestations devient une condition de survie pour les populations les plus pauvres. L'automédication elle-même, à laquelle la population recourt largement, ne peut pas toujours remplacer la consultation du praticien.²¹

²⁰ Cette analyse aboutit également à l'hypothèse d'une relation de hasard moral, abordée plus loin.

²¹ A cet égard il convient de souligner les limites de la capacité des demandeurs à « voter par les pieds », c'est-à-dire à choisir de consulter un autre prestataire. Dans le contexte occidental, Rochaix (1989) a souligné à juste titre la « menace » envers l'offre, qui obligerait cette dernière à rechercher la satisfaction des usagers. Mais la difficulté pour la demande à accéder à d'autres catégories de services, le caractère « providentiel » des micro-unités pour les populations modestes, enfin l'importance quantitative de la demande adressée à ces prestataires, limitent les moyens dont la demande dispose pour contrôler la

(b) Risque moral et lacunes des contre stratégies de demande.

Le phénomène de risque moral a été abordé dans le cadre sanitaire par Arrow (1963), et rattaché à une asymétrie particulière d'information : le principal peut observer le résultat de l'action, mais pas l'effort fourni par l'agent.

Le problème de l'effort du prestataire.

Dans le cas des micro-unités, la relation entre offre et demande présente la particularité importante de contenir simultanément les deux formes possibles de risque moral, qui tendent à se combiner pour rendre les manipulations d'information particulièrement aisées de la part des fournisseurs de soins.

La relation entre utilisateur et praticien peut d'abord se caractériser par l'impossibilité pour le premier d'observer l'effort fourni par le second, même si l'on sait quel traitement est approprié pour la maladie. Cette situation s'avère largement concevable compte tenu du caractère nébuleux des producteurs, et de la rente d'information qu'ils détiennent sur leurs propres caractéristiques. En particulier, elle peut s'appliquer aux affections les plus courantes, pour lesquelles le traitement est partiellement ou parfaitement connu par le patient, même si celui-ci doit faire appel à un médecin pour le réaliser.

La relation peut ensuite reposer sur le caractère certes observable de l'effort, mais associé à la difficulté d'estimer son caractère approprié face à l'état du patient. Ici, la capacité des demandeurs à évaluer la pertinence du traitement se trouve généralement limitée par des facteurs culturels et sociaux défavorables : analphabétisme, faible accès à l'éducation. Même si les micro-unités dispensent des soins relativement simples, il est alors difficile pour les patients de mesurer la pertinence de la décision médicale.

Les lacunes des contre stratégies

J'ai proposé de grouper en deux catégories les stratégies de demande qui viseraient à réduire le risque moral. D'une part, la demande peut exercer une pression sur l'offre afin que celle-ci se trouve contrainte à proposer des produits de qualité. D'autre part, les utilisateurs ont la possibilité d'investir dans l'acquisition d'informations afin d'évaluer la pertinence de l'effort mené par l'offre.

Prime de qualité et contrôle de l'offre

La notion de « prime de qualité » (Klein et Leffler 1981, Shapiro 1982) exprime le bénéfice obtenu par l'offreur lorsqu'il propose un produit de bonne qualité. Ainsi, à supposer que le prestataire puisse modifier le niveau de qualité dans le temps, et que les demandeurs puissent interrompre leurs achats s'ils estiment ce niveau trop faible, alors l'offre sera incitée à proposer une qualité élevée si cela lui permet de dégager un gain supérieur aux économies obtenues par un niveau qualitatif plus faible. Dans ces conditions, en effet, une baisse ou une interruption des achats sera défavorable aux producteurs. En réalité, les micro-unités ne subissent que partiellement ce risque d'être exclues des échanges. Certes, les demandeurs peuvent s'adresser à une autre unité s'ils ne sont pas satisfaits de la qualité fournie par leur praticien. Mais deux raisons viennent nuancer la possibilité pour les patients d'exercer un tel contrôle. En premier lieu, les contraintes de la demande limitent leur pouvoir de pression, comme nous l'avons vu dans le cas de la sélection adverse. En second lieu, c'est la possibilité pour la demande d'évaluer le risque lui-même qui peut être en cause. Les facteurs favorables à une sous-évaluation du risque se trouvent elles-mêmes liés aux contraintes rencontrées par la demande : faible alphabétisation, information limitée malgré les programmes publics de sensibilisation... en conséquence, le contrôle de qualité par la demande se trouve singulièrement réduit.

Finalement, la demande peut-elle utiliser le caractère dynamique et contestable du marché pour contraindre suffisamment l'offre ? L'ouverture du secteur à l'arrivée de nouvelles unités favorise-t-elle une éventuelle pression émanant des utilisateurs ? Les éléments précédents, sans exclure toute possibilité de contrôle, soulignent néanmoins des limites importantes dans la capacité des achats répétés à rendre le marché fiable d'un point de vue qualitatif. De même convient-il de relativiser fortement l'argument selon lequel la jeunesse du développement des petites prestations biomédicales, qui contribue à rendre prédominante la nébulosité du marché, ferait place à une expérience des demandeurs suffisante pour contrecarrer toutes les stratégies de l'offre. Il semble abusif de penser que le temps favorisera la sélection des offreurs les plus fiables par élimination progressive des plus opportunistes. La demande apparaît structurellement contrainte et menacée à long terme et les régulations spontanées ne garantissent en rien l'amélioration progressive de la qualité des prestations.

Acquisition d'information et apprentissage

Une deuxième stratégie est possible à travers la répétition des échanges, qui favorise un phénomène d'apprentissage dont peuvent bénéficier les demandeurs. L'apprentissage des caractéristiques de l'offre est utile à la demande car il permet non seulement de sélectionner les prestataires, mais également de mieux s'adapter aux variations conjoncturelles du marché (la demande sera plus apte à réagir face à une variation des

prix, des coûts ou de ses revenus si elle connaît mieux les contraintes et les choix de l'offre).

Cependant, la particularité du micro-marché par rapport aux services officiels réside dans l'absence de normes institutionnelles (*cf.* 2.3.1.a : diplômes, spécialités, normalisation). La recherche de la meilleure qualité ne peut donc se fonder que sur des signaux imparfaits, voire des perceptions subjectives du service offert.

Devant ces limites de l'apprentissage, on peut se demander si le client dispose des moyens de se « réapproprier l'information », pour reprendre l'expression de Béjean et Gadreau (1992). Malgré la capacité des demandeurs à exercer des choix cohérents, le rattrapage du déficit d'information semble difficile. Le coût de recherche d'information est élevé dans un contexte d'asymétries d'information exacerbées, et compte tenu du temps, des moyens, de la marge de manœuvre dont les demandeurs disposent. La rente détenue par les offreurs a dans ces conditions toutes les chances de persister.

2.3.3. Des limites internes au pouvoir discrétionnaire des micro-unités

Au cours de la thèse, les dimensions éthiques de la pratique médicale n'ont pas été abordées (*cf.* thèse, conclusion). Le tableau plutôt sombre dressé dans la thèse, sur les effets pervers du micro-marché en termes de qualité des soins, a cependant été nuancé [7] en soulignant quelques limites au pouvoir discrétionnaire des micro-unités de santé. Si ces nuances n'enlèvent rien à l'acuité des problèmes d'information, elles permettent cependant de relativiser l'idée d'une généralisation de pratiques médicales allant à l'encontre de l'intérêt des patients.

Les activités des micro-prestataires se caractérisent par une marge de manœuvre qui résulte des contraintes de la demande mais également du caractère incontournable des services offerts. Néanmoins, quelles que soient les libertés prises par rapport à la réglementation, la profession médicale possède ses modes de contrôle internes à travers notamment les codes déontologiques professionnels et l'éthique médicale. Les micro-prestataires dérogent d'autant moins à la règle que la réputation constitue un signal couramment utilisé dans les sociétés africaines. La marge de manœuvre importante des micro-unités n'aboutit donc pas à une pratique cynique et purement lucrative de l'activité. Elle ne donne pas toute liberté d'action aux prestataires, mais leur confère cependant un certain pouvoir qui les distingue des activités informelles dites traditionnelles, particulièrement dépendantes des entreprises officielles et du caractère instable de la demande.

2.4. Les difficultés de régulation, prémisses à l'étude des problèmes de révélation de la demande.²²

Au Bénin comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'Etat postcolonial s'est traditionnellement attribué un rôle important dans les stratégies de développement de la santé. Les effets pervers des plans d'ajustement structurel sur le développement social et humain, la prolifération d'unités marchandes certes providentielles, mais risquées du point de vue de la qualité, rendent nécessaire de redéfinir la place de l'Etat au sein des systèmes et stratégies nationales de santé. C'est sur cette réflexion que voulait s'achever mon travail de thèse, dans une perspective volontairement tournée vers la demande de santé, ses contraintes, ses choix et les risques encourus par celle-ci.

Il convenait préalablement de s'interroger sur la justification d'une intervention publique selon les tenants d'une approche par les incitations, puisque ce cadre est le prolongement des relations d'agence.²³ On trouve chez Tirole (1988 p 225), dans un cadre plus général que les services de santé mais applicable au présent terrain d'étude, l'idée que le gouvernement « *peut être confronté aux mêmes difficultés informationnelles que les consommateurs* ». Néanmoins, l'auteur reconnaît que dans certaines conditions, l'intervention devient souhaitable : information imparfaite, existence de coûts de transaction qui rendent les contrats incomplets, mauvaises perceptions des consommateurs. Dans le cas des micro-unités, non seulement les asymétries informationnelles favorisent les comportements stratégiques d'offre, mais les usagers ne sont pas forcément conscients du risque de qualité. Vues sous l'angle de la sélection adverse et du risque moral, ces conclusions permettent d'avancer que des relations contractuelles directes entre l'offre et la demande sont qualitativement insatisfaisantes et qu'il y aurait une place pour l'intervention publique.

La particularité du domaine sanitaire à cet égard est que les demandeurs ne courent pas seulement le risque de réaliser des transactions insatisfaisantes, mais également celui de voir leur condition sanitaire, donc leur capacité de choix, se dégrader suite à une prestation de faible qualité. En conséquence, on se trouve *a priori* dans une situation qui appelle tout particulièrement une intervention publique. Cependant le fait de considérer des unités non répertoriées rend plus ardue l'analyse des conditions d'efficacité d'une réglementation. En effet les tentatives de « formaliser l'informel »

²² Voir thèse (chapitre 6), [7] et [A].

²³ Comme je l'ai indiqué plus haut, les approches incitatives, et plus généralement contractuelles, ont été utilisées dans mes travaux comme un simple outil d'interprétation des relations sur le marché de la santé. Ce choix ne signifie pas que ces approches suffisaient à appréhender les processus et les rapports de force dans le domaine de la relation médicale. La thèse conclut d'ailleurs sur les limites des incitations vis-à-vis de l'informel de santé. C'est pourquoi je me suis ensuite tourné vers un cadre d'analyse intégrant le contexte institutionnel et la dimension éthique de la santé (parties 3 et 4 de ce document).

dans les pays en développement se heurtent à la nature même de ce secteur (nébulosité et difficulté de contrôle externe). La spécificité des prestations sanitaires en termes d'information disponible renforce la difficulté. Le secteur des micro-unités sanitaires semble paradoxalement négligé dans les années 1980-1990, autant dans les discours institutionnels (on privilégie plutôt les petites activités artisanales et commerciales, cf. Attin 1990 et Maldonado 1993) que dans les analyses du secteur privé urbain. Un nouveau champ de recherche sur les petites activités de services dans les pays en développement semblait nécessaire, et tout particulièrement l'étude des modes de réglementation de qualité susceptibles de préserver les dynamiques informelles tout en garantissant un niveau de qualité minimal.

J'ai abordé sous deux angles la difficulté d'une réglementation incitative des micro-unités. *Du point de vue des offreurs* d'abord, j'ai cherché à souligner deux ordres de contraintes : d'une part, le problème de la définition d'une norme de qualité, particulièrement complexe dans le cas des services de santé, à plus forte raison sur un terrain non contrôlé; d'autre part, la question du montant de la subvention, qui peut jouer sur les contre-stratégies des prestataires face à la réglementation. *Du point de vue des demandeurs* ensuite, je voulais mettre en évidence les limites d'une approche incitative qui négligerait le rôle des patients et bloquerait ainsi la révélation de la demande de santé. Les interrogations sur le côté « demande » étaient finalement le résultat de l'analyse du côté « offre », celle-ci montrant les effets ambigus d'une intervention qui chercherait à contractualiser les relations Etat-offre-demande. Cet aspect constitue un fil conducteur central de mes travaux, à savoir le retour constant à des préoccupations du côté de la demande.

Je présente maintenant les résultats de la recherche du point de vue des incitations sur l'offre.²⁴ Les implications pour la demande seront abordées dans la troisième partie. Deux limites aux incitations ont été soulignées : d'une part le problème d'évaluation de la qualité, d'autre part les contre stratégies possibles des prestataires.

2.4.1. Une première limite : les critères évaluable de la qualité

Pour des prestations de qualité douteuse et dans un contexte sanitaire précaire, une petite amélioration de la qualité peut accroître l'efficacité des soins de façon significative. L'intervention publique peut être justifiée à ce titre. Mais une incitation publique en termes de qualité nécessite de définir une norme à atteindre. Dans le cas des services de santé, la complexité du produit rend cette tâche ardue. Il est néanmoins

²⁴ Les conclusions présentées ici résultent d'une modélisation de la réglementation de la qualité sous la forme d'une procédure incitative (**thèse chapitre 6**). Cette modélisation reprend et adapte le modèle de normalisation de qualité de Leland (Leland 1979).

possible d'opérer une distinction entre deux types de variables jouant sur la qualité du service²⁵ :

- D'une part, des caractéristiques propres au prestataire lui-même où aux facteurs de production utilisés. Par exemple le diplôme, éventuellement la spécialité, sont gages de la compétence du praticien. De même, certains facteurs tangibles, tels que l'état du local ou la présence et la propreté du matériel, participent à l'évaluation de la qualité, en particulier pour des soins de base qui nécessitent un équipement médical relativement simple. J'ai qualifié cette première catégorie de ***variables de qualité du produit***.
- D'autre part, on peut identifier des variables de comportement du prestataire. Ainsi la sensibilité aux attentes du patient, la communication d'informations, la confiance inspirée jouent sur la qualité du service médical au sens large. J'ai qualifié cette seconde catégorie de ***variables de comportement du prestataire***.

J'ai ensuite exprimé ces deux ensembles de facteurs de qualité dans une problématique d'incitation. En effet, il apparaît que les variables de qualité du produit (première catégorie) se rattachent plutôt aux problèmes de sélection adverse, dans la mesure où elles touchent à la question du « mensonge de l'agent » (le prestataire) sur les caractéristiques du produit lui-même. Les variables de comportement du praticien (seconde catégorie) concernent quant à elles le risque moral, qui est par définition l'action cachée du prestataire.

Compte tenu de la difficulté particulière à évaluer le deuxième groupe de facteurs de qualité, il s'avère qu'une intervention publique devra principalement limiter son champ de réglementation à certaines variables, en particulier les plus tangibles d'entre elles. La normalisation des services sanitaires dans les pays industrialisés repose ainsi largement sur une codification des actes en fonction des facteurs de production tangibles, y compris le diplôme du prestataire (Batifoulier 1990, 1992). Dans le cas des micro-unités béninoises, la difficulté d'évaluation des facteurs intangibles rendrait encore plus ardue leur prise en compte explicite dans une normalisation publique. La norme sur laquelle peut se fonder une réglementation qualitative des micro-unités se réduit donc *a priori* aux seules critères tangibles de l'activité médicale, en particulier la nature de la compétence (diplôme) et l'équipement utilisé. Sont ainsi laissées de côté les stratégies de risque moral.

²⁵ Cette distinction résulte d'une réflexion menée sur la base des travaux de J. Gadrey (1986, 1991) ainsi que Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985).

2.4.2. Le problème des contre-stratégies des prestataires

Une fois définis les critères d'évaluation de la qualité, l'instauration d'une norme publique de qualité des micro-unités nécessite une incitation qui peut être financière. En effet la faiblesse des moyens dont disposent les unités empêcherait celles-ci d'atteindre la norme si la réglementation ne s'accompagnait pas d'une subvention publique, sous quelque forme que ce soit. De plus la réglementation de qualité peut entraîner un accroissement des coûts subis par les producteurs, proportionnel à l'écart entre leur situation qualitative initiale et la règle fixée par l'agent central. On peut donc supposer que cette réglementation ne sera pas incitative, contrairement aux effets attendus, si la subvention allouée aux prestataires par l'agent central ne fait que compenser les coûts engendrés par la mise aux normes. Ainsi le calcul du montant des transferts publics aux offreurs détermine l'efficacité de l'incitation sur les comportements des offreurs.

Dans ces conditions, l'efficacité de la règle dépendra de la possibilité ou non pour les micro-unités de dégager un surplus après la perception de la subvention. Ce surplus peut résulter de l'augmentation de la demande suite à l'amélioration de la qualité des services. Mais un tel résultat ne présente pas de caractère automatique dans un contexte socioéconomique précaire. En supposant que la demande reste stable, le montant de la subvention doit être suffisamment élevé pour dépasser les coûts de la mise aux normes.²⁶ Le coût de la mise aux normes influe donc directement sur l'efficacité d'une intervention publique. Deux cas peuvent être distingués à cet égard : celui d'une subvention fixe et celui d'une subvention modulée en fonction des unités de soin.

(a) Cas de la subvention fixe

Dans un premier cas, si la valeur estimée du coût subi par les micro-unités est la même quel que soit le cabinet considéré, alors chacun ne se trouve pas incité à l'identique. En effet, puisque la subvention versée est invariable en fonction de la qualité initiale du service, on peut assister à un effet de sélection au détriment des cabinets les plus modestes et/ou initialement les plus éloignés de la norme, sauf à définir un montant de subvention élevé qui permette de prendre en compte les unités les moins qualitatives. A défaut, celles-ci devront fournir un plus grand effort pour atteindre le même niveau de qualité. Mais retenir une compensation de coût élevée engendre des pertes potentielles

²⁶ On retrouve une question similaire dans un cadre fort différent, celui de l'Angleterre des années 1980, avec la mise en oeuvre dans ce pays de « quasi-marchés » de la santé (Le grand 1991, Maynard 1991). Certes, le système anglais de « quasi-marchés » se distingue nettement du contexte béninois. Les micro-unités béninoises présentent un caractère marchand et concurrentiel qui les place en dehors des mouvements de restructuration des services publics. On ne se trouve pas dans la situation décrite par Le Grand et présentée dans les modèles incitatifs habituels : celle d'une mise en concurrence d'offeurs jusque là protégés (entreprises publiques, secteurs d'Etat). Malgré cette différence essentielle, on peut néanmoins souligner un point commun entre les deux phénomènes, qui réside dans le problème des coûts engendrés par une intervention publique fondée sur une participation financière.

importantes pour l'agent central, puisque des prestataires se trouvant juste en dessous de la norme seront dédommagés du même montant que les autres unités. Le mécanisme peut alors éloigner encore plus le marché d'une situation jugée optimale qu'en l'absence d'incitations.

A cette inégalité des prestataires devant la subvention s'ajoute la question des réactions des offreurs dans le temps. A supposer que les coûts de mise aux normes puissent être évalués, les prestataires ne jugeront pas forcément de leur intérêt d'améliorer la qualité, comme le suggère l'idée d'un « ratchet effect » (effet cliquet) tel qu'il a été étudié par Weitzman (1980) dans le cas d'incitations portant sur les quantités produites. L'auteur souligne que si le producteur répond à l'incitation en réduisant sa production (objectif recherché par le principal), il peut être à terme pénalisé car les Pouvoirs publics adopteront par la suite des critères de sanction encore plus restrictifs. Le producteur peut être alors incité à adopter un comportement contraire à (ou différent de) l'objectif des Pouvoirs publics. Dans le cas cette fois d'une régulation qualitative des micro-unités, l'application du « ratchet effect » peut s'analyser selon deux effets. Soit les prestataires craignent que l'agent central, face à l'accroissement général de la qualité, augmente à terme le niveau de la norme, auquel cas ils devront s'adapter à ces nouvelles exigences. Soit les producteurs anticipent une baisse de la subvention, puisque l'atteinte de la norme est d'autant moins coûteuse que l'on en est initialement proche. Finalement, l'introduction de la dynamique dans le comportement des prestataires montre que l'incitation ne peut être efficace que si elle intègre les réactions de ceux-ci dans le temps.

(b) Cas de la subvention modulée

Dans un deuxième cas, on peut envisager la possibilité de moduler l'évaluation du coût de mise aux normes en fonction de chaque unité. On se heurterait alors aux difficultés que le législateur rencontre à évaluer la qualité initiale autant que les coûts de production, du fait de la nébulosité qui touche les micro-unités. Une incitation reposerait alors sur un échange d'informations coûteux entre le principal et chaque prestataire candidat à la subvention. Cet échange pourrait, en outre, donner lieu à des manipulations d'information de la part de l'agent, qui rejoignent les problèmes posés par les tentatives de structuration du secteur informel face à la rente d'information dont les petits producteurs bénéficient. Interprétée à travers une relation incitative sur la qualité, cette difficulté montre encore une fois que les relations entre l'Etat et les micro-unités se tissent autour des asymétries.

Finalement, l'intervention publique, à moins d'être omnisciente sur les caractéristiques des micro-prestataires, peut être amenée à se reporter sur une compensation de coûts forfaitaire, telle que nous l'avons présentée dans le premier cas abordé. Dans ces conditions, si les Pouvoirs publics ne veulent pas subventionner les

prestataires proches de la norme au-delà de leurs besoins, ils se voient contraints de fonder la subvention sur une compensation des coûts qui ne soit pas trop élevée, mais alors ils sélectionnent les offreurs, c'est-à-dire empêchent les unités les moins qualitatives d'atteindre la norme.

(c) Les risques d'une sous-segmentation du marché

Pour que les incitations soient efficaces, elles doivent compenser effectivement les coûts subis par l'offre dans l'augmentation de la qualité. Si certaines entreprises voient leurs coûts compensés alors que d'autres non, ces dernières ne seront pas incitées à atteindre la norme. On peut voir se développer un sous-segment moins qualitatif mais moins coûteux, ce qui repose la question des stratégies d'offre en termes de qualité face aux asymétries informationnelles offre-demande. Un sous-segment de moindre qualité peut persister si une partie de la demande préfère l'avantage relatif des prix des unités non normées. Au contraire, le sous-segment tendrait à disparaître si les prix des micro-unités subventionnées s'avéraient suffisamment faibles pour attirer toute la demande. Dans tous les cas, les stratégies d'offre et de demande se combinent pour limiter ou *a contrario* favoriser l'efficacité des mécanismes incitatifs.

Conclusion de la deuxième partie

Les travaux exposés dans cette deuxième partie ont tenté d'examiner les difficultés de régulation du secteur de la santé sous ajustement, dans un contexte de lacunes informationnelles sur le marché et entre le marché et l'Etat. Une conclusion centrale concerne l'acuité et l'omniprésence du problème de révélation de la demande de santé. Si je suis parvenu à cette conclusion, c'est d'abord en soulignant que les interventions sur l'offre ne suffisent pas à solutionner la question de l'accès des populations pauvres aux soins. C'est également parce que, comme j'ai cherché à le montrer, toute intervention sur les structures de soins se heurte à une connaissance très limitée de la rationalité et des stratégies des patients eux-mêmes. Je me suis ensuite penché plus précisément sur ces questions, en construisant un projet plus général de réhabilitation des logiques de demande dans les analyses et les stratégies relatives à la santé.

Bibliographie de la deuxième partie

- AKERLOF G. (1970), « The market of lemons: quality uncertainty and the market mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 84, août.
- ARROW K.J. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 53, n° 5.
- ATTIN S.J. (1990), *Perspective du passage du secteur informel au secteur formel au Bénin (le coût de la légalité)*, BIT, Genève.
- BATIFOULIER Ph. (1990), *Incitations et conventions dans l'allocation des ressources : une application à l'économie de la santé*. Thèse de doctorat, Paris X.
- BATIFOULIER Ph. (1992), « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences Sociales et Santé*, n° 1.
- BEJEAN S. (1994), *Analyse économique des systèmes de santé: du marché à l'organisation*. Economica.
- BEJEAN S., GADREAU M. (1992), « Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'Economie Politique*, mars-avril.
- BENOIST J. (1989), « Médecine traditionnelle et médecine moderne en République Populaire du Bénin », *Ecologie Humaine*, vol. 7, n° 1.
- BICHMANN W., AC GBAGUIDI E., AGBOTON Y., DIESFELD H.J., SIMSHÄUSER U. (1991), « District health systems: users' preferences for services in Benin », *Health Policy and Planning*, n°4.
- BIT (1972), *Employment, incomes and equality: a strategy for increasing production employment in Ghana*, BIT.
- BIT (1993), *Le travail dans le monde*. Genève, 111 p.
- CENTRE REGIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE (CREDESA) (1989), *Rapport final des activités de recherche*. Pahou, Bénin. Décembre.
- CHAUDHURI T.D. (1989), « A theoretical analysis of the informal sector », *World development*, vol.17, n°3, p. 351-355.
- CHARMES J. (1998), « Le secteur informel en Afrique, une croissance qui n'est pas forcément signe de marginalisation », publication électronique <http://mapage.noos.fr.RVD/>, publié dans la revue *ENSAIOS FEE*.
- CZESNIK F., WOLF E. (1992), *Pouvoir d'achat et auto-financement dans le projet bénino-allemand des soins de santé primaires*. Projet bénino-allemand de soins primaires, SVA/GTZ, Cotonou.
- DANSOU F.E. (1988), « Le développement des activités informelles dans un contexte d'ajustement structurel : le cas de la République Populaire du Bénin ». In *Les pratiques juridiques, économiques et sociales informelles*, Actes du colloque de Nouakchott réunis par J.L. LESPEL, 8-11 décembre. PUF.
- DO ANGO-PADONOU F., ONIBON H., YEDOMON H. (1990), « A propos de 203 cas d'automédication observés en consultation dans le service de dermatologie du CNHU de Cotonou », *Afrique médicale*, n° 284.
- DORIER-APPRILL (1995), « Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique noire », *Espace-Populations-Sociétés*, n° 1.
- ELAM II (1993): Suivi des caractéristiques et comportements des groupes vulnérables en situation d'ajustement structurel (1990-1992). Seconde enquête légère auprès des ménages, dans le cadre du projet BEN/87/023: « Planification macro-économique, sectorielle et régionale ». Ministère du plan et de la restructuration économique, Institut national de la statistique et de l'analyse économique, PNUD.
- GABSZEWICZ J. (1994), *La concurrence imparfaite*. La Découverte.
- GABSZEWICZ et THISSE (1982), « Disparité des revenus et différenciation des produits », *Cahiers du Séminaire d'Econométrie*, vol 24.
- GADREY J. (1986), *Productivité et évaluation des services : la construction sociale du produit*. Rapport de recherche pour le Ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, programme "Technologie, emploi, travail". ERMES, Université de Lille 1. Décembre.

- GADREY J. (1991), « Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion », *Politiques et Management public*, vol. 9, n°1, mars.
- HART K. (1973), « Informal income opportunities and urban employment in Ghana », *Journal of Modern African Studies*, vol. 2, n°1, 61-89.
- HUGON Ph. (1980a), « Dualisme sectoriel ou soumission des formes de production au capital : peut-on dépasser le débat ? », *Tiers Monde*, n° 82.
- HUGON Ph. (1980b), « Les petites activités marchandes dans les espaces urbains africains (essai de typologie) », *Tiers Monde*, n° 82.
- JOSSE R., HELYNCK B. (1994), « Expérience béninoise d'un réseau sentinelle de surveillance auprès des praticiens du secteur privé. » Séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire. MSP, Ministère de la coopération. Cotonou, Bénin, 20-22 juin.
- KADDAR M. (1995), Etude du secteur pharmaceutique privé au Bénin. Centre International de l'Enfance, Rapport de mission.
- KLEIN B., LEFFLER K. (1981), « The role of market forces in assuring contractual performance », *Journal of Political Economy*, n° 81.
- LAFFONT J.J. (1993), « A propos de l'émergence de la théorie des incitations », *Revue française de Gestion*, n°96, novembre-décembre, 13-19.
- LAUTIER B. (1994), *L'économie informelle dans le tiers monde*, La Découverte, Paris, 125 p.
- LE GRAND J. (1991), « Quasi markets and social policy », *The economic journal*, sept, pp 1256-1286.
- LELAND H.E. (1979), « Quacks, lemons and licensing : a theory of minimum quality standards », *Journal of Political Economy*, vol 87, n°6, pp 1328-1346.
- MALDONADO C. (1993), « Rompre l'isolement: une expérience d'appui aux petits producteurs urbains du Bénin », *Revue Internationale du Travail*, vol. 132, n° 2.
- MAYNARD A. (1991), « Developing the health care market », *The Economic Journal*, sept.
- MAZUMDAR D. (1976), *The urban informal sector*, BIRD, pp. 655-679.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP) (1993a), Statistiques sanitaires 1992. Service des Etudes de Stratégie et de la Prévision.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP) (1994), Statistiques sanitaires 1993. Service des Etudes de Stratégie et de la Prévision.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP), MINISTERE DE LA COOPERATION FRANCAISE (1994), *Séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire, rapport de synthèse*. Cotonou, Bénin, 20-22 juin.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP), OMS, PNUD (1991), Identification de la perception des problèmes sanitaires par les populations du Bénin. Cotonou.
- MORRISSON CH., MEAD D. (1996), « Pour une nouvelle définition du secteur informel », *Revue d'Economie du Développement*, n°3, 1996, 3-25.
- MORRISSON CH., SOLIGNAC LECOMTE H.B., OUDIN X. (1994), *Micro-entreprises et cadre institutionnel dans les pays en développement*. OCDE, Centre de développement.
- MYERSON R.B. (1979), « Incentive-compatibility and the bargaining problem », *Econometrica*, vol. 47.
- OUIJANO (1974), « The marginal pole of the economy and marginalised labor force », *Economy and Society*, pp. 394-428.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY . L.L. (1985), « A conceptual model of service quality and its implications for future research », *Journal of marketing*, vol. 49, p. 41-50
- RICHARD. J.L. (1995), « Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural », *Espace, Populations, Sociétés*, n° 1, pp. 91-94.
- ROCHAIX L. (1986), *Asymétries informationnelles et comportement médical*. Thèse, Université de Rennes 1.
- ROCHAIX L. (1989), « Information asymmetric and search for physicians services », *Journal of Health Economics*, n° 1.

-
- SETHURAMAN S.V. (1976), « Le secteur urbain non structuré : concept, mesure et action », *Revue Internationale du Travail*, vol. 114, n° 1.
- SHAPIRO C. (1982), « Consumer information, product quality, and seller reputation », *Bell Journal of Economics*, n° 13.
- STEEL (1980), *Intensité de capital, dimension de la firme et choix entre emploi et production : l'importance de l'analyse multisectorielle*. BIRD.
- TIROLE J. (1988), *A theory of industrial organization*. MIT Press.
- VERNIERE M. (1973), « A propos de la marginalité : réflexions illustrées par quelques enquêtes en milieu urbain et suburbain africain », *Cahiers d'Etudes Africaines*, n° 3.
- WEITZMAN M. (1980), « The ratchet principle and performance incentives », *The Bell Journal of Economics*, vol. 7.

3. Révélation de la demande et seuil de santé

3.1. Introduction : point de départ et démarche

3.1.1. Point de départ

Comment les travaux de thèse m'ont-ils amené à la question de la révélation de la demande ? J'ai cherché à montrer que, dans le cas des micro-unités, les contre-stratégies du marché face aux incitations peuvent également venir de la demande. Or, tant sur le plan analytique des incitations que sur celui des interventions publiques, l'accent généralement mis sur l'offre aboutit à négliger le rôle de la demande. Cette dernière est abordée à travers le prisme de l'offre (et, dans les modèles incitatifs, des manipulations d'information opérées par les offreurs). Les incitations sur la demande sont secondaires et ne sont introduites que pour compléter les contrats passés entre le régulateur et les producteurs.

Cette approche centrée sur l'offre est d'autant plus marquée que la demande est difficile à appréhender, comme c'est le cas du domaine sanitaire. A cet égard, le micro-marché sanitaire répond bien à deux caractéristiques - secteur de la santé et activités « informelles »- qui exacerbent les problèmes d'évaluation et de définition du service. De façon plus générale, le manque d'appréhension de la demande concerne également les tentatives d'intervention sur le secteur informel, qui ont connu un certain succès dans les années 1980 et 1990.²⁷

²⁷ A titre d'exemple, en 1988 était lancé au Bénin un programme de consolidation des activités informelles : le Programme d'appui aux petits producteurs urbains d'Afrique francophone (PAPPU), sous l'égide du PNUD et avec la participation du BIT, cherchait à rendre viables les petites entreprises, sous l'hypothèse que celles-ci constituent le ferment inexploité des solutions aux problèmes d'emploi et de stagnation économique. Or il est frappant de constater que de tels programmes n'ont jamais appréhendé la demande que de façon implicite, comme si celle-ci était une donnée, ou au plus une variable indépendante. Le PAPPU centre son action sur les offreurs, avec pour objectif de stimuler la mobilisation des ressources propres (systèmes informels d'épargne et de crédit), les initiatives individuelles, la prise de conscience parmi les petits producteurs de constituer une catégorie susceptible de peser sur l'économie. Les études sur le coût de la légalisation des activités informelles (*cf.* Attin 1990) s'inscrivent bien dans cette optique, puisque les « perspectives du passage du secteur informel au secteur formel » concernent les seuls producteurs, sans considérations sur l'impact au niveau de la demande. Les mesures de « redynamisation » (p 27) préconisées consistaient ainsi à faciliter l'installation des unités (adaptation du code des investissements, octroi de crédits d'installation) et leur fonctionnement (aide à l'approvisionnement en matières premières, aide à la commercialisation, exonérations d'impôts). La présentation de Maldonado (1993), l'un des promoteurs les plus fervents de ce type de projets, confirme également une telle vision. La demande n'est abordée que de façon indirecte, non pas comme ensemble d'acteurs du marché, mais comme débouché de l'offre, qu'il faut chercher à stimuler (p 278). Il est vrai, l'absence de prise en compte des activités sanitaires dans les statistiques de base (due en partie à leur part marginale au sein du secteur informel) oriente essentiellement le projet vers les producteurs artisanaux, dont l'activité repose en partie sur la sous-traitance. La nature de la demande est donc différente pour ces

3.1.2. Démarche et plan de présentation

Sauf exception, la démarche que j'ai suivie sera retracée dans l'ordre chronologique qui a prévalu au cours de mes travaux.²⁸

Dans un premier temps (3.2), il convenait de préciser et de généraliser l'idée du problème de révélation de la demande de santé. Cette démarche supposait qu'après avoir présenté les conclusions de la thèse à cet égard, je m'éloigne du terrain d'origine pour étudier plus généralement les difficultés rencontrées dans la prise en compte de la demande de santé en Afrique subsaharienne.

J'ai pu ensuite (3.3) tirer les implications de ce problème du point de vue du rôle de l'individu dans le développement humain. L'objectif était de montrer que, corollairement à une demande non révélée, se posait la question de la capacité de l'individu à produire son propre bien-être (élément souvent négligé du fait de la focalisation sur l'offre de santé). La révélation de la demande implique de séparer les individus pouvant réellement investir dans leur santé de ceux qui restent cantonnés à la consommation de survie. J'ai proposé à cet effet le concept de seuil de santé minimal, sur la base des « *capabilities* » de Sen appliquées à la santé.

Les implications du concept de seuil de santé sont abordées dans un dernier point (3.4). Elles tiennent d'une part à la question de l'équité sanitaire, d'autre part à celle de l'articulation entre les différents actifs du développement humain.

catégories. Néanmoins, même dans ce cas, les caractéristiques des demandeurs semblent négligées. Le Programme d'études et d'enquêtes sur le secteur informel (PEESI) se consacre essentiellement à l'étude de l'offre (évaluation de sa contribution au PIB, à l'emploi, répartition des activités, au sein desquelles on note que les micro-unités sanitaires ne figurent pas).

²⁸ Les documents concernés dans la liste des travaux sont les suivants : **thèse**, [3], [4], [5], [6], [8], [9], [10], [12], [13], [15], [16], [17], [22], [B], [C], [D].

3.2. La révélation de la demande : un problème récurrent²⁹

La mise en évidence du problème de révélation de la demande est abordée en deux points :

- le retour sur le cas des micro-unités, traité dans la thèse ;
- la généralisation du problème au regard de l'expérience africaine, abordée dans des écrits ultérieurs.

3.2.1. Le cas du marché des micro-unités

L'examen du marché des micro-unités de santé a permis de souligner la difficulté d'un contrôle de l'offre de soins par les Pouvoirs publics (**thèse chapitre 6**). J'aborde ici le problème des incitations sur la demande, qui n'a été qu'évoqué dans la deuxième partie.

Le rôle de la demande dans les relations entre l'Etat et le marché rejoint la problématique des incitations. La demande y apparaît sous deux angles. En premier lieu, face aux limites des incitations potentielles sur l'offre (*cf. supra* 2.4), on peut s'interroger sur la capacité des **incitations sur la demande** à compenser de telles lacunes. C'est l'objet du point (a), qui souligne que la demande, même mieux informée, reste toujours soumise aux limites du marché du point de vue qualitatif.

En second lieu (point b), on peut aborder la **place de la demande au sein des incitations sur l'offre**. Une approche focalisée sur l'offre mène à des hypothèses contestables au niveau des déterminants de la demande. Cette dernière n'y apparaît pas dans sa dimension active. L'intervention sur la sélection adverse témoigne de cette lacune, et montre la complexité des relations entre l'Etat et le marché. Le risque moral sur le marché, difficile à prendre en compte dans une action publique, révèle un paradoxe : il limite les possibilités de choix de la demande, mais il fait partie intégrante de la dimension intangible de ses choix.

(a) Les limites des incitations sur la demande de santé

Si nous reprenons la distinction effectuée par Mougeot (1986) entre les schémas de régulation verticaux et horizontaux, les incitations sur la demande peuvent être rattachées à la deuxième catégorie. En effet, alors que le schéma vertical repose sur un contrôle par les Pouvoirs publics (procédures normatives), la régulation horizontale se fonde sur un contrôle par les agents privés « *dans le cadre de leurs choix ou par des assurances privées ou mutualistes* » (p 163).

²⁹ Les travaux concernés sont : **thèse (chapitre 6), [3], [4], [6], [8], [A]**.

La régulation horizontale

La régulation de type horizontal étudie les conditions de la révélation de la demande. Elle rejoint donc la question du rôle de l'intervention publique dans la capacité des utilisateurs à exprimer leurs choix. Cette approche suppose que les demandeurs ont la possibilité, soit de façon directe (procédure de choix individuels), soit de façon indirecte (assurances, mutualités), de contrôler la qualité des services offerts : la situation de concurrence entre les prestataires soumettrait ceux-ci à des « ajustements externes », et limiterait leurs comportements stratégiques face à une demande qui, par ses choix, déterminerait leur part de marché.³⁰

On peut apparenter ce type de régulation aux « mesures incitatives passives » présentées par Kleiber (1991) : celui-ci les définit comme tournées principalement vers les consommateurs, et visant à créer « *la plus grande transparence possible* » pour favoriser « *les choix éclairés et le développement spontané des relations concurrentielles* » (p 234). Une telle procédure repose sur la mise à disposition pour les consommateurs de moyens d'évaluer l'offre, tels que l'assurance de qualité ou la diffusion d'informations sur une classification des prestataires en fonction de leur qualité. Ces mécanismes sont régis par le principe selon lequel les manipulations d'information par l'offre, une fois révélées, disparaissent, ce processus se trouvant renforcé par la concurrence entre les prestataires et le contrôle exercé par la demande.

Des tentatives d'application de procédures révélatrices d'informations ont vu le jour dans les pays industrialisés, mais leur application est difficile sur le terrain des micro-unités.

Les difficultés d'application

Quelle peut être la place de la régulation horizontale dans le contexte béninois ? La Banque Mondiale a préconisé (1994, p. 78) l'application aux pays en développement de mécanismes similaires, dans ce qu'elle qualifiait de « *participation des consommateurs* », reposant sur l'idée que « *le consommateur final est souvent le meilleur juge de la qualité* ». Ces propositions concernent plus précisément le domaine des infrastructures publiques, mais la participation des consommateurs est néanmoins prônée au sens large par la Banque mondiale. Celle-ci évoque la possibilité de lier la rémunération du prestataire à la satisfaction du client, et de faire fonctionner les associations d'usagers dans le contrôle de l'information.

³⁰ Dans l'hypothèse d'un marché non parcellisé, comme c'est par exemple le cas des « Health Maintenance Organizations » aux Etats-Unis (cf. Mougeot 1986, 1994).

Cet ensemble de propositions repose sur une hypothèse : la possibilité de transférer efficacement aux utilisateurs une information sur la qualité des prestations. Or, on peut douter qu'une telle action soit aussi simple. Au Bénin, les Pouvoirs publics disposent de faibles possibilités d'informer les demandeurs sur des services qu'ils connaissent mal. L'organisation des patients au sein d'associations reste elle-même à mettre en oeuvre, et leur capacité à contrôler la qualité se heurterait elle aussi partiellement aux stratégies contraires de l'offre.

Mais le problème essentiel des relations entre les Pouvoirs publics et les demandeurs semble précisément résulter de l'absence d'un interlocuteur parmi les patients s'adressant aux micro-unités. A cet égard, la nébulosité du secteur s'applique également à la demande, particulièrement pour des catégories qui peuvent être marginalisées par leurs faibles ressources.³¹

Le problème se résume donc toujours à la difficulté d'évaluer conjointement le produit, le producteur *et* la demande de santé. En ce sens les schémas horizontaux, même s'ils présentent l'avantage de tenir compte de la situation de marché (ce que ne permettent pas les modèles verticaux), ne suffisent cependant pas dans un secteur où la demande ne peut, à elle seule, contrôler la qualité des produits. L'intervention des Pouvoirs publics pour faciliter l'accès de la demande aux informations s'avère insuffisante, ce qui réintroduit la question de l'efficacité des interventions sur l'offre.

(b) Incitations sur l'offre et demande de santé

L'objectif implicite d'une intervention sur l'offre *via* un modèle incitatif consiste à contourner l'impossibilité d'une action directe sur la demande. La contrainte est à cet égard différente des modèles incitatifs relatifs aux systèmes de santé occidentaux : ici, « *l'absence d'expression de la demande* », pour reprendre les termes de Mougeot (1994 p. 97), ne résulte pas d'un système fondé (comme dans de nombreux pays riches) sur un mode de financement indirect qui engendre une inélasticité-prix. Elle provient au contraire du marché lui-même, par le jeu combiné des asymétries informationnelles et des contraintes des demandeurs. Ces derniers, face à l'urgence ou la nécessité des soins, se voient contraints de recourir à une offre qui, détenant l'information et jouissant du statut de providence, peut pratiquer la sélection adverse et le risque moral. Tout l'enjeu

³¹ Des mesures concrètement engagées par les Pouvoirs publics béninois dans les années 1990 s'inscrivent certes dans une objectif d'aide aux choix de demande les plus éclairés : ainsi en est-il de la politique d' « Information-Education-Communication » (MSP 1993b et 1993c). Celle-ci vise à améliorer l'information des usagers en général (sur l'automédication et sur les médicaments notamment), mais également à réglementer la publicité et instaurer un système d'assurance de qualité. Ces mesures ont l'avantage des principes visant à favoriser les choix de demande, mais présentent l'inconvénient d'agir sur une demande difficilement identifiable et quantifiable, puisque destinée à des services non répertoriés.

des incitations, si elles sont viables, revient donc à permettre l'exercice des choix de demande les plus favorables à l'amélioration du niveau de santé. Paradoxalement, l'intervention d'un agent central pour assurer le fonctionnement des choix de demande comporte elle-même le risque de décréter une qualité de prestations, au détriment de certaines variables importantes dans les préférences des utilisateurs.

Du point de vue d'un agent régulateur, l'objectif implicite des incitations revient d'abord à s'assurer qu'un bien-être sanitaire minimal des individus sera atteint. La difficulté à intégrer tous les déterminants du bien-être de demande apparaît sous deux angles. D'une part, les réponses de la demande à une incitation sur l'offre ne sont pas négligeables, et traduisent l'adaptation des individus aux modifications issues de l'intervention. Elles peuvent donc remettre en cause l'action publique. D'autre part, la demande s'exprime à travers les déterminants intangibles de ses choix, qui rejoignent les critères intangibles de la qualité. De ce point de vue, il s'agit d'une limite des modèles incitatifs, mais au-delà, une caractéristique essentielle des relations entre l'agent régulateur et le marché apparaît. Le risque moral subi par les demandeurs est à la fois un facteur de réduction des choix (une limite du marché), et la manifestation la plus significative de l'existence de choix de demande qu'une intervention extérieure peut difficilement réguler.

Le premier de ces aspects (réaction des demandeurs face aux incitations sur l'offre) concerne finalement l'impact des mécanismes incitatifs sur leur champ d'application, à savoir la sélection adverse des prestataires. Le second (existence de critères intangibles dans les choix de demande) réintroduit le rôle du risque moral, et ses rapports avec la demande. Examinons chacun d'entre eux.

Demande et sélection adverse

Si nous nous intéressons au champ d'application de l'intervention publique, alors la dimension tangible sera privilégiée par rapport aux critères intangibles de qualité. La demande est-elle prise en compte dans ce cadre ? Une façon d'aborder la question est de considérer le comportement de la demande en termes d'élasticité-prix. En effet, si la subvention publique pour améliorer la qualité (*cf. supra* 2.4.2) n'empêche pas un accroissement, même faible, des honoraires fixés par les cabinets, alors la sensibilité des demandeurs aux prix devient une question centrale. Sur le micro-marché, l'augmentation de la qualité entraîne-t-elle un accroissement de la disposition à payer ? Certes, les usagers s'orienteront plus volontiers vers les services les plus qualitatifs. Mais les fortes contraintes budgétaires des acheteurs constituent un critère déterminant dans les choix de demande. En conséquence, rien n'assure que l'amélioration de la qualité de certains cabinets accroîtra la disposition à payer des usagers, en particulier les plus modestes. Si un effet d'augmentation du prix de demande a lieu, il peut en tout cas n'être que partiel. L'intérêt d'une subvention réside précisément dans la compensation

des coûts subis par l'offre, permettant d'éviter un déséquilibre entre le prix proposé par l'offre et celui de la demande.

De même, en supposant que les micro-unités non normées disparaîtront du marché, provoquant alors une baisse du volume de l'offre, peut-on en déduire un accroissement de la disposition à payer les prestataires qui restent sur le marché? Les contraintes budgétaires de la demande peuvent tout autant empêcher celle-ci d'accéder aux services, du fait de l'augmentation des prix. Les pratiques d'auto-traitement, ou le recours à d'autres formes de soins (médecine traditionnelle), peuvent alors constituer des solutions face au rationnement de la demande.

Certains éléments d'enquêtes semblent en effet étayer l'hypothèse d'une sensibilité de la demande aux prix pour les populations à revenus faibles³². Cette hypothèse s'oppose à celle qui fut posée par la Banque Mondiale (1987) lorsqu'elle proposa de fonder le financement des services de santé sur le paiement direct par les demandeurs (politique du recouvrement des coûts associée à l'Initiative de Bamako). En effet, il était alors postulé que la demande présentait une inélasticité aux prix, et qu'un accroissement de ces derniers n'empêcherait pas une augmentation du recours aux services publics, à condition que leur qualité augmentât. En réalité, on peut aujourd'hui s'interroger sur la validité d'une telle supposition, en particulier dans le cas des ménages les plus pauvres. Zwi et Mills (1995) ont très tôt souligné les difficultés d'application du recouvrement, mais également et surtout l'absence d'un consensus sur la valeur de l'élasticité-prix. Les enquêtes menées sur le terrain africain ont remis en cause l'hypothèse de l'inélasticité (voir [8]).

Il est frappant de noter que l'hypothèse contestée (l'inélasticité-prix de la demande) est identique à celle qu'avait antérieurement posé Leland (1979) dans son modèle de standardisation de la qualité³³. Cette concordance entre le modèle de Leland et l'application du recouvrement des coûts dans le secteur sanitaire africain aboutit aux

³² Voir en particulier MSP-OMS-PNUD (1991), CREDESA (1989), Bichmann et *alii* (1991). L'enquête du CREDESA, certes effectuée en milieu rural, tend à montrer que 52,8 % des populations à « bas revenu » sont sensibles aux prix des services, contre 41,8 % pour les « revenus moyens » et 25 % pour les « hauts revenus ». L'étude de Czesnik et Wolf (1992) conclut quant à elle que l'élasticité est légèrement négative pour les catégories à revenu modeste, alors qu'elle est quasiment nulle pour les populations plus aisées. Le caractère apparemment nuancé de ces derniers résultats (l'élasticité ne serait que faiblement négative pour les revenus modestes) est expliqué, selon les auteurs, par la nature fondamentale des services sanitaires, qui amènerait les agents à de grands sacrifices pour maintenir un minimum de dépenses de santé. En tout état de cause, l'hypothèse d'une élasticité forte ne doit pas être rejetée pour deux raisons : d'une part, elle semble étayée par les résultats des autres enquêtes ; d'autre part, la barrière financière reste dans l'analyse de Czesnik et Wolf un facteur de choix important pour les couches modestes.

³³ Rappelons que notre analyse des problèmes de réglementation de l'offre (2.4) se fondait sur une adaptation du modèle de Leland.

mêmes conclusions en termes d'équité : il n'y aurait pas de problèmes d'équité (accès de tous aux services de santé, donc à un niveau de santé minimal), puisque la disposition à payer augmenterait systématiquement en cas d'accroissement de la qualité. Au contraire, si l'on suppose la possibilité d'une élasticité de la demande aux prix négative, alors la question de l'équité revient au centre de l'analyse.

Il convient donc de reconsidérer les déterminants du prix de demande, en examinant les deux aspects suivants : d'une part, la qualité et la quantité d'offre jouent bien sur ce prix, mais avec une incertitude sur le signe de la relation (en particulier, des demandeurs qui éprouvent une préférence pour une meilleure qualité peuvent ne pas être en mesure de payer cette qualité). D'autre part et de façon liée, une troisième variable doit être ajoutée, celle des contraintes de revenu, qui jouent à la baisse de la disposition à payer. Une analyse qui suppose une faible élasticité de la demande aux prix place la qualité comme déterminant quasiment unique des choix, et sous-estime de ce fait certaines stratégies liées à la combinaison des contraintes et des préférences des demandeurs. Par exemple, elle ne peut tenir compte des éventuels reports vers les prestataires non normés, si les prix de ces derniers demeurent inférieurs à ceux des services normés (ce qui peut être le cas, par exemple, si les unités normées proposaient déjà des prix supérieurs avant l'instauration de la norme). En supposant donc que certaines micro-unités préfèrent ne pas bénéficier de l'incitation (notamment si la compensation des coûts est insuffisante), alors l'évolution de l'offre dépend partiellement des reports de la demande. Celles-ci dépendent à leur tour de la valeur respective de l'élasticité de demande par rapport aux prix, et de l'élasticité de demande en fonction de la qualité. Pour les catégories les plus modestes, le premier terme risque de prendre une valeur supérieure au second. *A priori*, les reports vers le sous-segment non normé dépendent donc positivement de l'importance des patients dont les ressources sont les plus faibles. L'intervention publique peut se trouver en échec par rapport à ses objectifs, si l'apparition d'un sous-segment repose le problème des stratégies de sélection adverse du côté des prestataires.

Demande, critères intangibles et risque moral

La problématique d'une intervention publique fondée sur les seules variables tangibles de l'activité résulte de la difficulté à intégrer des critères d'ordre plus subjectif. Ainsi, j'ai distingué (*cf. supra* 2.4.1) les variables « de qualité du produit » (fiabilité, compétence, tangibilité), des variables « de comportement du prestataire » (sensibilité, communication, sécurité, compréhension). J'ai également posé que la sélection adverse concerne plutôt les facteurs de qualité du produit, alors que le risque moral touche plutôt aux facteurs de comportement. En conséquence, le mécanisme incitatif de réglementation de qualité qui reposerait sur une fonction de qualité tangible présenterait essentiellement une incidence en termes de sélection adverse.

Une conséquence essentielle réside dans l'incertitude forte qui demeure sur les stratégies de risque moral de l'offre de santé. Puisque les critères relatifs au comportement des prestataires ne peuvent faire l'objet d'un contrôle strict, alors un modèle incitatif non seulement n'exercera qu'une influence hypothétique sur ceux-ci, mais également pourra renforcer les stratégies de risque moral au lieu de les atténuer. On ne peut exclure que des praticiens cherchent à bénéficier de subventions tout en accroissant le « mensonge » sur les pratiques médicales dépendant peu des critères matériels, ou encore qu'ils utilisent la crédibilité donnée par leur appartenance à la norme pour cacher aux utilisateurs le poids de tels comportements stratégiques.

Que pouvons-nous conclure sur l'efficacité d'une intervention publique par rapport à la demande de soins ? La nature de la demande ne peut être réduite aux caractéristiques des produits offerts. L'offre ne détermine pas *ex ante* ces produits, pour ensuite les présenter sur le marché. La double dimension des services de santé (tangible et intangible) que j'ai soulignée n'est pas le fait d'une offre qui aurait décidé seule de la nature des prestations. Au contraire, la demande joue un rôle particulièrement important dans la définition du produit, à travers les critères tangibles en partie, mais tout particulièrement au niveau des variables intangibles. L'introduction d'une analyse incitative, qui tente de relier l'Etat et les logiques marchandes, permet alors de faire apparaître, par ses limites mêmes en termes d'efficacité, le rôle ambigu du risque moral vis-à-vis de la satisfaction des demandeurs. Mettons en valeur cette ambiguïté en faisant apparaître la double dimension du risque moral. Celui-ci représente à la fois un risque et une expression du rôle de la demande dans la production.

Réduire le risque moral : contrôle des prix ou contrôle des coûts ?

Le risque moral, comme l'indique son appellation, constitue **d'abord un risque** pour les demandeurs. Il est important à cet égard de situer la filiation, mais également la spécificité, de mon terrain par rapport aux mécanismes incitatifs habituels. Dans les économies à revenu élevé, l'incitation a pour vocation de traiter deux problèmes simultanément, la sélection adverse et le risque moral. Mais elle se trouve en réalité confrontée à un arbitrage délicat entre les deux, à travers notamment le choix entre un contrôle des prix et un contrôle des coûts. Si la réglementation concerne uniquement les prix, alors elle est censée réduire le risque moral puisque c'est l'effort de l'entreprise qui se trouve contrôlé : mais celle-ci conserve alors sa rente d'information sur les coûts, ce qui laisse libre cours aux pratiques de sélection adverse (*cf.* Curien 1990). Par contre, si la réglementation s'attache à rembourser les coûts supplémentaires subis par les entreprises, alors la rente d'information de celles-ci diminue (et avec elle la sélection adverse), mais le risque moral demeure voire s'aggrave³⁴.

³⁴ Voir par exemple les modèles de Baron et Myerson (1982), Laffont et Tirole (1986, 1990), Bös et Peters (1990), pour une approche de ces questions.

Sur le marché des micro-unités béninoises, une incitation publique sur la qualité des services n'échapperait pas à un tel paradoxe entre l'action sur la sélection adverse et celle sur le risque moral. Mais l'objet particulier de la réglementation, portant sur la qualité et sur les micro-unités, modifierait les contraintes et les modalités de son application. Deux grandes lignes se dégagent à cet égard.

En premier lieu, les incidences en termes de prix seraient probablement différentes de celles rencontrées sur le terrain des économies à revenu élevé. Certes, une incitation qui rembourse les coûts de mise aux normes (c'est-à-dire de type « cost plus ») ne permet pas de contrôler l'éventuelle augmentation des prix qui pourrait résulter de l'accroissement de la qualité. Le contrôle des coûts constitue bien à cet égard une incitation sur la sélection adverse (révélation de l'information sur les conditions techniques de production), mais pas sur le risque moral, ce qui peut amener les prestataires à accroître leurs honoraires sous le prétexte d'une amélioration de qualité. Néanmoins cette possibilité est atténuée par les spécificités du marché des micro-unités en termes de concurrence entre cabinets. Le caractère contestable du marché, d'une part, les caractéristiques économiques des utilisateurs (faibles ressources), d'autre part, limitent les possibilités d'augmentation des prix de la part des prestataires. La situation n'est pas celle d'un monopole (comme la distribution d'eau ou les télécommunications par exemple), et le problème des micro-unités ne se résume pas à la question de la tarification. On peut alors souligner la différence essentielle entre des offreurs publics et/ou de grande taille d'un côté, et des micro-unités de l'autre : dans le second cas, les incitations fondées sur le remboursement des coûts n'engendrent pas systématiquement un accroissement des prix.

En second lieu, et de façon liée, puisque la problématique ici abordée concerne plutôt la qualité que la tarification, alors l'arbitrage entre sélection adverse et risque moral dans le modèle incitatif s'en trouve modifié par le caractère plus complexe des variables retenues. La réflexion sur le choix du modèle incitatif ne peut se réduire à un arbitrage modulé entre ces deux aspects des stratégies d'offre (sélection adverse et risque moral). Dans le cas des modèles focalisés sur la norme de prix ou de coûts (comme c'est encore le cas de nombre d'entre eux dans les pays industrialisés), l'impact sur la sélection adverse et le risque moral peut se mesurer beaucoup plus facilement que dans celui des normes de qualité, à plus forte raison lorsque celles-ci concernent un secteur de petits prestataires. En d'autres termes, la définition d'une règle incitative sur la base d'une fonction de qualité tangible (jouant prioritairement sur la sélection adverse) ne signifie pas que la sélection adverse et le risque moral puissent être aussi nettement séparés que ne le supposent les modèles incitatifs habituels. L'action sur la sélection adverse peut jouer sur le risque moral, soit en l'augmentant (si les prestataires décident d'utiliser la crédibilité donnée par la norme pour accroître leurs stratégies, ou s'ils estiment que l'accroissement du risque moral permettra de compenser les pertes liées à la baisse de la sélection adverse), soit en le diminuant (si le contrôle partiel de certains standards de

qualité augmente les exigences des patients sur le résultat, et/ou leur permet de mieux détecter l'origine de certaines inefficacités de l'offre). Dans le deuxième cas, le rôle de la demande dans la réduction du risque moral vient compléter une intervention exogène sur la sélection adverse (toujours sous la condition que cette intervention soit efficace). La demande n'est donc pas passive face au risque moral, même si son rôle limité peut nécessiter une intervention extérieure, comme le suggèrent les analyses incitatives.

Le risque moral, un aspect de la révélation des choix de demande ?

D'un autre côté, le risque moral constitue le signe de la dimension intangible du produit sanitaire, et apparaît donc comme **inhérent à l'exercice des choix de demande**. Il provient certes des manipulations d'information du côté de l'offre. Mais ces manipulations sont d'autant plus fortes que la demande est complexe, et son évaluation difficile, comme c'est particulièrement le cas de la demande de santé.

Paradoxalement, le risque moral peut être vu à la fois comme une manifestation des limites du marché dans la réponse aux besoins, et comme la traduction de logiques individuelles (y compris celles de la demande) dont la remise en cause par une intervention extérieure pourrait présenter des effets pervers allant peut-être jusqu'à la fuite du marché. Réintroduire le rôle de la demande dans les pratiques de risque moral, en ne la considérant plus comme passive, permet de montrer ce dilemme de l'intervention publique.

En ne considérant que le côté de l'offre, on suppose que la réduction des asymétries, donc des manipulations d'information, ne peut mener qu'à l'amélioration de la satisfaction de la demande, alors considérée comme une donnée. L'introduction des incitations sur la demande par les approches incitatives maintient finalement cette hypothèse d'une demande qui ne s'exprime qu'à travers l'offre, c'est-à-dire à travers les « produits » proposés. Les modèles incitatifs considèrent ainsi que, si les produits font l'objet de manipulations de la part de l'offre, alors la demande s'en trouvera transformée, puisqu'elle s'exprimera toujours à partir de la définition du produit donnée par l'offre, mais d'une définition distordue par les stratégies des entreprises.

Or la demande n'est pas passive dans le processus de production sanitaire. Elle peut au contraire intervenir dans la production du service, ou développer elle-même des stratégies sur l'information divulguée à l'offreur. Plus généralement, j'ai tenté de faire apparaître une lacune dans la façon dont la demande est le plus souvent appréhendée dans les approches incitatives. Si l'on réintroduit une demande active sur le marché, alors le débat des incitations dépasse, par exemple, celui qui arbitre entre une régulation par les prix et une régulation par les coûts. Dans le premier cas, on jouerait sur le risque moral, alors que, dans le second, on influencerait sur la sélection adverse. Dans le cadre des petites prestations sanitaires, l'arbitrage repose plutôt sur l'équilibre entre d'une part un

contrôle des unités, d'autre part la liberté donnée aux stratégies individuelles. Le premier terme de cet arbitrage concerne la nécessité de réglementer les variables tangibles de l'activité médicale, pour assurer une standardisation minimale des actes. Le second terme montre que l'efficacité du marché dans la réponse aux besoins de la demande de santé repose partiellement sur les critères intangibles et les relations personnelles entre praticien et utilisateur.

3.2.2 La demande de santé en Afrique subsaharienne : généralisation du problème³⁵

L'exemple des micro-unités de santé illustre les lacunes de la prise en compte de la demande de santé dans les analyses et les stratégies. Un objectif central de mes travaux a consisté à identifier les différentes facettes de ces lacunes.

(a) Les termes du problème

Les analyses portant sur les causes des échecs des programmes de santé sont nombreuses : manque de ressources à consacrer à la santé, problème de choix des infrastructures et de leur répartition géographique, prise en compte insuffisante des besoins locaux, problèmes de volonté politique...mais on a très peu abordé la nécessité de maîtriser l'information et les connaissances. Or, comme le souligne à juste titre le rapport sur le développement 1999 de la Banque Mondiale, les inégalités de savoirs et les problèmes informationnels contribuent à limiter la dynamique de développement. Ma démarche a d'abord consisté à revenir sur cet aspect dans le champ des infrastructures publiques de santé et de la décentralisation des services engagée par les autorités. Une hypothèse sous-tend ce travail préparatoire : les causes des échecs observés peuvent être appréhendées sous l'angle des lacunes dans la disponibilité et la répartition de l'information, notamment sur la demande³⁶. J'ai à cet effet considéré les liens entre la décentralisation des infrastructures de santé et les problèmes informationnels propres au secteur sanitaire, plus particulièrement sur le terrain subsaharien. Je me suis appuyé sur des études réalisées dans plusieurs pays subsahariens, notamment centrées sur les comportements de la demande de soins.³⁷

³⁵ Les documents concernés sont : [4], [6], [8].

³⁶ Ceci ne revient ni à négliger les problèmes d'information au sein de l'offre, que nous avons abordés par ailleurs [8], ni à oublier les autres facteurs, mais plutôt à les envisager, lorsque c'est possible et utile à l'analyse, sous l'angle des lacunes informationnelles.

³⁷ Je ne reprends dans le texte que les conclusions communes aux enquêtes menées dans divers pays. Au-delà des différences entre pays, milieu naturel et/ou ethnies, certains traits communs dans les caractéristiques de la demande de santé se dégagent. Certaines études non citées dans le texte présentent des conclusions globalement similaires.

Mon approche a consisté à distinguer les difficultés d'information *sur la* demande des lacunes informationnelles subies *par la* demande.

L'information *sur la* demande : une connaissance insuffisante

La diversité des itinéraires thérapeutiques au détriment des soins publics.

La diversité de l'offre de soins est une caractéristique essentielle des systèmes de santé subsahariens : structures publiques urbaines ou décentralisées, cabinets et cliniques privés à but lucratif ou à vocation humanitaire et/ou religieuse, médecine traditionnelle, auto-traitement. Ces différentes prestations entrent en concurrence avec le secteur public, en particulier l'auto-traitement et la médecine traditionnelle. Plusieurs facteurs expliquent ces comportements : le gain de temps, la faiblesse des ressources, la méfiance vis-à-vis des structures de soins publiques, l'importance de la dimension symbolique de la maladie (facteurs culturels et religieux). Les études sur les comportements de la demande concluent, avec des résultats certes différents selon le milieu rural ou urbain, à une proportion relativement faible de visites dans les structures modernes de santé. Les modes de soins alternatifs (auto-traitement, médecine traditionnelle) sont utilisés pour des raisons financières et/ou culturelles, voire de méfiance vis-à-vis des structures modernes³⁸. Ces comportements communs dans le recours aux soins reflètent une mise en œuvre permanente de la rationalité du patient pour combiner ses contraintes et ses préférences. Dans l'ensemble, la visite aux centres de santé publics se trouve subordonnée à l'auto-médication, la médecine traditionnelle ou l'achat à des pharmacies privées. Les facteurs culturels et religieux se combinent avec la rationalité économique.

Une demande méconnue et non révélée

L'objectif des politiques de santé menées sous l'impulsion de l'initiative dite de Bamako (1987) est le recouvrement des dépenses par la participation des populations aux frais de traitement. Ces mesures s'appuient sur l'hypothèse que les fonds débloqués par la contribution des populations « aisées » devraient permettre un transfert financier vers les services essentiels, améliorant ainsi la qualité des soins et donc l'équité face aux

³⁸ Au Bénin, Richard (1995) estimait que les trois-quarts des maladies ne débouchaient sur aucune consultation extérieure. L'auto-traitement semblait un mode courant d'administration de soins. L'enquête MSP-OMS-PNUD (1991) révélait pour ce même pays que 76 % de la population pratiquait l'auto-traitement. La médecine traditionnelle demeure fortement prégnante dans les comportements de demande de santé. 41 % des urbains déclaraient ainsi se rendre chez le guérisseur, mais cette évaluation est certainement minorée par la réticence de certaines catégories à révéler cette pratique, notamment dans le cas des couches sociales nanties. En Côte d'Ivoire, l'étude de Juillet (1999) sur la population de Bamako indiquait que la population ayant été malade au cours du mois précédent l'enquête s'était comportée ainsi : 5% s'étaient abstenus de tout soin, 3% avaient recouru à la médecine traditionnelle, 42% avaient pratiqué l'auto-traitement et la moitié s'étaient adressés au secteur moderne.

services publics (*cf.* Banque Mondiale 1987). Ainsi l'accroissement des dépenses privées de santé devait indirectement favoriser la fréquentation des unités publiques décentralisées grâce à l'effet-qualité lié aux nouvelles ressources collectées.

Cet objectif de recouvrement n'a pas porté tous ses fruits en termes d'allègement de la charge supportée par l'Etat. Il supposait de plus une *coïncidence entre disposition à payer et capacité à payer*. Or cette dernière hypothèse pose trois problèmes. En premier lieu, *la capacité à payer peut être insuffisante*, notamment en zone rurale ou urbaine périphérique. Il s'agit alors de maintenir la gratuité pour les plus pauvres, ce que prévoyaient les programmes de recouvrement des coûts. En réalité l'application de ce mécanisme d'exemption pour les indigents se heurte aux déficiences de la mesure de la pauvreté. En second lieu, *l'existence d'une capacité à payer ne garantit pas que le patient soit disposé à payer* le service de santé. La complémentarité des différentes formes de soins offre à l'individu des opportunités de choix qu'il utilise en tenant également compte des logiques culturelles. Une amélioration de la qualité des services publics ne suffit donc pas forcément à accroître le recours à cette forme d'offre, puisque les autres catégories de soins offrent des caractéristiques différenciées attractives. Enfin en troisième lieu, la méconnaissance de la demande de santé par les décideurs publics se traduit également par une *sous-estimation des réactions individuelles liées à la perception subjective* de la cherté des soins.³⁹

L'information des demandeurs de santé

Le rapport 1998-1999 sur le développement de la Banque Mondiale (Banque mondiale 1999) souligne en particulier deux lacunes observées dans les pays à faible revenu. La première est l'inégalité des individus face aux « savoirs technologiques ou savoir-faire », la seconde est l'insuffisance « information socio-économique », par exemple sur la qualité d'un produit, la solvabilité d'une entreprise. Or dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs, ces préoccupations sont antérieures au rapport évoqué, autant du côté des Pouvoirs publics que de celui des analystes. Les échecs des politiques post-coloniales d'éducation et de santé, puis l'insuffisance de la progression des indicateurs, amènent en effet à une remise en cause des visions conceptuelles et théoriques relatives au statut du bien santé et de l'information. D'un point de vue conceptuel, on peut considérer que l'information constitue un vecteur essentiel du bon fonctionnement des systèmes de santé. Ainsi l'information peut être vue comme une

³⁹ Par exemple le travail de Juillet (1999) sur la population de Bamako (Mali) tend à montrer que ce serait non pas les frais de consultation et de transport qui joueraient sur les choix, mais plutôt les coûts du traitement perçus subjectivement par les patients. En d'autres termes, les tarifs ne jouent pas forcément leur rôle de signaux, même dans un contexte de développement des logiques marchandes comme c'est le cas dans les systèmes de santé subsahariens. Ceci revient à souligner l'insuffisante connaissance des perceptions de la demande sur les systèmes de santé, qui nuit à l'efficacité et à l'équité.

composante d'un bien public, à savoir le secteur de santé public.⁴⁰ Dans une optique normative « optimiste », les prestataires de santé publics peuvent fournir un service indivisible, non soumis à exclusion, et permettant des externalités positives. En réalité, le statut de l'information dans le secteur sanitaire apparaît bien plus complexe : l'information est le plus souvent un bien privé, distribué de façon inégalitaire au sein de la population. En Afrique subsaharienne, ce constat a donné lieu à des programmes, à la fois dans le secteur public et la sphère privée, qui admettent le caractère privatif de l'information et de la santé, et visent *in fine* à compenser l'inégalité de la répartition du savoir et de l'information par des politiques adéquates.

On retrouve dans ces programmes les deux dimensions du manque de connaissances distinguées par la Banque Mondiale, c'est-à-dire les savoirs technologiques et l'information socio-économique. Mais on peut estimer que la séparation de ces deux dimensions est artificielle, et qu'elles tendent à se renforcer. Les enquêtes en milieu rural confirment qu'il n'existe pas *a priori* de lien entre le niveau d'éducation des malades et la décision d'opter pour un type de soins particulier. Mais certains auteurs (Bolduc et alii 1996, Audibert et Mathonnat 1998) ont souligné que c'est la faiblesse initiale du niveau d'éducation en milieu rural qui contribue au maintien des pratiques traditionnelles d'auto-médication.⁴¹ La différence n'est donc pas à faire au sein du milieu rural, mais plutôt entre catégories pauvres et/ou rurales d'une part, catégories aisées et/ou urbaines de l'autre.

Par ailleurs, la séparation entre problèmes d'éducation et accès à l'information semble artificielle, puisque les deux phénomènes sont liés⁴². On observe ainsi que l'auto-médication, les comportements nutritionnels, les pratiques sexuelles peuvent jouer négativement sur la santé du fait d'une méconnaissance des comportements à risque. Le savoir au sens général joue également sur le type de recours aux soins *via* la capacité à recueillir l'information pertinente sur les prestataires. Dans le cas des populations rurales, les comportements de demande de santé sont déterminés par la perception qu'ont les populations de l'adéquation des soins avec leurs besoins, ou des dangers liés à leur prescription. Ainsi la sous utilisation chronique des services de santé publics décentralisés constitue un phénomène ancien, qui provient certes des dysfonctionnements objectifs du secteur public, mais également de l'image négative dont ils font l'objet en termes de qualité (*cf.* Hours 1986 pour le Cameroun, Bichmann et alii 1991 pour le Bénin). Or si les difficultés rencontrées par les unités de santé publiques restent profondes, celles-ci offrent néanmoins des services de base

⁴⁰ Une analyse critique de la notion de bien public dans le domaine de la santé est introduite dans les travaux ultérieurs (*cf.* partie 4).

⁴¹ L'étude de Audibert et Mathonnat porte sur les Senufo de Côte d'Ivoire, celle de Bolduc et alii sur le Bénin.

⁴² La Banque Mondiale le reconnaît dans son rapport, même si elle préfère, « *par souci de clarté* », les aborder séparément.

indispensables aux populations rurales (vaccins, traitement du paludisme, protection maternelle et infantile...). La sous-utilisation de ces infrastructures résulte donc en partie d'un choix de la part des populations, choix dans lequel l'éducation, l'information et les expériences passées jouent indéniablement un rôle.⁴³

(b) Implications

Dans l'exemple des micro-unités de santé au Bénin, la demande est méconnue, voire négligée, ce qui se traduit par des analyses et des programmes qui sous-estiment les stratégies et contre-stratégies des acteurs. Cette difficulté présente des incidences particulièrement fortes au regard de la nature du service considéré (la santé comme besoin essentiel) et des critères d'équité. Au passage, reconnaître à la demande un rôle au sein des stratégies des acteurs conduit à aborder les lacunes respectives des secteurs public et privé dans la réponse aux besoins et dans la révélation des préférences. La question de l'information se trouve au centre de cet enjeu.

Plus généralement, la privatisation au sens large des systèmes de santé m'a amené à soulever la question de la révélation des préférences de demande et, problème lié, de la qualité des soins. En fin de compte, mes travaux ont tenté également de soutenir l'idée que la privatisation ne permet pas, contrairement aux hypothèses sur lesquelles elle repose, de révéler la demande de santé. Les étapes du raisonnement peuvent être synthétisées de la façon suivante :

1) La privatisation repose sur l'analyse coût-efficacité, généralisée notamment avec le rapport « Investir dans la santé » de la Banque mondiale (Banque mondiale 1993). Cette approche marque l'influence croissante du calcul économique dans ce champ, mais pose des problèmes de tarification dus à :

- La difficulté de calculer la disposition marginale à payer devant l'hétérogénéité des préférences (renforcée par la diversification de la demande) ;
- La non coïncidence entre disposition marginale à payer et capacité à payer ;
- La faiblesse de la capacité à payer.

⁴³ Parmi les initiatives publiques visant à régler ces difficultés, les campagnes d'Information-Education-Communication (IEC) lancées depuis la fin des années 1980 témoignent de l'effort consacré à une meilleure transparence des services de santé, à une meilleure information sur l'utilisation possible de ces services. L'objectif est à la fois d'améliorer le taux d'utilisation des services publics (ce qui au passage accroîtrait les ressources publiques *via* le recouvrement des coûts), et de réguler le secteur privé face aux risques non négligeables dus aux pratiques médicales alternatives, notamment les ventes illicites de médicaments, les pratiques médicales non officielles et la publicité non réglementée. Ces campagnes reposent sur des actions de réglementation, de formation et d'information sur ces différentes pratiques et plus généralement sur les comportements potentiellement dangereux, que ce soit du côté des offreurs ou des patients. De tels programmes confirment que le manque d'information des demandeurs de soins sur les prestations sanitaires constitue un enjeu crucial.

2) Ces problèmes de tarification sont associés à des problèmes de qualité :

- La qualité des services de santé publics est considérée comme une donnée, or le risque médical n'y est pas négligeable.
- Le délabrement des services publics dans un cadre d'ajustement nécessite de prendre en compte les logiques de demande, une demande rationnelle qui diversifie ses choix selon les contraintes financières et qualitatives.
- Ces logiques étant négligées dans le mouvement de restructuration du secteur public, les réactions de la demande aux ajustements de l'offre ne sont pas révélées. La conséquence est une relative inefficacité des réformes et une méconnaissance des recours aux autres catégories d'offre de soins, y compris celles qui présentent elles aussi des lacunes en termes de qualité ou d'accès.

C'est bien la révélation de la demande qui se trouve au cœur de ces problèmes. Les développements qui suivent exposent un programme de recherche qui creuse cette question de la révélation de la demande de santé, mais d'une façon plus conceptuelle, à travers le seuil de santé.

3.3. Le seuil de santé⁴⁴

Le seuil de santé traduit la capacité à exercer des choix au-delà des seules décisions de consommation permettant la simple subsistance. Cette notion, qui sera précisée dans les développements qui suivent, a été proposée à une étape de la recherche au cours de laquelle la nécessité était apparue de se pencher plus avant sur les finalités humaines du développement.

3.3.1. Revenir aux finalités du développement

Les approches en termes d'asymétries informationnelles et d'incitations sont utiles pour analyser les lacunes du marché, mais elles tendent à privilégier une conception instrumentale de celui-ci. Il est une modalité de coordination étudiée du point de vue de son efficacité. La question sous-jacente est celle des mécanismes de coordination. Il manque cependant à cette approche un fondement plus philosophique sur les finalités d'une meilleure coordination des actions.

Cette préoccupation rejoint un problème plus général en économie du développement. La recherche des mécanismes les plus efficaces du développement, certes utile pour dépasser les modèles plus anciens, n'a-t-elle pas conduit négliger la finalité des actions et des programmes? Dans le domaine de la santé et des services essentiels, un certain nombre de travaux menés depuis les années 1990 insistent sur l'intérêt d'une approche contractuelle entre les acteurs pour améliorer le fonctionnement des systèmes de santé. Ces travaux conditionnent la performance des systèmes de santé aux contrats (Perrot 2003), aux incitations et à la mise en concurrence (Banque mondiale 2004), aux « arrangements institutionnels » entre *stakeholders* (parties prenantes) (Meessen et Van Damme 2005)... Si ces analyses répondent à un objectif de pragmatisme aujourd'hui nécessaire (mais l'on pourrait en dire autant des approches conventionnalistes), elles ne devraient pas amener les économistes de la santé travaillant sur les pays pauvres à oublier le caractère non neutre de ces modèles.⁴⁵ La sophistication des modèles qui étudient les conditions de la performance des systèmes de santé ne nous dispense pas de définir un cadre plus explicite sur la valeur donnée à la vie humaine.

La notion de seuil de santé est une façon de revenir à la finalité humaine du développement. Avant d'aborder plus en détail cette notion, un retour critique sur les approches du capital santé est nécessaire.

⁴⁴ Les documents concernés sont : **thèse (chapitre 3), [5], [9], [10], [C]**.

⁴⁵ Dans le même ordre d'idées, Ph. Hugon (2003 p. 24) regrette que les « nouveaux institutionnalistes » traitent le marché « *comme un mode de coordination parmi d'autres* » et négligent l'analyse de son processus historique de formation, qui a pu se faire par la violence.

3.3.2. Reconsidérer les approches du capital santé

Dans les réflexions théoriques sur la santé, l'appréhension de la santé comme une consommation a progressivement laissé place à une approche en termes d'investissement, sous l'influence de la théorie du capital humain. Malgré le caractère universaliste de cette approche, la condition des demandeurs de soins en Afrique subsaharienne, les comportements de choix de ces derniers, les contraintes auxquelles ils font face, viennent nuancer l'idée d'un patient essentiellement tourné vers l'investissement sanitaire. J'ai tenté de montrer que la réintroduction de la santé comme consommation à côté de sa dimension d'investissement s'avérait nécessaire.

(a) La santé comme investissement

La santé considérée comme investissement, c'est-à-dire comme un « *stock de capital durable qui produit un input de temps de santé* » (Grossman 1972), peut contribuer *a priori* à une meilleure analyse de la demande individuelle sur les marchés sanitaires subsahariens, et ce à deux égards.

En premier lieu, la théorie du capital humain remettait en cause les conceptions fondées sur une approche de simple consommation, et a permis en ce sens d'intégrer le caractère ambigu de la recherche de santé, à la fois fin et moyen. C'est-à-dire que la santé constitue, certes, une valeur d'usage (une fin), et à ce titre reste réfractaire à presque toute tentative d'évaluation. Mais elle devient également une valeur d'échange, à partir du moment où l'amélioration du capital santé (par la réalisation d'investissements sur le stock de capital) peut donner lieu à un accroissement de productivité. Pourtant, l'approche du capital humain semble malheureusement tomber dans un travers symétrique de celui rencontré dans l'analyse par la consommation: si la santé comme fin n'est pas exclue des hypothèses du modèle de Grossman et de ses prolongements, néanmoins l'essentiel de la fonction de demande sanitaire repose sur l'investissement, ce qui limite la portée du modèle en le réduisant à un seul aspect des décisions individuelles.

En second lieu, l'apport de la théorie du capital humain au terrain subsaharien réside dans l'introduction du temps au sein des modèles de demande. Ceci revient à considérer l'individu comme doté de rationalité, et capable d'exercer des choix allocatifs dans le temps. Les spécificités historiques et culturelles n'empêchent pas les demandeurs de santé de disposer d'une rationalité, celle-ci leur permettant dans certaines conditions d'adapter leurs choix à leurs contraintes et préférences.

Cependant les limites de l'analyse par l'investissement tendent à montrer que le simple postulat d'une rationalité individuelle s'avère insuffisant pour définir les comportements de demande. En effet, si tout patient peut rationnellement choisir entre

des possibilités d'offre en tenant compte des contraintes, une telle hypothèse se trouve néanmoins conditionnée par l'atteinte d'un niveau de santé minimal qui joue sur le comportement et borne le champ de rationalité individuelle.

(b) Limites de cette approche

Deux limites de la théorie du capital humain peuvent être distinguées dans un contexte de ressources individuelles limitées [5]. La première lacune, souvent opposée à cette approche, concerne le problème de l'horizon décisionnel de l'individu en situation d'incertitude. La seconde difficulté, beaucoup moins évoquée et que je considère comme centrale dans le contexte des pays pauvres, touche à la question d'un stock minimal de santé. Examinons successivement ces deux aspects.

La première lacune tient à ce que la théorie du capital santé, application du capital humain au cadre des soins, **fonde la décision des agents sur la définition d'un sentier optimal d'investissement**. En référence à l'approche en termes de marché, les tenants de cette analyse ont cherché les conditions d'équilibre économique dans la détermination par le patient de son stock optimal de santé. La réalité en Afrique subsaharienne est tout autre. Les individus y sont bien souvent confrontés à des risques et une incertitude élevés sur l'évolution de leur environnement, de leurs ressources et de leur état de santé. Cela remet en cause l'applicabilité d'un modèle qui nierait les problèmes liés au risque et surtout à l'incertitude. Certes, les tenants de l'analyse par l'investissement ont pris conscience des limites d'un modèle borné à un horizon décisionnel parfait. C'est ainsi que plusieurs types d'incertitudes se sont vus intégrés au modèle de base. Cependant, ces améliorations ne suffisent pas à adopter telle quelle l'approche du capital humain. L'idée d'un investissement en capital santé, sans être abandonnée, présente des lacunes dans un cadre de rareté relative des ressources sanitaires, ou de blocage dans l'accès des populations modestes à ces dernières.

La seconde limite de la théorie du capital humain concerne la **nécessité pour les individus de disposer d'un stock de santé suffisamment élevé** pour être aptes à engager des investissements. Grossman lui-même reconnaît dans son modèle la nécessité d'un stock initial minimal: si celui-ci approche d'une valeur nulle, parce que les biens et services sanitaires consommés sont insuffisants, alors l'investissement, dépendant également de l'accès aux prestations, ne peut être assuré. Cropper (1977, 1981) utilise bien un modèle de consommation pure et non pas d'investissement pour montrer que la maladie survient lorsque le stock de santé tombe sous un niveau aléatoire donné. L'auteur présente ainsi une fonction d'utilité V avec les hypothèses suivantes⁴⁶:

$$V = V(C), \quad [1]$$

avec

⁴⁶ L'aspect « consommation » de ce modèle a déjà été souligné par Cl. Le Pen (1988).

$V'(C) > 0$ et $V''(C) < 0$ si l'individu n'est pas malade,
 $V(C) = 0$ s'il est malade,
 C = niveau de consommation
 = revenu - investissement en capital santé.

Ainsi donc apparaît la nécessité d'un minimum de consommation sanitaire avant tout investissement.

(c) La nécessaire restauration des décisions de consommation.

Des limites inhérentes au modèle du capital humain, il est possible de tirer une **proposition concernant la demande sanitaire**: on ne peut considérer la demande de santé comme un pur investissement si la plupart des conditions élémentaires de survie ne se trouvent pas satisfaites.

Cette hypothèse, qui d'un point de vue intuitif peut sembler évidente, n'a pourtant rencontré qu'un faible écho théorique. On peut l'expliquer par la prédominance des analyses en termes de capital humain. Pour celles-ci, malgré la reconnaissance de la spécificité de la santé par rapport à l'éducation, la demande de santé reste assimilable à l'achat d'un bien quelconque sur un marché (donc soumis aux mêmes procédures que les autres biens, telles que la détermination de l'équilibre par les prix à l'issue de la confrontation d'une offre et d'une demande indépendantes). Dans l'optique du capital humain, la consommation et l'investissement sanitaires constituent en conséquence des choix substituables. C'est ce principe que je remets en cause. En effet, il est possible d'avancer que la santé constitue d'abord une consommation dès lors que l'on se trouve dans un contexte de rareté des ressources sanitaires et de faiblesse des moyens d'accès aux prestations (revenus faibles, insuffisance des services en place), car les individus sont plus exposés dans ce contexte à se trouver dans un état sanitaire critique. Grossman lui-même avait perçu le caractère fortement spécifique de l'investissement sanitaire par rapport aux autres formes d'investissement (éducation notamment), alors qu'il s'intéressait pourtant à des systèmes plus favorables à l'accès individuel aux soins (existence de mécanismes de gratuité permettant dans les économies occidentales l'accès d'une majorité aux besoins sanitaires essentiels). Ainsi l'auteur reconnaît que l'investissement en santé se distingue fondamentalement par sa motivation principale, qui n'est pas l'accroissement des rendements monétaires futurs. Implicitement, cela revient à reconnaître que cette motivation est avant tout l'amélioration du niveau de santé lui-même. Mais l'analyse s'arrête à ce constat, et s'interroge peu sur la pertinence d'une approche de la demande de santé focalisée sur les comportements d'investissement.

Si l'on introduit comme déterminant essentiel du comportement de demande sanitaire l'atteinte ou le défaut d'un niveau sanitaire critique, cela permet, d'une part, de considérer que la santé n'est pas seulement un investissement mais également une

consommation (en particulier dans des conditions de rareté des ressources telles qu'on les rencontre dans les pays pauvres),⁴⁷ d'autre part, de poser le problème du seuil sanitaire minimal ainsi que de son évaluation.

Cette question de la dégradation de l'actif santé mérite une analyse plus poussée qui est menée dans le point suivant.

3.3.3. Le seuil de santé : présentation

Je pose ici les bases d'une approche du développement humain dans laquelle le statut de la santé serait redéfini non seulement pour mieux appréhender la place de celle-ci dans le bien-être, mais également pour mieux éclairer ses relations avec d'autres actifs humains. Le point de départ de cette approche est le concept d'objectivité située de Sen.

(a) L'objectivité située et la santé

Le débat sur le bien-être est toujours vivace. Cette permanence du débat vient d'une caractéristique essentielle de la notion de bien-être : celui-ci est par essence toujours relatif. C'est la prise en compte de cette relativité du bien-être, donc de son caractère subjectif, qui constitue la position de départ des approches utilitaristes. D'un autre côté, les tentatives d'objectiver le bien-être se heurtent précisément à la diversité des positions individuelles.

L'issue proposée par Sen au débat apparemment sans fin sur le relativisme (le bien-être est toujours subjectif, il est donc non mesurable) consiste à définir des actes qu'un individu doit au moins être capable d'accomplir quelle que soit sa culture. L'ensemble de ces actes constitue ce que Sen qualifie de *capabilities* (Sen, 1981, 1985).

Les *capabilities* permettent à Sen d'adopter une position d'objectivité située (« positional objectivity », Sen, 1993) qu'il convient de préciser. L'objectivité située signifie que des critères communs de bien-être peuvent être définis, mais que les individus utilisent la réalisation de ces critères comme ils l'entendent, de façon située. Cette approche permet de maintenir l'objectivité du bien-être (en ce sens les sources du bien-être individuel sont universelles) tout en la nuancant en fonction des situations (objectivité située), mais sans céder au relativisme qui ferait dire que le bien-être ne peut jamais être mesuré.

L'objectivité située évite les approches simplistes fondées sur un seul critère d'évaluation (par exemple en termes de pauvreté monétaire). Elle prend en compte les

⁴⁷ Nys a déjà souligné (1981) que les comportements de consommation et d'investissement coexistent chez les individus. J'insiste pour ma part sur la nécessité pour l'individu de pouvoir combiner ces deux aspects afin d'exercer pleinement sa rationalité.

besoins sociaux tels que la place dans le groupe et l'estime de soi. Cette prise en compte est rendue possible par la notion de *capabilities*, puisque les *capabilities* représentent la liberté pour un individu d'utiliser les ressources comme il l'entend. L'approche en termes de *capabilities* permet également de valoriser les biens et les services non pas pour eux-mêmes, mais pour ce qu'ils permettent de faire ou d'être.⁴⁸

La notion d'objectivité située permet d'appréhender les comportements observés des populations des pays pauvres et en développement, plus particulièrement en Afrique subsaharienne. Au delà des différences liées aux spécificités ethniques et nationales, se dégagent en effet des comportements communs qui montrent un recours très diversifié à l'offre de soin, de sorte que les soins effectivement utilisés ne correspondent pas toujours à ce qui était attendu par les autorités sanitaires (*cf. supra* 3.2.2.a).

Cette utilisation différenciée des ressources selon les individus se rapproche, même si elle ne le recouvre pas totalement, du concept d'objectivité située. Il existe des ressources, certes inégalement accessibles, mais au-delà de ces problèmes d'accessibilité, les individus utilisent de façon située les moyens disponibles. Or il apparaît que ces logiques de la demande sont fréquemment méconnues, ce qui pose un double problème. Le premier est la difficile prise en compte de l'objectivité située. Le deuxième, qui en découle, est la mesure délicate du niveau de santé (et donc du développement humain), puisque les comportements de la demande jouent un rôle important sur celui-ci. Ces difficultés sont abordées plus loin, il convient auparavant de terminer la présentation du concept de seuil de santé.

(b) L'irréversibilité et le problème du seuil minimal de capital santé

Parmi les critères du développement humain, certains apparaissent comme des besoins essentiels. C'est le cas de la santé et de la nutrition. Pour ces dimensions particulières du développement humain, des dégradations importantes peuvent s'avérer irréversibles. En conséquence il est possible d'introduire la contrainte d'un *seuil minimal en deçà duquel le développement humain ne peut être assuré, même par une compensation avec les autres actifs* (éducation, revenu, environnement familial...)

Le seuil sanitaire peut être défini comme *le minimum nécessaire pour que la santé et la nutrition permettent à l'individu, quelle que soit sa culture, de contribuer positivement aux capabilities* (libertés de choix). Le seuil marque la capacité à exercer des choix au-delà des seules décisions de consommation permettant la simple subsistance (voir [5]).

⁴⁸ S'il est vrai que, depuis ses premiers travaux sur les *capabilities*, l'approche de A. Sen a évolué sous l'impulsion des nombreux débats suscités par ses écrits, il me semble que le fondement philosophique de son analyse, à travers la notion d'objectivité située, demeure un pilier central de celle-ci.

L'origine du concept se trouve donc dans l'approche en termes de *capabilities* de Sen. L'analyse de Sen permet de considérer que la santé est d'abord une fin avant d'être un moyen. On retrouve cette approche chez Drèze et Sen (1989), lorsqu'ils relient les *capabilities* individuelles à l'état de santé. A cet égard leur opposition à la théorie du capital humain est nette. Cette dernière considère la santé comme un investissement permettant d'augmenter les revenus individuels. Certes Grossman (1972) a lui-même nuancé l'intérêt de l'investissement sanitaire dans l'accroissement des revenus (*cf. supra* 3.3.2.c), puisqu'il reconnaît la spécificité du capital-santé par rapport au capital-éducation : son augmentation joue moins sur le niveau de vie que sur le nombre de jours de bonne santé. Mais la santé reste dans son analyse un moyen plutôt qu'une fin, au même titre que l'éducation et la nutrition. A l'opposé, Drèze et Sen considèrent la santé comme une fin, et le revenu comme un moyen de l'atteindre. Dans une vision plus large que le champ sanitaire, ils parlent de conditions d'exercice des choix de vie, et présentent la santé comme l'un des facteurs de celui-ci : les *capabilities* individuelles sont ainsi partiellement déterminées par l'accès individuel aux services et ressources de soins. En rejoignant cette conception, j'en tire l'idée que dans le domaine de la santé, l'atteinte d'un état sanitaire minimal constitue une condition nécessaire de l'exercice de la rationalité.

Cela rend discutable l'optique de Fuchs (1972) sur la place de la santé dans la hiérarchie des choix individuels, approche ancienne mais souvent reprise par la théorie du capital santé. En effet, l'auteur remettait en cause l'idée de la santé comme bien réellement spécifique. Pour Fuchs, l'optique selon laquelle les individus placeraient toujours la santé avant les autres besoins ou désirs (hypothèse de non-substituabilité des dépenses de santé) était fortement contestable : les comportements à risque montraient au contraire que les individus pouvaient préférer satisfaire des besoins mettant en péril leur état de santé, ce qui rendait caduque l'hypothèse de non-substituabilité, et relativisait la place des dépenses de santé dans les choix individuels. Sans discuter de la pertinence de cette hypothèse dans le cas général, l'idée d'une faible substituabilité des dépenses de santé, que j'avance *a contrario* ici, s'applique à des individus se trouvant dans une situation sanitaire précaire, ou fortement soumis au risque sanitaire. Elle semble convenir tout particulièrement à un cadre subsaharien, où une large part des populations reste vulnérable en termes de santé. Les catégories n'ayant pas atteint le seuil voient généralement leurs choix réduits à des décisions de court terme, portant sur une consommation de subsistance sanitaire. La santé constitue donc bien, pour cette catégorie d'individus, une priorité dans les choix de dépenses. Mais les contraintes financières (faiblesse des ressources) et informationnelles (faible accès à l'information sur la qualité des services) peuvent accentuer le risque de se retrouver (ou de rester) sous le seuil sanitaire. Au contraire, l'atteinte du seuil permet de combiner des décisions de consommation et d'investissement. Dans ce dernier cas, l'hypothèse de Fuchs redevient une interprétation possible (mais non exclusive) de la place des choix sanitaires dans les décisions individuelles.

3.4. Implications éthiques⁴⁹

J'examine ici les implications du concept de seuil de santé dans le champ de l'éthique et de l'équité en santé. Les préoccupations d'éthique et d'équité sont très présentes dans le domaine de la santé, et particulièrement dans le cas des analyses sur les pays pauvres, puisque ces derniers sont touchés par des problèmes d'accès à la santé.

Par ailleurs, le concept de seuil de santé porte en lui-même une dimension éthique, dans la mesure où il positionne le débat sur le terrain des choix individuels et des *capabilities* individuelles à atteindre un certain bien-être.

3.4.1. L'équité comme problème éthique : cadre théorique

De nombreux travaux traitent depuis une vingtaine d'années de l'équité dans le champ de la santé. Selon Schneider–Bunner (1997), l'équité peut être présentée en tant que problème éthique, que certains courants de philosophie économique ont abordé : on peut alors distinguer trois grands pôles théoriques de la notion d'équité en santé.⁵⁰

- **Le pôle libéral**, pour lequel c'est la justice de marché qui est défendue, avec la notion d'échanges volontaires. Les inégalités ne sont donc pas injustes dès lors que le couple liberté / propriété est respecté.⁵¹

- **Le pôle égalitariste**, au sein duquel on distingue également plusieurs courants : les marxistes d'un côté, les *welfaristes* de l'autre. Ces derniers évaluent des situations sur la base du critère de bien être. On distingue généralement l'égalité de bien être et l'égalité de ressources. Cette dernière est qualifiée de *post-welfariste*.

- **Enfin le pôle rawlsien**. On parle de théories *post-welfaristes* car elles introduisent dans le corpus *welfariste* des préoccupations égalitaristes plus complexes que l'égalité de bien être. Deux courants sont généralement distingués au sein de l'approche *post-welfariste* :

⁴⁹ Documents concernés : [9], [10], [B], [C].

⁵⁰ J'emprunte cette présentation à C. Schneider-Bunner (1997, pp. 39-92).

⁵¹ Il convient cependant de différencier deux courants :

- Les libertariens (Hayek, Nozick) : pour ce courant, toutes les tentatives pour modifier l'ordre du marché conduisent au totalitarisme. Nozick (1974) estime que les droits des individus sont prioritaires par rapport à l'Etat. Une situation est juste lorsqu'elle résulte de l'application du principe d'appropriation originelle.

- Le courant plus modéré du « libéralisme redistributif », avec notamment Buchanan et Kolm. La justice de la distribution est assurée par la combinaison de deux procédures justes : la justice de fonctionnement d'un marché concurrentiel, et la justice de la répartition des dotations initiales réalisée par des institutions (impôt sur les transferts et héritages, système éducatif financé publiquement, lois pour éviter la discrimination d'accès aux emplois).

- **Le courant de l'égalité des ressources** (Rawls, Van Parijs, Dworkin). L'égalité des ressources repose sur les principes de justice de Rawls (1971). Le premier principe est celui d'égalité de liberté pour tous (libertés politiques). Le second principe a pour objet les inégalités socio-économiques.⁵²
- **Le courant de l'égalité des chances**, avec comme chef de file Amartya Sen. Ce courant repose sur plusieurs piliers. Sen pose d'abord la question : « égalité de quoi ? », et apporte une critique à l'approche de Rawls, qu'il juge fétichiste, puisqu'elle s'intéresse plus aux biens qu'à leurs effets. Cela ne veut pas dire qu'il faut revenir à l'utilitarisme, car celui-ci est trop subjectif. Tout le travail consiste donc à chercher une approche entre subjectivité (utilitarisme) et objectivité (ressources). C'est dans ce cadre que la notion d'objectivité située a été proposée. L'individu ne doit pas seulement disposer de ressources, mais également pouvoir les transformer en réalisations : capacité à transformer les caractéristiques des biens en réalisations (fonctionnements).

Dans l'approche de Sen, ce sont donc les *capabilities* (chances de réalisation) qui doivent être égalisées, car l'égalisation des biens premiers s'accompagne d'inégalités dans la capacité à les transformer en réalisations. Sen reconnaît cependant que l'égalisation des *capabilities* va moins loin que l'égalité de bien être : deux individus disposant des mêmes *capabilities* peuvent les utiliser différemment.

3.4.2. Un cadre général de l'équité en santé

Mon objectif est, partant d'une approche de l'équité fondée sur les *capabilities*, d'argumenter l'hypothèse selon laquelle on peut intégrer l'objectif d'équité dans la régulation économique. La définition de l'équité repose ici sur le concept de seuil de santé, et se trouve donc focalisée sur la demande de santé plutôt que sur l'offre, dans le prolongement des critiques que j'ai émises sur la suprématie accordée à l'offre de santé.

Si l'on admet le caractère pertinent du concept d'objectivité située pour comprendre les comportements de demande de santé dans les pays pauvres, on peut alors souligner un effet pervers du manque d'accès aux ressources. Comme le souligne Sen dans le cadre plus général des *capabilities* (Sen 2000), la situation de l'individu va jouer sur sa perception de cette situation et sa capacité d'action. Dans le cas de la santé, de fortes contraintes ou un état précaire peuvent modifier la perception subjective de la situation,

⁵² Rawls pose comme règle la juste égalité des chances dans l'éducation, la culture, la vie économique et le libre choix d'un emploi. Il y adjoint un « *principe de différence* » : les inégalités sociales et économiques doivent être à l'avantage des plus défavorisés (c'est-à-dire que ceux qui ont été favorisés par la nature peuvent tirer avantage de leur chance à condition que cela améliore la situation des moins bien lotis).

et/ou empêcher l'individu d'utiliser au mieux ses ressources. C'est pourquoi l'accès aux ressources (le droit d'accès) est aussi important que l'existence des ressources.

Sur cette base, on peut définir l'équité en santé comme l'égalité des *capabilities* de santé. Précisons cette approche.

(a) L'équité sanitaire comme égalité des *capabilities* de santé⁵³

La décentralisation des services de santé en Afrique sub-saharienne, lancée depuis la fin des années 1970, témoigne d'un certain consensus du côté des régulateurs (institutions internationales, Pouvoirs publics) pour s'orienter vers une approche localisée du développement, face aux limites de la régulation centralisée qui avait prévalu après les indépendances. Cette décentralisation a-t-elle amélioré l'équité des systèmes de santé ? Le recours aux services publics s'est-il accru ? La réponse à ces deux questions est pour le moins mitigée. Comment interpréter ce semi-échec au regard des comportements des acteurs ? Si l'on s'intéresse aux demandeurs de santé, deux catégories de facteurs peuvent être distinguées.

Premièrement, il semble que le problème central de la diversification des itinéraires thérapeutiques (cf. 3.2.2.a) n'ait pas été pris en compte dans la restructuration des services de santé. Le recours simultané à plusieurs offreurs de soins (médecine « traditionnelle », auto-traitement, secteur privé, dispensaires confessionnels...), la faible qualité persistante des services publics, ont maintenu des logiques individuelles qui expliquent la sous-utilisation des centres de santé décentralisés. Cette absence de prise en compte de la demande a donc négligé les freins locaux et individuels à l'utilisation de services de santé supposés améliorer l'équité sanitaire.

Deuxièmement, l'utilisation des services sanitaires publics peut se trouver bloquée par des caractéristiques et des contraintes individuelles que nous évoquions plus haut : traits culturels (méfiance vis-à-vis des structures publiques), faible capital informationnel sur les prestations offertes et les avantages relatifs de l'offre publique (prévention, soins de base...), faible état de santé initial constituant une contrainte forte qui empêche l'exercice des libertés individuelles (les dotations jouent alors sur la rationalité, c'est-à-dire la capacité à utiliser effectivement des services qui peuvent être, dans les faits, accessibles).

⁵³Une précision terminologique s'impose entre l'équité et l'égalité. Si certains auteurs distinguent les deux termes, d'autres les assimilent. L'égalité est souvent vue comme plus radicale que l'équité, dans la mesure où elle consiste à affecter à chacun un poids (ou une dotation) parfaitement égale. Je parlerai d'égalité au sens strict. Par contre l'équité peut caractériser une situation où tous ne seront pas parfaitement égaux, mais tous auront par contre atteint *au moins* un certain niveau de dotation dans un espace particulier (santé, éducation, revenu...). Je parlerai dans ce cas d'égalité au sens large (ou d'équité), puisque l'égalité au sens strict est une forme particulière d'équité, alors que l'équité n'implique pas forcément l'égalité stricte. Dans la suite du texte, le terme égalité s'entendra au sens large.

Ces deux ensembles de facteurs (diversité des itinéraires thérapeutiques et caractéristiques ou situation des populations) peuvent aller à l'encontre du recours à des services publics, donc à l'encontre de l'équité qui constituait pourtant un objectif premier de ces services. Ce problème rejoint certaines préoccupations de A. Sen. Celui-ci reconnaît que les individus peuvent choisir d'utiliser ou non les « fonctionnements » (façons d'agir et d'être) qui s'offrent à eux⁵⁴. En d'autres termes il y a une marge de liberté, laissée aux individus, de transformer les biens en fonctionnements et les fonctionnements en *capabilities*. Dans le cas des services de soins en Afrique subsaharienne, cela peut se traduire par l'idée que les choix individuels ne reposent pas forcément sur les seuls critères techniques (qualité, distance, disponibilité des soins) : la demande du patient est déterminée également par le souhait de maintenir son capital social, culturel... en conséquence, il ne recourra aux services publics que si leur offre coïncide avec sa vision de l'amélioration du capital santé (prise en compte de la dimension symbolique, des interrelations patient-soignant...).

Au-delà de ces choix individuels qui déterminent l'efficacité des services de soins publics, il apparaît cependant que les individus peuvent également être bloqués dans leur accès aux soins (c'est en particulier le cas pour ceux qui sont fragilisés par leur faible capital santé, et dont la perception ou la capacité d'action est modifiée). Ce problème recouvre la distinction entre fonctionnements et *capabilities*. Il n'est pas possible de raisonner sur un individu moyen dans la mesure où tous ne transforment pas les fonctionnements possibles de la même façon. Cette relativité des *capabilities* selon les individus devient source d'iniquité, notamment dans le cas des *capabilities* de base, c'est-à-dire celles liées aux choix de vie minima. Les *capabilities* de base sont pour chaque individu incontournables, elles déterminent la liberté individuelle. En conséquence on peut définir *l'équité en santé comme la situation où chacun possède les capabilities de base en santé, c'est-à-dire où chacun a atteint le seuil de santé*. C'est ce seuil qui permet ensuite une liberté de choix, une utilisation située des dotations.

(b) Implications sur les fondements éthiques des politiques de santé

L'égalité des *capabilities* en santé, en tant que critère d'équité, peut être posé comme principe éthique des décisions publiques de santé. Pourtant, cela ne signifie nullement que la satisfaction de ce critère d'équité suffirait à rendre éthique une politique publique de santé. En effet, l'éthique de la décision ne rejette pas *a priori* le respect d'autres critères tels que l'efficacité. Une réflexion sur l'éthique des choix publics peut même impliquer que le respect conjoint des critères d'équité et d'efficacité soit recherché.

⁵⁴ Les biens possèdent plusieurs caractéristiques qui s'utilisent à telle ou telle fin, c'est-à-dire selon différents fonctionnements possibles. Sen s'est plutôt intéressé à la transformation des caractéristiques des biens en réalisation personnelle qu'aux caractéristiques mêmes de ces biens (Sen 1985, p.25).

Mais cette combinaison est-elle possible et les choix publics n'amènent-ils pas forcément à privilégier l'une des deux dimensions au détriment de l'autre ? Voyons maintenant pourquoi l'objectif d'équité n'est pas incompatible, sous certaines conditions, avec la recherche d'efficacité du système de santé.

Lorsque Sen estime que « *la dichotomie agrégation-répartition est [...] l'un des problèmes les plus présents de l'évaluation sociale* » (Sen 2000 p. 196), il veut dire que, même en définissant de façon très large l'égalité, celle-ci ne peut être la seule préoccupation, et qu'il faut donc intégrer notamment les exigences d'agrégation, dont l'efficacité. Cependant, l'auteur reconnaît que « *les préoccupations d'agrégation elles-mêmes peuvent donner à l'égalité un rôle crucial dans leur formulation* ». Appliquée à la santé, cette idée peut s'interpréter ainsi : lorsqu'on effectue un calcul de l'agrégation, ou plus spécifiquement de l'efficacité d'une situation ou d'une décision, on doit répondre à la question des éléments qui seront inclus dans la règle et de leur pondération. C'est d'ailleurs précisément ce que fait l'utilitarisme en donnant à chaque individu la même pondération dans la fonction agrégée d'utilité. En ce sens, l'utilitarisme est égalitaire, mais avec une conception très particulière et restrictive de l'égalité, puisque c'est l'égalité du poids des utilités accordé à chacun.

Dans le champ de la santé, que l'on parle d'utilité ou de bien-être, il est difficile de donner la même pondération à chaque individu. Pourtant cette préoccupation est souvent très présente dans les travaux de mesure des états de santé.⁵⁵ Dans le même ordre d'idée, si l'on admet l'existence d'un seuil de santé comme frontière de l'accès aux *capabilities*, alors l'exigence d'égalité de tous devant le seuil de santé peut être considérée comme une préoccupation suffisamment importante pour être intégrée

⁵⁵ L'étude de la charge mondiale de la maladie (*global burden of disease*, GBD), lancée en 1992 (Murray et Lopez 1996), illustre bien ce point. L'objectif était de fournir un instrument de mesure des atteintes à la santé, à partir des Années de Vie Corrigées de l'Invalidité (AVCI). La dimension éthique de cette étude apparaît évidente. Comme le souligne Michaud (1999), l'indicateur AVCI repose sur deux principes égalitaires. Le premier consiste à considérer que lorsque les conséquences sur la santé sont identiques, la charge de la maladie est calculée de la même façon pour chacun (l'auteur donne l'exemple suivant : « ...deux femmes qui décèdent à 45 ans, l'une dans un accident d'automobile à Brazzaville, l'autre d'un cancer du sein à Paris, perdront par décès prématuré le même nombre d'années » (p. 334). Le second principe est que « *les seules caractéristiques individuelles indépendantes de la santé à prendre en considération pour le calcul de la charge de la maladie associée à telle ou telle atteinte à la santé sont l'âge et le sexe* » (ceci exclut par exemple l'éducation, la race, la religion, cf. p 334).

Il en résulte que l'étude GBD, destinée au départ à un objectif de mesure de l'efficacité (au sens d'agrégation que nous lui avons donné plus haut), intègre des règles égalitaires qui font dire à C. Michaud que cette étude comporte une dimension éthique importante. On peut aller plus loin en disant que la dimension éthique de cette étude provient du fait que l'on cherche à mesurer l'efficacité en vue de l'améliorer, tout en respectant des principes égalitaires selon certains critères. Le caractère éthique de cette démarche résulte du fait qu'elle cherche à fournir des outils d'intervention qui seront favorables à la fois à l'efficacité et à l'équité.

comme un pré requis dans les objectifs d'efficacité. Une telle position peut alors s'énoncer ainsi : une décision publique de santé devra contribuer à ***la production à moindre coût des services reconnus comme efficaces, tout en assurant le meilleur rapport entre l'amélioration de la santé et le bien-être collectif, ce dernier dépendant en partie de l'équité sanitaire c'est-à-dire l'atteinte du seuil de santé par tous***. Cette position consisterait à intégrer le critère d'équité dans celui d'efficacité, considérant que la démarche éthique en santé relève de ces deux critères.

Par ailleurs, cette position n'est pas seulement éthique, elle peut trouver une justification économique. En effet j'ai insisté sur le rôle actif, ou potentiellement actif, de la demande de santé à travers l'objectivité située. Or on peut admettre *a contrario* que les individus qui n'auront pas atteint le seuil seront dans l'impossibilité de jouer activement sur l'amélioration de leur état de santé, et réduiront de ce fait l'efficacité globale du système (la meilleure utilisation des ressources disponibles). L'équité des *capabilities* sanitaires de base peut donc être un facteur d'accroissement de l'efficacité du système. Certes, on pourra rétorquer à cet argument économique qu'il n'est pas prouvé que l'égalité des *capabilities* procure une plus grande efficacité qu'une situation inégalitaire. Ce contre-argument est parfois défendu à partir de l'idée que les individus ont des aptitudes et des compétences différentes, ce qui justifie de donner plus de *capabilities* et de pouvoirs à certaines personnes. On peut répondre que, si ce raisonnement peut être défendu dans certains cas (les chefs de gouvernements, certaines « élites » sociales...), il est beaucoup plus discutable dans le domaine de la santé, où il ne s'agit pas de favoriser simplement l'accès de certains à des services de « confort » ou d'amélioration des moyens d'agir pour d'autres, mais plutôt d'assurer la survie des individus. En outre, et dans le sens de cette réponse, le seuil de santé n'est pas une capacité comme les autres. C'est une capacité de base, en deçà de laquelle la survie n'est plus assurée, ce qui justifie *a fortiori* de réduire la possibilité d'inégalités des personnes face à ce critère.

Ces considérations relatives à l'équité reviendront dans des travaux ultérieurs, abordés dans la quatrième partie.

3.4.3. Un obstacle : la sous-estimation de l'objectivité située dans les indicateurs de santé

L'objectivité située constitue le point de départ de l'approche de l'équité présentée plus haut, et de son intégration possible dans l'objectif d'efficacité. Or il s'avère que l'objectivité située est peu prise en compte dans les indicateurs de santé les plus couramment utilisés, comme je vais tenter de le montrer dans ce qui suit. J'en tirerai les conséquences sur la nécessité d'améliorer la prise en compte de l'objectivité située, pour mieux appréhender les comportements individuels qui influencent l'équité sanitaire.

Pour souligner le caractère limité de la connaissance des usages et comportements, j'ai proposé [9 et 10] une typologie des indicateurs de santé publiés et/ou utilisés par les institutions qui s'intéressent aux problèmes de développement humain (OMS, PNUD, Banque Mondiale⁵⁶...). En cohérence avec les développements précédents, cette typologie regroupe les différents indicateurs selon qu'ils relèvent plutôt de l'offre de santé ou plutôt de la demande de santé. Du côté de l'offre, on s'intéresse alors à l'existence des ressources nécessaires à l'atteinte des *capabilities* individuelles (ce qui donne aux individus les moyens de faire des choix), alors que du côté de la demande, on se penche sur les comportements des individus qui joueront sur, ou seront influencés par, l'état de santé de ces individus (ceci rejoint la notion d'objectivité située).

Le tableau 2 présente cette approche. La démarche a consisté à chercher la place de chaque catégorie d'indicateurs (préalablement séparés en indicateurs de demande ou d'offre) dans le débat sur le relativisme. J'ai considéré que, schématiquement, ce débat permettait de distinguer trois types de mesures de la santé :

- Les mesures à visée objective, dont un certain nombre se retrouvent dans les indicateurs d'offre.
- Les mesures « subjectives », qui sont plutôt des indicateurs de demande.
- Les mesures cherchant à traduire le concept d'objectivité située, et qui, du fait de leur vocation à étudier les usages et les comportements, peuvent également être considérées comme des indicateurs de demande.

⁵⁶ Voir notamment les rapports de l'OMS sur la santé, les rapports sur le développement de la Banque Mondiale, les « World development indicators » de la Banque Mondiale, les rapports sur le développement humain du PNUD...

Tableau 2 : Une typologie des indicateurs de santé

Nature	Objet de la mesure	Indicateurs utilisés	Place dans le débat sur le relativisme
Indicateurs de demande	Etat objectif	Indicateurs objectifs de base et physiques : mortalité, espérance de vie, nutrition, calories, prévalences...	Mesure à visée objective
	Etat subjectif	Morbidité ressentie...	Subjectivité
	Usage/comportements	- Démographie - Contraception, hygiène - Dépenses privées - Itinéraires thérapeutiques (praticiens consultés...)	Objectivité située
Indicateurs d'offre	Quantité	- au sens strict : équipement, personnel... - au sens large : quantité et effort sur l'offre (dépenses/PIB, campagnes de vaccination...)	Mesure à visée objective
	Accès	Accès aux soins et aux services, à l'eau potable, nombre d'hospitalisations, de consultations, de vaccinations, de naissances sous assistance médicale...	Mesure à visée objective
	Qualité	Compétences, matériel...	Mesure à visée objective

Tiré de [9]

Comment interpréter cette typologie ? L'un des enseignements de l'approche par l'objectivité située est que, dans les réflexions sur le développement humain, il conviendrait de prendre en compte, en plus des critères « objectifs » du bien-être couramment utilisés, des indicateurs reflétant les choix des populations et leurs perceptions du bien-être qu'elles tirent des services et des dotations à leur disposition. En d'autres termes, la mesure du développement humain **gagnerait à intégrer des indicateurs de « subjectivité » et d' « objectivité située »**. A cet égard, le tableau amène aux commentaires suivants :

- On note que les mesures relatives aux ressources (offre de santé) sont nombreuses, à l'inverse des mesures en termes de fonctionnements subjectifs et de comportements, pourtant nécessaires à la recherche des *capabilities* de santé.

- Dans les indicateurs de demande à visée objective, on trouve à la fois des ressources, des états et des fonctionnements que nous qualifions d' « objectifs ». Concernant ces deux dernières catégories, on pense par exemple à la situation en termes de nutrition, qui peut dépendre de la disponibilité en ressources, mais qui

peut également être considérée comme traduisant un état de santé donné (malnutrition par exemple), ce dernier étant à son tour utilisé par certains analystes comme une bonne approximation du bien-être.

- Le point précédent souligne que la séparation ressources-*capabilities*-fonctionnements n'est pas simple, et fait plus l'objet d'un *continuum* que d'un découpage clair. Il faut à ce titre souligner que les approches qui cherchent à mesurer les conditions de vie et celles qui s'intéressent aux *capabilities* utilisent en partie les mêmes indicateurs (taux de mortalité, nutrition...).

- La complexité, et parfois l'ambiguïté, du passage des ressources aux *capabilities* (cf. point ci-dessus) contribuent à justifier que l'on recourt à la fois à des indicateurs de fonctionnements « objectifs » et « subjectifs ». Ces derniers permettent de prendre en compte la perception des populations elles-mêmes, ce qui contrebalance les mesures objectives de la santé, tout en n'évitant pas le biais inverse de la subjectivité des perceptions. En fin de compte les mesures d'objectivité et de subjectivité sont complémentaires.

Les commentaires précédents ne doivent cependant pas faire oublier que la place des indicateurs dans le débat sur le relativisme n'est pas aussi figée que ne le laisserait supposer la classification donnée dans le tableau 2. Ce dernier ne vise pas à enfermer définitivement chaque indicateur dans une catégorie conceptuelle. De plus, la place limitée des indicateurs d'objectivité située ou de subjectivité tient en partie aux difficultés techniques rencontrées dans la prise en compte du côté « demande » au sein des indicateurs de développement humain.

Cependant on peut soutenir l'idée que les fondements mêmes des indicateurs de développement humain sont restés largement orientés vers la recherche des *résultats produits* par les individus plutôt que le *bien-être final de ces derniers*. Dans le domaine sanitaire, on peut suggérer que, dans la mesure du possible, soient développées les études portant sur les perceptions et les usages de la demande, tels que la morbidité ressentie, les dépenses privées, les itinéraires thérapeutiques (choix des patients). En effet, pour concilier l'efficacité (agrégation) et l'équité face au seuil de santé, il faut rétablir la place de l'objectivité située, et pour cela s'intéresser aux indicateurs les plus proches de cette démarche. Pourquoi rétablir la place de l'objectivité située ? Si l'on admet que les individus jouent un rôle actif à travers leur demande et leur façon d'utiliser les ressources (ce que dit le concept d'objectivité située), alors l'atteinte du seuil de santé peut être vue comme une condition importante d'un usage rationnel de ces ressources. Or l'usage des ressources à bon escient joue lui-même sur l'efficacité du système, c'est-à-dire sur le niveau global de bien-être (cf. plus haut 3.4.2.b). On peut en déduire qu'une meilleure connaissance des usages et des comportements permettrait de détecter les manques de *capabilities* à l'origine des décisions nuisibles au bien-être individuel. Orienter les évaluations vers les usages et les comportements est une

condition préalable pour que la demande occupe une part active dans l'équité sanitaire, et que cette équité joue elle-même dans l'efficacité du système.

3.5. Implications sur la mesure du développement humain⁵⁷

Le concept de seuil de santé rend possible d'introduire la contrainte d'un seuil minimal en deçà duquel le développement humain ne peut être assuré, même par une compensation avec les autres actifs (éducation, revenu, environnement familial...). Cela signifie que les différents actifs possédés par l'individu ne peuvent se substituer les uns aux autres que jusqu'à un certain point. Par exemple, en situation de sous-nutrition ou de grave maladie, la capacité de l'individu à combiner rationnellement les différents actifs pour maintenir ou améliorer son bien-être n'est plus assurée. Pour ces dimensions particulières du développement humain, une approche en termes de seuil est donc envisageable, ce qui pose la question des relations entre les différentes dimensions du développement.

3.5.1. Prendre en compte les problèmes d'irréversibilités

La question des relations entre les différentes dimensions ou sous-dimensions du développement humain peut être abordée à partir d'une analyse en termes d'actifs. Les différentes dimensions, représentées par un stock initial, peuvent varier à la hausse ou à la baisse⁵⁸. Bien entendu cette représentation n'a qu'une vocation analytique, dans les faits certaines composantes s'accordent mal avec une quantification.

On peut illustrer le problème à partir des liens entre la dimension humaine au sens strict (éducation, santé...) et la dimension sociale (cohésion sociale, équité, transferts inter et intragénérationnels de bien-être...). Le caractère particulièrement sensible de ces dimensions aux décisions de politique économique ou aux fluctuations économiques, compte tenu de la faiblesse des dotations humaines de base dans les pays pauvres, permet de souligner l'ampleur des problèmes d'irréversibilité dans un tel contexte [13], [17].

Le point de départ consiste à reconnaître que les différentes formes de capital (naturel, monétaire, humain, social...) ne sont pas purement substituables, notamment dans le cas des actifs pour lesquels existent des seuils d'irréversibilité de la dépréciation. On peut examiner le cas des liens entre le capital social⁵⁹ et le capital santé. Le choix de

⁵⁷ Documents concernés : [13], [15], [17],[22].

⁵⁸ La démarche en termes de stock de capital est retenue dans les travaux qui étudient l'évolution des formes de capital dans le temps, dans une optique de soutenabilité (cf. par exemple Pearce et Atkinson, 1993, pour ne citer que ces auteurs).

⁵⁹ « *Le capital social est du revenu social escompté ou capitalisé pour une période et un taux d'intérêt donnés. Il est le fruit d'un investissement social qui crée un stock de droits et obligations selon Gluckman (1965), et éventuellement du revenu [...]. Le capital social est donc une capitalisation de droits interpersonnels (vis à vis d'autres personnes). Il diffère du capital humain (Schultz, 1960 ; Becker, 1964) qui concerne un stock personnel d'éducation et de santé, lequel peut être consommé ou augmenté. Les droits peuvent être considérés bruts ou nets des obligations qui sont dues. Ils peuvent donner lieu à des*

considérer le cas du capital santé (composante du capital humain) tient au rôle essentiel de ce dernier dans le développement humain et à sa faiblesse dans les économies pauvres et en développement.

L'hypothèse de substitution possible d'un actif à l'autre ne peut être conservée que pour un certain niveau de capital. Les actifs sont substituables seulement si, pour chacun d'eux, le seuil d'irréversibilité n'a pas été atteint.⁶⁰ Ainsi le capital social peut subir des dégradations irréversibles qui rendent impossible la compensation par d'autres formes d'actifs, monétaires ou non. De même, le capital santé peut conditionner la possibilité de recourir à d'autres formes d'actifs, comme l'a suggéré l'approche de Sen (1981) sur les dotations initiales (un stock trop faible de capital humain empêchera par exemple de recourir efficacement aux transferts ou aux aides matérielles communautaires). Prenons un exemple : dans le cas du SIDA en Afrique, on a constaté que la prise en charge familiale et communautaire (que l'on peut considérer comme un usage possible du capital social) permettait la survie, dans des conditions relativement satisfaisantes, des personnes touchées par la maladie. Cependant, cela n'est vrai que pour un état faiblement avancé de la maladie. Pour les cas avancés, la prise en charge communautaire est confrontée à l'insuffisance des ressources, à la remise en cause de l'équilibre communautaire et aux pressions émanant de l'entourage. Le capital social ne permet pas de compenser totalement la réduction du stock de santé.

Le problème est de définir les liens entre les seuils d'irréversibilité pour chaque type d'actif. Dans le cas du capital social et du capital santé, la combinaison de ces deux actifs, dans un but de maintien ou d'amélioration du bien-être, n'est possible qu'à partir d'un stock initial minimal de chacun d'entre eux. La difficulté est également de mesurer ces seuils croisés et ces effets de complémentarité, puisque les dotations en actifs sont différentes pour chaque individu, créant de multiples combinaisons possibles. On peut, par exemple, supposer que l'effet sur les populations d'une intervention jouant sur le capital social (politiques d'investissement-travail, projets de développement rural...) sera d'autant plus imprévisible que le capital humain de la population est initialement faible. Cela est vrai des populations d'Afrique subsaharienne, pour lesquelles les indices de développement humain sont parmi les plus bas. La faiblesse du capital humain étant partiellement compensée par le capital social, une remise en cause de ce dernier pourrait avoir des effets désastreux.

transferts de biens, de monnaie, d'éducation, d'information, de convictions religieuses, politiques, de proximité, d'affection. Il existe des droits et des transferts matériels et immatériels. La mesure du capital social par les réseaux de sociabilité pose de sérieux problèmes théoriques et pratiques ; il est plus facile de mesurer certains flux : transferts par exemple ou revenus de pluriactivité » (extrait de [13]).

⁶⁰ Dans une critique interne du modèle standard de l'environnement (Hartwick 1978), des auteurs tels que Pearce et Turner (1990) avaient énoncé ce principe dans le cas du capital naturel, en soulignant que la capacité de l'environnement à assimiler les pollutions était limitée. Dans une critique externe, l'économie écologique met en avant le caractère irremplaçable de certaines ressources naturelles, qui rend le capital naturel non substituable (par exemple Ekins 2003).

Cette question s'inscrit dans l'évolution récente des politiques de développement. Le passage des « plans d'ajustement » (années 1980) à la « dimension sociale de l'ajustement » (Banque Mondiale, années 1990) témoignait du rééquilibrage partiel entre les équilibres macro-économiques et le nécessaire développement humain. L'orientation ultérieure vers la « dimension institutionnelle du développement » (fin des années 1990) répond à des préoccupations relatives au capital social (capital social qui peut concerner tout autant les autorités que la communauté privée). De telles politiques sont prônées depuis plusieurs années par certaines institutions influentes, sous l'inspiration d'auteurs qui estiment que le manque ou la destruction de capital social constitue un frein au développement économique (Collier et Gunning 1999, Stiglitz 1999...). Le spectre des actifs considérés dans les programmes internationaux de développement s'élargit puisque s'y intègrent aujourd'hui le capital humain, social, culturel, environnemental...

Si ces évolutions dans les politiques du développement introduisent avec raison des dimensions jusque-là négligées ou oubliées, tiennent-elles pour autant compte des relations critiques entre les différentes formes d'actifs du développement ? N'est-il pas nécessaire de définir des seuils critiques permettant ou empêchant des substitutions entre les différents actifs ?⁶¹

3.5.2. Implications pour l'évaluation du développement humain et durable

On le voit, l'articulation des dimensions du développement durable soulève des questions complexes dans le cas des pays pauvres et en développement, notamment lorsque l'on s'interroge sur l'impact des programmes de développement. La réflexion sur les dimensions de la durabilité ne peut être abordée indépendamment des questions d'évaluation de ces dimensions. La difficulté est de prendre en compte dans ces évaluations les effets possibles d'irréversibilité dans chaque composante. C'est pourquoi, en parallèle des travaux sur la santé, il m'a semblé intéressant de me pencher sur la question plus large de la mesure du développement durable et du bien-être [15, 16, 17, 22].

Cette réflexion m'a amené à la conclusion que, pour capter la situation relative d'un pays en termes de développement humain et durable, il semble nécessaire d'utiliser conjointement des indicateurs synthétiques d'une part, et des indicateurs sectoriels d'autre part. En effet :

⁶¹ A titre d'exemple certaines activités « informelles » de recyclage des produits manufacturés, telles que les batteries de plomb au Mali, sont favorables à la dimension économique du développement en tant que moyen de subsistance. Elles maintiennent également le capital social et s'appuient sur lui. Mais elles engendrent des effets sanitaires et environnementaux désastreux. Comment arbitrer entre ces dimensions ? La définition de seuils pour chaque actif du développement pourrait être un outil précieux pour les politiques.

- Les indicateurs synthétiques (de type IDH, mais également les tentatives d'indicateurs composites menées depuis les années 1990) tentent de résumer en un chiffre la position des pays. Même s'ils ne fournissent qu'une vision globale, leur intérêt réside dans la possibilité qu'ils offrent de procéder à des comparaisons internationales de durabilité sur la base des « situations moyennes ». Mais ils posent le problème de l'irréversibilité de la perte de certains actifs, qui n'est pas prise en compte dans le calcul. En effet les *capabilities* individuelles dépendent de la possibilité d'accéder aux besoins essentiels, ce qui limite en partie les possibilités de substitution entre ces différents besoins. La particularité de la santé sous cet angle est d'être l'un des actifs les plus sensibles à la propriété d'irréversibilité.⁶²

- Les indicateurs sectoriels (ou consacrés à une seule dimension du développement durable : environnementale, humaine...) permettent d'une part de prendre en compte les spécificités nationales (contexte environnemental, social, politique...), d'autre part de creuser la mesure de chaque dimension afin d'intégrer les possibles effets de seuil définis plus haut (dégradation irréversible de l'un des actifs, c'est-à-dire non compensable par la hausse d'un autre actif). Je qualifie ces mesures d'unidimensionnelles (si elles traitent par exemple la seule dimension humaine) ou de sectorielles (si elles mesurent une composante particulière d'une dimension, par exemple la santé).⁶³

Si l'on admet que le bien-être humain dépend d'une large palette d'actifs (santé, éducation, revenu, capital social...), et que certains de ces actifs sont particulièrement sensibles au risque d'irréversibilité, le problème n'est alors pas de comparer la valeur absolue des actifs entre eux, mais de trouver pour chaque actif des critères qui permettent ensuite de construire un seuil par rapport auquel on pourra positionner chaque population. Une telle approche sectorielle peut aboutir à des résultats différents de l'approche moyenne du développement humain.⁶⁴

⁶² La possibilité de dégradations irréversibles du capital santé m'a amené à proposer dans un travail antérieur un modèle de soutenabilité forte incluant le seuil minimum de santé [5].

⁶³ Cependant la mesure de certaines composantes pose problème, par exemple le capital social.

⁶⁴ On peut envisager par exemple qu'un individu en bonne santé mais isolé socialement aura un bon indice moyen de développement humain mais un mauvais score selon une approche sectorielle, à cause de ces effets de seuil. Cet exemple est notamment plausible dans les pays riches, mais n'est pas exclu dans les zones pauvres du fait de l'ambivalence du lien communautaire, qui peut être bénéfique ou néfaste à l'individu (voir les pressions familiales sur les revenus des fonctionnaires, ou les effets de la pauvreté sur la destruction du lien communautaire et les conflits ethniques qui en découlent). On pourra également imaginer dans les pays pauvres des situations où certains actifs sont plutôt élevés (transferts communautaires bénéfiques par exemple) et d'autres faibles (éducation, santé, environnement...). Dans la mesure où de multiples combinaisons sont possibles, ces exemples doivent cependant être considérés avec précaution.

Il reste à opérationnaliser cette question de l'articulation entre les différents actifs du développement humain et durable à travers des cas d'étude. Pour le moment je me suis cantonné à délimiter les conditions d'une évaluation du développement prenant en compte les effets de seuils et les complémentarités entre les différents actifs. C'est dans cet esprit que j'ai proposé une grille d'évaluation d'indicateurs composites du développement humain et du bien-être [17, 22]. Cette grille m'amène à conclure que, si l'on admet la pertinence d'une approche en termes de soutenabilité forte (qui implique de définir un seuil minimal acceptable pour la santé), alors les indices composites se heurtent au problème d'irréversibilité. Ils demeurent des indicateurs de soutenabilité faible, à moins de définir des seuils dans chacune des dimensions (une variable dont la valeur descendrait sous le seuil devrait alors être surpondérée pour prendre en compte les effets d'irréversibilité sur le bien-être global).

Conclusion de la troisième partie

L'objectif de l'approche en termes de seuil de santé est de fournir un cadre général d'analyse aux recherches et aux programmes concernés par les questions de vulnérabilité sanitaire. Si l'équité face au seuil est intégrée comme critère de décisions collectives, au même titre que le sont habituellement l'efficacité et l'efficience, cela pourrait contribuer à redonner à la demande de santé une place centrale dans ce domaine du développement humain.

Néanmoins la question se pose de l'opérationnalisation du seuil de santé. J'ai souligné les difficultés d'une telle étape, dans la mesure où elle nécessiterait d'utiliser de façon conjointe des indicateurs objectifs et subjectifs. Ainsi le seuil peut être différent d'un territoire à l'autre et le choix des indicateurs retenus n'est pas neutre.⁶⁵ Bien entendu, mon objectif n'est pas de proposer une mesure précise du seuil, mais de souligner l'importance pour les sociétés de le définir sur la base du principe d'objectivité située du bien-être, qui me semble permettre de redonner une position centrale aux patients et plus généralement aux comportements individuels. Cependant, ce retour de l'Homme dans les choix collectifs n'est pas celui des seules capacités individuelles de décision. Il est également un retour aux fondements éthiques du développement, c'est-à-dire une finalité humaine du développement, que traduit d'une certaine façon l'approche de la soutenabilité forte du développement.⁶⁶ Le seuil de santé serait à ce titre l'un des droits humains fondamentaux, mais également une condition d'accès à d'autres droits humains relatifs à l'éducation, à la culture, aux libertés. S'il est reconnu comme tel, le seuil de santé soulève alors la question des modes de régulation qui permettraient d'assurer ce droit et des institutions qui peuvent le porter. La partie suivante aborde cette question à une échelle internationale.

⁶⁵ Voir par exemple l'approche de Ballet et Jiddou (2005) dans le cas de la Mauritanie.

⁶⁶ La soutenabilité au sens fort recouvre des approches dont le point commun est de remettre en cause l'idée d'une substituabilité possible entre des actifs quel que soit le niveau de chacun d'entre eux. Dans notre cas cela conduit à considérer comme insoutenable un développement qui se ferait au détriment de la dimension humaine, en particulier la santé.

Bibliographie de la troisième partie

- ATTIN S.J. (1990), *Perspective du passage du secteur informel au secteur formel au Bénin (le coût de la légalité)*. BIT, Genève.
- AUDIBERT M., MATHONNAT J. (1998), « Les déterminants de la demande de soins chez les Senufo de Côte d'Ivoire », *Maîtrise de la complexité en santé*, Actes du colloque, A.E.A et L.A.S.S., Université Jean Moulin-Lyon 3, Lyon, 9-10 juillet, 448 p.
- BALLET J., JIDDOU F.O.B. (2005), « L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels », *Mondes en développement*, tome 33 n° 131, pp. 87-97
- BANQUE MONDIALE (1987), *Financing health services in developing countries : an agenda for reforms*. Washington.
- BANQUE MONDIALE (1993), *Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde*, Washington, Banque mondiale.
- BANQUE MONDIALE (1994), *Une infrastructure pour le développement*, Rapport sur le développement dans le monde.
- BANQUE MONDIALE (1999), *Rapport 1998-1999 sur le développement dans le monde*. Banque Mondiale-Eska, 279 p.
- BANQUE MONDIALE (2004), *Des services pour les pauvres, Rapport sur le développement dans le monde*, Washington, ESKA-Banque mondiale.
- BARON D., MYERSON R. (1982), « Regulating a monopolist with unknown costs », *Econometrica*, vol 50, n°4.
- BECKER G. (1964), *Human capital : a theoretical and empirical analysis*, New York, Columbia University Press
- BICHMANN W., AC GBAGUIDI E., AGBOTON Y., DIESFELD H.J., SIMSHÄUSER U. (1991), « District health systems: users' preferences for services in Benin », *Health Policy and Planning*, n°4.
- BOLDUC D., LACROIX G., MULLER C. (1996), « The choice of medical providers in rural Benin : a comparison of discrete choice models », *Journal of Health Economics*, vol.15, pp. 477-498.
- BÖS D., PETERS W. (1990), « A principal- agent approach to human effort and control in public and private firms », Discussion paper, in Ott, Hartley, Privatization and economic efficiency.
- CENTRE REGIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE (CREDESA) (1989), Rapport final des activités de recherche. Pahou, Bénin. Décembre.
- COLLIER P., WILLEM GUNNING J. (1999), « Explaining African Economic Performance », *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXVII (March), pp. 64-111.
- CROPPER M.L. (1977), « Health, investment in health and occupational choice », *Journal of Political Economy*, n° 6.
- CROPPER M.L. (1981), « Measuring the benefits from reduced morbidity », *American Economic Review*, n° 2.
- CURIEN (1990), Calcul économique. In Greffe, Mairesse, Reiffers, *Encyclopédie Economique*, Economica, T. 1, pp 411-454.
- CZESNIK F., WOLF E. (1992), Pouvoir d'achat et auto-financement dans le projet bénino-allemand des soins de santé primaires. Projet bénino-allemand de soins primaires, SVA/GTZ, Cotonou.
- DREZE J., SEN A. (1989), *Hunger and public action*. Oxford University Press.
- EKINS P. (2003), « Identifying Critical Natural Capital : Conclusions about Critical Natural Capital », *Ecological Economics*, vol. 44, n° 2-3, p. 277-292.
- FUCHS V. (1972), « Health care and the United States economic system », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, n° 2.
- GLUCKMAN M. (1965), *Politics and ritual in tribal society*, Oxford, Blackwell.
- GROSSMAN M. (1972), « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, vol. 80, n° 2, pp 223-255.

- HARTWICK J. (1978), « Substitution among exhaustible resources and intergenerational equity », *Review of Economic Studies*, vol. 45, n°2.
- HOURS B. (1986), « L'Etat de la santé », *Cahiers d'Etudes Africaines*, n° 103.
- HUGON Ph. (2003), « Le concept d'acteurs du développement chez les pionniers du développement : Albert Otto Hirschman et François Perroux », *Mondes en développement*, vol. 31, n°124, p. 9-31.
- JUILLET A., (1999), « L'impact des tarifs des services de santé et des revenus sur les décisions de recours aux soins des malades à Bamako - estimation d'un modèle logit emboîté » », communication aux *quatrième Journées scientifiques du réseau Analyse économique et développement de l'AUFELF-UREF*, 14-15 janvier, Ouagadougou.
- KLEIBER Ch. (1991), *Questions de soins. Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins*. Payot, Lausanne.
- LAFFONT J.J., TIROLE J. (1986), « Using cost observation to regulate firms », *Journal of Political Economy*, vol. 94, n°3.
- LAFFONT J.J., TIROLE J. (1990), « The regulation of multiproduct firms », *Journal of Public Economics*, vol.43.
- LE PEN Cl. (1988), « Demande de soins, demande de santé », *Revue d'Economie Politique*, n° 4.
- LELAND H.E. (1979), « Quacks, lemons and licensing : a theory of minimum quality standards », *Journal of Political Economy*, vol.87, n°6, pp 1328-1346.
- MALDONADO C. (1993), « Rompre l'isolement: une expérience d'appui aux petits producteurs urbains du Bénin » », *Revue Internationale du Travail*, vol. 132, n° 2.
- MEESSEN B., VAN DAMME W. (2005), « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles? » », *Mondes en développement*, tome 33, n°131, pp. 59-73.
- MICHAUD C. (1999), « La charge mondiale des maladies et blessures en 1990 », *Revue Internationale de Sciences Sociales*, 161, septembre, pp. 327-337.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP) (1993b), Plan directeur pharmaceutique. Cotonou.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN (MSP) (1993c), Plan d'action prioritaire triennal 1994-1996.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN, OMS, PNUD (1991), Identification de la perception des problèmes sanitaires par les populations du Bénin. Cotonou.
- MOUGEOT M. (1986), *Le système de santé : centralisation ou décentralisation?* Economica.
- MOUGEOT M. (1994), *Systèmes de santé et concurrence*. Economica.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D. (1996), *The Global Burden of Disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard University Press, Cambridge.
- NOZICK R. (1974), *Anarchy State and utopia*. New York, Basic books inc.
- NYS J.F. (1981), *La santé: consommation ou investissement*. Paris, Economica.
- PEARCE D., ATKINSON G.D. (1993), « Capital theory and the measurement of sustainable development : an indicator of « weak » sustainability », *Ecological Economics*, vol. 8, n°2
- PEARCE D., TURNER K. (1990), *Economics of natural resources and the environment*, Harvester Wheatsheaf, Londres, 1990.
- PERROT J. (2003), « Un partenariat basé sur des relations contractuelles : une option stratégique pour améliorer la performance des systèmes de santé », in M. Audibert, J. Mathonnat, E. de Roodenbeke, *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, pp 397-422.
- RAWLS J. (1971), *A theory of justice*. Harvard University Press.
- RICHARD. J.L. (1995), « Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural », *Espace, Populations, Sociétés*, n° 1, pp. 91-94.
- SCHNEIDER BUNNER Cl. (1997), *Santé et justice sociale*, Economica.

-
- SCHULTZ T.W. (1960), « The formation of human capital by education », *Journal of Political Economy*, 68 (december).
- SEN A. (1981), « Ingredients of famine analysis : availability and entitlements », *Quarterly Journal of Economics*, août, p.433-464.
- SEN A. (1985), *Commodities and capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- SEN A. (1993), « Positional objectivity », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 22, p12-44.
- SEN A (2000), *Repenser l'inégalité*, Seuil, 281 p. Edition originale : *Inequality reexamined*, Oxford University Press, 1992.
- STIGLITZ J. (1999), « Quis custodiet ipsos custodes », Annual bank conference on development economics – Europe, June.
- ZWI A.B., MILLS A. (1995), « Health policies in developing countries : past trends and future directions », *Journal of International Development*, vol. 7, n°3, pp 299-328.

4. « Gouvernance mondiale » et seuil de santé

4.1. Point de départ et démarche⁶⁷

L'action sur la santé à l'échelle mondiale connaît une diversification des pôles d'influence. Alors que les Etats ont longtemps dominé les initiatives en la matière, avec l'aide de l'OMS comme organe international spécialisé dans l'intervention sur la santé publique, les deux dernières décennies du vingtième siècle ont initié un mouvement de déplacement des pouvoirs. Ce phénomène se manifeste par une régulation moins verticale de l'action (celle-ci était gérée par des institutions officiellement dédiées à ce secteur), au profit des interventions de type horizontal faisant intervenir, à côté des acteurs publics nationaux et internationaux, des acteurs de la sphère privée (entreprises, ONG...). Ces nouvelles formes de régulation ne sont pas toujours prises en compte dans les réflexions sur l'action internationale pour la santé. Par exemple, commentant certaines propositions intéressantes de réforme des organismes internationaux intervenant dans le domaine de la santé, Chen et *alii* (1999, p. 147) estiment cependant que ces analyses ne prennent pas en compte le pluralisme des acteurs de la santé. Ils ajoutent que, parallèlement à la montée en puissance des acteurs privés, la diversité des organisations internationales s'est également accrue, ce qui témoigne d'un intérêt croissant pour la santé mondiale, mais rend également plus difficile la compréhension des mécanismes de régulation⁶⁸.

La diversité croissante des acteurs et le développement d'actions horizontales (interventions conjointes, voire partenariats entre acteurs multiples) n'a pourtant pas amélioré de façon significative le niveau de santé dans les pays en développement. En même temps ce phénomène pose la question des logiques poursuivies par les différents acteurs en présence. Ce sont ces deux constats qui sont à l'origine des travaux présentés dans cette quatrième partie. Le cadre analytique de ces travaux trouve ses fondements dans les questions posées par l'économie institutionnelle. Je considère l'économie institutionnelle au sens large, à savoir une approche préoccupée par les comportements et les rapports de force entre les acteurs. L'un des thèmes présents chez les fondateurs de l'approche institutionnelle est celui du contrôle social, c'est-à-dire de la façon dont certains groupes occupent le pouvoir sur la société.⁶⁹ Dans les analyses plus récentes en

⁶⁷ Les travaux concernés dans la liste en fin de document sont les suivants : [14], [18], [19], [20], [21], [E].

⁶⁸ Ainsi, par exemple, au sein même des Nations unies, alors que l'OMS constituait le principal organisme en matière de santé publique, d'autres composantes « onusiennes » se sont de plus en plus investies dans des actions liées à la santé (Fonds des Nations unies pour l'enfance – UNICEF, Fonds des Nations unies pour la population – FNUAP, PNUD), tandis que des programmes nouveaux étaient créés (ONUSIDA).

⁶⁹ Par exemple ces thématiques sont, selon le Collectif de Recherche sur l'Economie Institutionnaliste (COREI), très présentes chez T. Veblen et J.R. Commons (COREI 1995).

termes d'institutions cette question n'est pas toujours traitée avec l'acuité qu'elle mérite. La « nouvelle économie institutionnelle » est ainsi centrée sur la recherche d'équilibre ou de coordination, mais en insistant plus sur des modalités techniques (contrats, conventions) que sur les rapports de force sous-jacents.⁷⁰ J'ai cherché à replacer au centre de l'analyse cette idée des rapports de force, qui n'est pas seulement présente chez Marx mais également chez les fondateurs de l'approche institutionnaliste.

L'objet de ma recherche est la façon dont les entités institutionnelles voient la santé et la façon dont leur vision de la santé évolue. Veblen (1978) a précisé que les institutions n'étaient pas forcément des entités, mais pouvaient être des ensembles d'idées, des modes de pensée communs déterminant des modes d'agir. Dans le contexte actuel des stratégies et des programmes pour la santé, mon travail était donc d'étudier à la fois la façon dont les entités institutionnelles (organisations internationales, Etats, organisations non gouvernementales...) conçoivent la santé, et la façon dont les modes de pensée évoluent sur la question de la santé comme objet de régulation internationale. Néanmoins si ces deux types d'institutions ne sont pas identiques, elles se recoupent en grande partie dans la mesure où la nature des institutions considérées influence leur vision et leurs modalités d'action.

Cette approche en termes d'institutions rompt-elle pour autant avec les travaux relatifs au seuil de santé ? On passe en effet d'une analyse des conditions individuelles du bien-être (le seuil de santé) à une étude des institutions qui s'éloigne *a priori* du cadre individuel pour, au contraire, s'intéresser à des entités ou une échelle qui dépassent l'individu. En réalité l'analyse des institutions ne m'a pas conduit à m'éloigner de mes préoccupations relatives au seuil. En effet, la notion de seuil de santé ne relève pas d'un strict individualisme au sens de l'individualisme méthodologique comme méthode d'analyse. Elle s'appréhende comme un critère de représentation sociale des choix individuels et en ce sens dépasse l'éthique individuelle (dont Sen se fait aussi l'écho dans le concept de *capability*) pour se tourner vers les valeurs collectives. Elle s'apparente à une approche en termes de « droits humains », et constitue à cet égard l'une des institutions possibles dans le domaine de la santé comme objet de régulation mondiale. C'est pourquoi les travaux que j'aborde ici débouchent sur des questions d'éthique collective.

On pourrait ainsi résumer la conception de la santé que je présente ici : la santé comme droit humain fondamental suppose une approche forte de la soutenabilité, qui définit un seuil collectif comme condition de développement. Cela ne signifie nullement que cette approche soit appliquée dans les faits et/ou dans les institutions en présence, comme nous le verrons dans les développements qui suivent.

⁷⁰ Voir mes remarques précédentes sur l'intérêt de revenir aux finalités humaines du développement (*supra* 3.3.1).

Ce travail sur les aspects institutionnels de la santé à l'échelle mondiale est en cours. Les deux premières étapes sont ici présentées.

- (1) Dans un premier temps (4.2) je me suis penché sur les déficiences des institutions dans la régulation mondiale de la santé. Ces déficiences sont à la fois étudiées sous l'angle du contenu que les institutions donnent à la santé, et sous celui des modalités de coordination. Cette première étape a permis de conclure que la méconnaissance des fondements de l'action menée par les institutions nécessitait de mieux délimiter la place de la santé comme objet de régulation internationale.
- (2) Dans un deuxième temps (4.3) j'ai cherché à identifier des modes de pensée (ou visions) adoptés par les acteurs en présence. Je propose de distinguer en particulier une approche de la santé comme bien public mondial et une approche comme droit humain.

4.2. Les déficiences institutionnelles⁷¹

Sous l'influence conjointe de certains acteurs internationaux (Programme des Nations Unies pour le développement, organisations non gouvernementales actives dans le domaine des droits de l'homme et des besoins essentiels), et d'auteurs influents (Amartya Sen, Martha Nussbaum, Paul Streeten...), l'idée de « droits humains fondamentaux » (santé, alimentation, sécurité...) a pris, ou repris, de l'ampleur au cours des dix dernières années. La place de la santé a été confortée au sein de ces droits humains essentiels, comme en témoigne sa prise en compte dans presque tous les indicateurs de développement humain élaborés depuis une quinzaine d'années (l'indice de développement humain du PNUD en premier lieu, mais également un ensemble d'autres indicateurs plus récemment proposés - voir Sharpe, 1999 ; Booyesen, 2002, Gadrey et Jany-Catrice, 2005). Mais cette prise en compte de la santé comme enjeu international dépasse les débats strictement académiques pour occuper également les négociations internationales. La conférence de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) à Doha en fut témoin en 2001, marquant un premier pas vers la prise en compte de la situation des pays pauvres en termes de santé.

Ces préoccupations croissantes pour la santé se sont également traduites par l'apparition du concept de santé comme « bien public mondial » (voir par exemple Mills, 2002).⁷² La santé serait ainsi un problème mondial au sens où elle concernerait un vaste groupe de pays et un ensemble important de la population mondiale, et où elle aurait des effets intergénérationnels importants.⁷³

Malgré ces évolutions dans les discours et les annonces à l'échelle internationale, l'amélioration de la santé reste lente et inégale. Le droit universel à la santé se heurte à un déficit de structures et d'institutions susceptibles de le traduire en amélioration

⁷¹ Documents concernés : [14], [18].

⁷² Ce concept sera précisément abordé dans le point 4.3 qui lui est en partie consacré. Si l'extension de la notion de bien public à celle de bien public mondial n'est pas sans receler des difficultés et des ambiguïtés, ce dernier connaît depuis plusieurs années un certain succès parmi les analystes des relations internationales et les acteurs de la régulation mondiale. Dans le champ de la santé, le concept de bien public mondial semble faire son chemin. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) justifie l'usage de ce terme en reprenant la distinction entre les biens publics locaux (police, défense...) et les biens publics globaux. Ces derniers ne peuvent être suffisamment pris en charge par les Pouvoirs publics locaux, et font l'objet d'externalités positives (ou négatives) au-delà des frontières. En ce sens, la lutte contre les maladies nécessite des investissements importants en biens publics globaux, au-delà de l'action et des moyens isolés des gouvernements.

⁷³ La notion de bien public, issue de la théorie standard des biens publics (Samuelson, 1954), est en ce sens connotée d'un point de vue théorique, ce qui explique les réticences ou les critiques vives de certains analystes à son encontre. Cependant, force est de constater que, débarrassée de son cadre de référence néoclassique, la notion de bien public mondial appliquée à la santé est reprise par des acteurs ou des analystes dans un sens différent, celui de bien commun prioritaire dont la gestion devrait être collective et équitable.

significative de l'état de santé des populations des pays en développement (PED). Pour étayer cette thèse des déficiences institutionnelles, j'ai d'abord utilisé, en l'adaptant à la santé, une typologie proposée par Kaul, Grunberg et Stern (2002) dans le but de comprendre les limites actuelles de la coopération internationale pour la régulation et la fourniture de biens publics mondiaux. Cette typologie aborde ce que je qualifie de problèmes de régulation et de coordination (4.2.1). Elle m'amène à suggérer (4.2.2) qu'à l'échelle internationale, deux faiblesses majeures tenant au cadre institutionnel limitent l'amélioration du niveau de santé dans les pays pauvres : d'une part, une méconnaissance des logiques poursuivies par les différentes institutions en présence dans le domaine de la santé ; d'autre part, une déficience de contrôle des initiatives et des programmes menés par ces institutions.

4.2.1. Les problèmes de régulation et de coordination

Un cadre général des difficultés de mise en œuvre de la coopération internationale en termes de « biens publics mondiaux » est proposé par Kaul, Grunberg et Stern (2002, pp. 195-261). Dans la mesure où ce cadre concerne un ensemble de besoins ou de biens considérés comme essentiels à l'échelle internationale (la santé, mais également l'environnement, l'accès à l'eau et aux technologies...), il me semble *a priori* pertinent pour aborder le cas de la santé, même si le statut de cette dernière (droit humain, bien public ?) n'est pas encore totalement déterminé, et même si les critères utilisés pour désigner la santé comme un bien public mondial peuvent être discutés (*cf. infra* 4.3). La santé étant un enjeu international, on peut légitimement s'interroger sur les difficultés d'une coopération mondiale dans ce domaine.

Kaul et *alii* proposent de distinguer trois « déficits » dans la fourniture des biens publics mondiaux :

- un déficit de juridiction : décalage entre les frontières des biens publics mondiaux et les frontières d'élaboration des politiques, ces dernières étant bien plus étroites lorsqu'elles s'arrêtent aux Etats-nations ;
- un déficit de participation : absence d'instances réellement représentatives des bénéficiaires finaux du bien public ;
- un déficit d'incitations : insuffisance des mécanismes incitant les acteurs à rendre effectives les intentions annoncées.

La présentation des limites de la coopération internationale en matière de santé que j'ai proposée se fonde sur les trois déficits mis en exergue par Kaul, Grunberg et Stern [18]. Pour chacun d'eux, on peut tirer des enseignements relatifs à la difficulté de construction d'un cadre international de régulation :

- Le déficit de juridiction trouve, à travers le cas des droits de propriété intellectuelle [14],⁷⁴ un cadre d'étude révélateur des intérêts divergents des différents acteurs. On souligne également la difficulté à élaborer des règles qui fassent apparaître clairement la priorité donnée soit aux principes éthiques (chercher à améliorer l'équité dans l'accès aux soins et le niveau de santé dans les pays en développement), soit aux principes économiques (favoriser les initiatives de recherche et le développement des relations commerciales dans le domaine de la santé). Il apparaît que les accords issus du cycle de négociations commerciales de Doha ont d'abord tranché en faveur de la sphère économique. Le droit à la santé reste, dans les faits, subordonné aux négociations commerciales (je reviendrai sur ce point dans les développements ultérieurs).
- Le déficit de participation des pays pauvres à la régulation de la santé à l'échelle mondiale est également révélateur des priorités actuelles. On pourrait penser que cette participation des pays pauvres est amenée à s'accroître, par le levier des partenariats entre les acteurs, qui permettraient d'agir dans un cadre décentralisé (coopération décentralisée, partenariats entreprises - Pouvoirs publics...). Cependant ce mouvement se heurte à des freins internes (les priorités des dirigeants dans les pays concernés en termes d'investissements dans le domaine de la santé) et externes (le caractère éparpillé des partenariats et la nébulosité de leurs objectifs).
- Le déficit d'incitations m'amène enfin à souligner un problème crucial et récurrent : sans marché solvable, les incitations ne constituent pas des solutions satisfaisantes face aux maladies les plus répandues dans les PED. Les propositions en vue d'une mise hors marché de certains traitements constituent une alternative qui, pour séduisante qu'elle soit, n'est pas exempte de risques et de limites.

4.2.2. Renforcer l'analyse des institutions

L'examen des trois déficits institutionnels dans le domaine de la santé m'a conduit à proposer deux pistes d'analyse.

En premier lieu, les logiques et les stratégies des différents acteurs ne concordent pas, pour un certain nombre d'entre eux. Certes, cette remarque est valable pour bien d'autres domaines, mais elle me semble présenter une incidence particulière dans le domaine du droit à la santé. En effet, j'ai observé précédemment que la montée en puissance du droit à la santé comme droit humain essentiel semblait faire son chemin, en tout cas dans les discours, mais qu'elle restait largement subordonnée à des priorités économiques et commerciales. Concurrément, le concept de bien public mondial santé, apparu récemment dans les déclarations et les analyses, témoigne d'une apparence

⁷⁴ Les droits de propriété intellectuelle ont été renforcés dans le cadre des Accords sur les Droits de Propriété Intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC) signés dans le cadre de l'OMC en 1995.

prise de conscience, mais sans qu'à ce jour une amélioration réelle ne puisse être observée dans les PED. Or, on peut estimer que le contenu encore incertain, voire ambigu, du concept de bien public mondial santé constitue un signal important du manque d'analyses en amont sur les fondements des actions menées par les différents acteurs. Peut-on, par exemple, considérer sur un même plan, d'un côté, les initiatives des Pouvoirs publics visant à protéger les frontières nationales des épidémies extérieures, et de l'autre, celles qui chercheraient à financer des capacités de recherche dans des pays pauvres, pour des maladies n'impliquant aucun risque dans le pays à l'origine de l'aide ? Dans le premier cas, on peut parler d'une vision sécuritaire, actuellement en développement au sein des pays industrialisés ; dans le second cas, on trouve des initiatives qui, souvent, combinent des fondements philanthropiques et des intérêts commerciaux. Construire une typologie des actions permettrait donc d'éclairer les fondements de ces dernières, et, plus généralement, de mieux comprendre les logiques suivies par les différents acteurs. A cet effet, des pistes peuvent être offertes par une approche institutionnaliste, au sens large du terme, qui tenterait de comprendre les valeurs et les modes de décision des intervenants dans le domaine de la santé.

La deuxième question découle des éléments abordés plus haut. Face au développement des actions de type horizontal (partenariats public-public, public-privé, privé-privé), peut-on craindre une multiplication d'initiatives aux effets difficilement mesurables et parfois contradictoires ?⁷⁵ Ceci pose également la question de l'implication des Pouvoirs publics locaux, dont on sait qu'elle s'avère souvent déficiente. Les Etats dans les PED ne jouent qu'un rôle limité, ne contribuant pas à élargir la demande nationale solvable et à susciter l'intérêt des firmes et des laboratoires pharmaceutiques pour développer des produits adaptés. Pour ces différentes raisons, on peut souligner qu'à l'heure actuelle, un problème de contrôle et de coordination des actions se pose. En effet, il n'existe pas en tant que tel de mécanisme qui permettrait de vérifier que les effets des différentes initiatives renforcent bien l'accès aux soins et l'amélioration de l'état de santé des populations. Cette déficience n'est pas sans lien avec la question des objectifs et des stratégies des différents acteurs : comment assurer que les partenariats reposent sur des objectifs répondant réellement aux besoins, et comment contrôler l'impact de ces partenariats si l'on connaît mal les logiques poursuivies ?

⁷⁵ Ainsi Waddington (2001) illustre les interrogations sur les effets réels de certaines actions partenariales avec le cas de « l'Alliance globale sur les vaccins et la vaccination » (*Global Alliance for Vaccine and Immunization*, GAVI). Cette initiative, lancée en 1999, vise à promouvoir l'utilisation des vaccins sous-utilisés contre la *Haemophilus influenzae*-type b (hib) et l'hépatite B. L'auteur craint que les rares ressources humaines compétentes dans la vaccination traditionnelle (en particulier la rougeole, dont la couverture n'est pas très élevée) ne soient détournées vers des vaccins moins prioritaires. Voir C. Waddington (2001), cité par Mills 2002 : "Don't be distracted from good routine immunization", revue *GAVI Immunisation Focus*, mars.

Les deux questions posées ci-dessus suggèrent que les lacunes dans l'analyse et la gestion de la santé à l'échelle mondiale résident, de façon non négligeable, dans l'insuffisante connaissance des institutions sous deux angles : d'une part, la méconnaissance des valeurs et des objectifs des institutions existantes, d'autre part, le caractère encore indéterminé des modalités de contrôle et de coordination entre ces institutions.

Cette analyse suggère donc d'approfondir l'examen des déficiences institutionnelles dans le domaine de la santé à l'échelle internationale. En particulier, deux questions complémentaires méritent une étude détaillée : d'une part, préciser les valeurs et les objectifs des institutions existantes, qu'elles soient publiques ou privées ; d'autre part, spécifier les modalités de contrôle et de coordination des actions menées conjointement par ces institutions dans le cadre d'une logique de régulation devenue horizontale.

C'est la première de ces questions qui est introduite dans le point 4.3.

4.3. La santé, bien public mondial ou droit humain ?⁷⁶

Quels modes de pensée dominant au sein des institutions qui interviennent dans le domaine de la santé ? Mes recherches sur cette question m'ont conduit à étudier plus en profondeur les concepts de droits humains et de biens publics mondiaux, aujourd'hui très présents dans les analyses, les déclarations et les programmes. Je me suis intéressé dans ce cadre aux fondements et à la signification de ces concepts. J'interroge également la pertinence respective de ces approches pour appréhender les aspects éthiques du domaine de la santé, en particulier le principe de considérer la santé comme une fin et non pas seulement comme un moyen de développement (*cf.* partie 3). Mon objectif est double : d'une part, face à cet enjeu éthique, souligner l'intérêt d'une approche en termes de droits pour dépasser certaines limites de l'approche économique des biens publics mondiaux ; d'autre part, montrer que, malgré les nombreuses déclarations apparemment favorables aux droits humains, c'est l'approche « biens publics », et avec elle la focalisation sur les préoccupations économiques et sécuritaires, qui prédominent au sein de la gouvernance mondiale de la santé.

Une précision est nécessaire concernant les rapprochements et les divergences entre les notions de bien public et de droit humain. L'approche par les droits, de plus en plus présente dans les discours internationaux, trouve ses fondations légales dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), mais bien avant cela, chez les philosophes antiques et les courants religieux qui abordent la question de la place particulière de l'espèce humaine. La montée en puissance d'une conception en termes de droit, dans des domaines où l'analyse économique est également très présente (le développement humain et ses différentes dimensions : santé, éducation, libertés...), soulève alors une interrogation. L'approche par les droits et l'approche économique sont-elles radicalement différentes face aux problèmes d'accès à la santé ? Les récentes analyses économiques portant sur les droits de l'homme montrent que les droits humains peuvent être un objet d'étude pour l'analyse économique (Kolacinski, 2003). Parmi les différentes manifestations de convergences entre une approche économique et une approche par les droits dans le domaine de la santé, on trouve également l'utilisation souvent simultanée des termes de « droits humains » et de « biens publics mondiaux ». Si l'usage croissant de ces deux termes traduit une prise de conscience de la nécessité d'augmenter les efforts internationaux pour l'accès à la santé, cela n'est pas sans poser le problème du fréquent amalgame des deux concepts, tant dans les sphères institutionnelles qu'académiques. Pour certains analystes (Cling, 2002), s'interroger sur la différence entre les deux approches reste secondaire. On peut adhérer à cet argument si l'on admet que les deux notions signifient la reconnaissance de « biens communs » de l'humanité, qui nécessiteraient une gestion collective particulière. Il demeure que les concepts de biens publics et de droits humains recèlent des différences non négligeables

⁷⁶ Documents concernés : [19], [20], [21], [E].

qui peuvent jouer sur la façon dont on envisage la gestion mondiale des biens communs. Un retour sur chacun des termes s'avère donc utile dans le contexte actuel d'incertitudes importantes dans le domaine de la « gouvernance mondiale » de la santé.

Mon approche est présentée en quatre étapes :

- (1) Dans un premier temps (4.3.1), je reviens sur l'émergence et la signification du concept de bien public mondial dans le domaine de la santé, pour souligner de quelle façon cette notion s'est vue appropriée par des acteurs défendant une conception différente de ce terme.
- (2) Dans un deuxième temps (4.3.2), je confronte l'approche par les biens publics à l'approche par les droits humains. Cette dernière semble offrir des perspectives d'analyse intéressantes face aux difficultés présentées par la notion de bien public.
- (3) Dans un troisième temps (4.3.3), je m'interroge sur l'application actuelle de cette approche en termes de droits face à l'évolution de la gouvernance mondiale de la santé.
- (4) Enfin, j'aboutis (4.3.4) à une réflexion sur l'utilisation éthique du critère d'efficience dans la gouvernance mondiale de la santé.

4.3.1. Du bien public au bien public mondial

L'usage croissant du terme de bien public mondial dans le domaine de la santé n'est possible que parce la santé a pu être considérée au préalable comme un bien public. Or le terme de bien public n'est pas neutre, puisqu'il s'inscrit dans une approche économique standard étendue (Samuelson, 1954). On touche ici à l'évolution de la façon dont les systèmes de santé des pays en développement ont été considérés depuis les indépendances. C'est en effet la remise en cause de la notion de service public qui a accompagné l'émergence, puis la diffusion, des modèles de la santé comme « bien public ».

(a) Du service public au bien public mixte

Dans de nombreux pays africains, notamment ceux ayant connu un régime politique d'inspiration socialiste, les systèmes de santé ont longtemps répondu à une approche de la santé vue comme un service public. La notion de service de santé comme service public tend à s'opposer en théorie à celle d'un bien public⁷⁷. L'organisation du système

⁷⁷ L'opposition théorique entre bien public et service public provient du débat entre l'échange volontaire et la contrainte. L'échange volontaire (Wicksell, 1896; Lindhal, 1919) considère non pas un service public mais un bien public, dont l'offre, assurée par l'État, serait confrontée à la demande émanant des particuliers. Le payeur du bien public est alors son utilisateur effectif. La contrainte publique (Barrère, 1968), au contraire, dépasserait la rencontre offre-demande pour placer l'État au-dessus des décisions du marché, et serait donc avant tout une théorie du service public plutôt que du bien public.

sanitaire censée prédominer sous les régimes d'inspiration socialiste fait reposer le financement des prestations sur les contribuables. Les services de santé sont alors en principe intégralement financés par la subvention publique, et l'Etat a pour finalité annoncée d'assurer l'accès de tous aux soins.

Les années 1980-1990 marquent le passage d'une conception des services de santé comme services publics à une conception comme biens publics. Les programmes d'ajustement structurel (PAS) ne résument pas à eux seuls une telle évolution, mais ils en ont constitué un support essentiel. Les logiques sous-jacentes aux PAS, combinées à celles des institutions internationales (Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale notamment), se sont en effet traduites par la « rationalisation » de l'offre sanitaire publique. Le secteur public de la santé a connu des restructurations importantes, en particulier l'introduction d'un cadre marchand avec la réduction des budgets publics, la « déflation » des personnels médicaux, l'incitation au développement du secteur privé. Le cadre théorique de cette évolution est le passage à une analyse en termes de biens publics plutôt qu'en termes de services publics. On insiste alors sur les externalités fournies par le bien public, requerrant l'intervention de l'État dans le seul cas où le marché est déficient⁷⁸. L'offre sanitaire publique est, dans ce cadre, justifiée non plus comme une prérogative naturelle de l'État, mais plutôt en fonction des effets externes qu'elle engendre, c'est-à-dire les effets indirects sur la satisfaction des besoins sanitaires de toute la population.

En réalité, l'offre publique de santé ne vérifie qu'imparfaitement les critères de non rivalité et d'absence d'exclusion. Cela est principalement lié aux phénomènes d'encombrements auxquels les services de santé sont soumis, accrus par les difficultés économiques des années 1980-1990. L'appréhension de la santé publique comme un bien collectif mixte (entre le bien privé et le bien collectif pur) apparaît dans l'approche de la Banque mondiale, qui préconise la spécialisation des Pouvoirs publics dans les prestations à rapport coût-efficacité élevé (Banque mondiale, 1993). La Banque mondiale reconnaît alors l'existence d'externalités positives fortes comme caractéristiques de biens publics, mais considère également l'imperfection des externalités et l'exclusion de certains usagers.

⁷⁸ Rappelons que les externalités sont liées aux caractéristiques du bien collectif pur définies par Samuelson (1954). Les biens publics sont non rivaux dans la consommation, c'est-à-dire que leur consommation par une personne ne diminue pas leur utilité pour une autre personne. Ils sont également non exclusifs, puisque leur usage ne peut être réservé à certains, au détriment des autres, qu'à un coût très élevé. Ces deux propriétés font du bien public un bien spécifique, et impliquent une gestion particulière de ce bien. En effet, la non rivalité et la non exclusion ne permettent pas aux producteurs de réaliser directement des profits. En outre, les biens publics constituent des cas particuliers d'externalités, positives ou négatives. Cependant les deux critères de non rivalité et de non exclusion sont, dans les faits, rarement réunis. On parle alors de biens publics impurs (ou mixtes) pour désigner des biens dont l'une des deux caractéristiques de bien public n'est pas complètement vérifiée, et en particulier de biens de club (exclusion ; non rivalité) ou de ressources communes (non exclusion ; rivalité).

(b) Du bien public mixte au bien public mondial

Dans leur ouvrage de référence sur la notion de bien public mondial, Kaul, Grunberg et Stern (2002, pp. 36-38) retiennent trois critères permettant de définir ce concept :

- les biens publics mondiaux ne concernent pas seulement un groupe de pays (leurs effets dépassent par exemple les blocs commerciaux ou les pays de même niveau de richesse) ;
- leurs effets atteignent non seulement un large spectre de pays, mais également un large spectre de la population mondiale ;
- enfin, leurs effets concernent les générations futures.

La notion de bien public mondial s'est étendue au sein des acteurs et des analystes du développement. Cependant j'ai insisté dans mes travaux [19, 21, E] sur l'ambivalence de ce concept qui, tout en étant issu de l'économie néoclassique (je parlerai d'approche « économie publique »), est de plus en plus approprié par des acteurs œuvrant dans le domaine de la solidarité internationale (je qualifierai ce cas d'approche par les « biens communs »). Précisons maintenant ces deux interprétations de la notion de bien public mondial.

L'approche « économie publique »

Les analyses récentes de la notion de biens publics mondiaux donnent généralement une place centrale à la santé, en insistant sur les externalités observées dans ce domaine. La santé est alors considérée comme un bien public mondial sous deux formes (Kaul et alii 2002, p. 40 et p. 200) :

- Elle est un bien public mondial final, l'état de santé des uns jouant, positivement ou négativement, sur celui des autres ; l'externalité se traduit alors par des effets en chaîne, vertueux (campagnes de vaccination, prévention...) ou vicieux (épidémies...).
- La santé peut également être conçue comme un bien public mondial intermédiaire, par exemple à travers les réglementations relatives à l'accès aux médicaments, ou à travers les médicaments eux-mêmes. À ce titre, la connaissance scientifique, déjà considérée comme un bien public (Stiglitz, 1999), produit des médicaments, eux-mêmes biens publics intermédiaires d'un bien public final, la situation de la population en termes de santé. On connaît les externalités importantes observées dans le domaine des découvertes scientifiques, lorsque la non rivalité des idées permet leur diffusion à un coût limité.

Cette approche est souvent utilisée pour justifier le statut spécifique de la santé parmi les différentes activités économiques. Mais elle ne s'éloigne pas de la notion de bien public, et continue en particulier de considérer que la gestion « hors marché » est une solution de remplacement permettant de compenser les défaillances du marché. Dans une perspective plus nationale des politiques de développement, cette conception se trouve par exemple dans le rapport 2004 sur le développement de la Banque mondiale, intitulé « Des services pour les pauvres » (Banque mondiale, 2004, p. 4).

L'approche par les « biens communs »

L'approche en termes de « biens communs » met d'abord l'accent sur le caractère mondial des problèmes relatifs à l'état de santé des populations. Dans cette conception, on n'insiste pas (ou peu) sur les caractéristiques économiques de la production des soins (indivisibilité, non rivalité et non exclusion), mais plutôt sur la nécessité d'une gestion commune, à l'échelle mondiale, de la santé (la santé est un « bien commun », à partager).

Cette acception, adoptée par des acteurs très divers, est particulièrement présente chez certaines organisations non gouvernementales (ONG) actives dans le domaine de la solidarité internationale⁷⁹. On la rencontre également au sein des organisations internationales, avec souvent une focalisation sur le caractère nécessairement mondial de la gestion des biens publics plutôt que sur leurs caractéristiques technico-économiques (notamment les externalités)⁸⁰. La signification du terme « bien public mondial » est alors assez différente de celle retenue dans l'approche « économie publique ». Ce sont en effet des principes d'ordre éthique qui prédominent ici. Le recours au concept de santé comme bien public mondial est identifié à celui de droit humain fondamental. Il est utilisé dans un sens normatif, pour mobiliser les institutions et les juridictions internationales face aux situations considérées comme violant les droits humains élémentaires.

Dans cette deuxième conception, c'est donc la notion de droits humains fondamentaux qui prend le pas sur les caractéristiques technico-économiques. On passe

⁷⁹ Une bonne illustration en France est l'association Survie qui définit la santé comme un « bien public mondial » (www.survie-france.org).

⁸⁰ Ainsi l'ouvrage de Kaul et alii (2002) est paru sous l'égide du PNUD. L'OMS (2001) reprend pour sa part la distinction entre les biens publics locaux (police, défense...) et les biens publics globaux. Plus généralement, Gauvrit (2002, p. 84) indique bien comment ce concept est approprié par les institutions internationales, dans le sens donné par Badie et Smouts (1999, p. 206) : ces biens publics mondiaux « *appartiennent à l'ensemble de l'humanité et doivent être considérés comme des éléments dont chacun est responsable pour la survie de tous* ».

d'une approche principalement économique à une approche en termes de droits, ce qui ouvre des perspectives non strictement économiques⁸¹.

4.3.2. Des biens publics mondiaux aux droits humains ?

(a) Les difficultés de l'approche par les biens publics

Les difficultés abordées ici touchent à l'approche « économie publique » des biens publics mondiaux. Elles sont de deux ordres. D'une part, on souligne le caractère hétérogène du groupe des biens publics intermédiaires, rendant difficile la coordination des actions à l'échelle internationale. D'autre part, dans une perspective introduisant les questions éthiques, la notion de biens publics se heurte aux conflits entre l'approche économique et l'approche par les droits. Plus généralement on souligne que les divergences d'objectifs et de valeurs entre les différents acteurs constitue une question centrale des problèmes d'accès à la santé.

L'hétérogénéité des biens publics intermédiaires

La distinction entre biens publics finaux et biens publics intermédiaires (Kaul et *alii* 2002, *cf. supra*) permet d'identifier les différentes composantes du bien public santé, mais se heurte à des difficultés qui tiennent d'abord à l'hétérogénéité des biens intermédiaires. Cette hétérogénéité rend difficile leur articulation et leur régulation à l'échelle mondiale. Si la santé en tant que résultat (le « bien public mondial final ») constitue par nature un bien public, en revanche chacun des biens publics dits intermédiaires (réglementations, médicaments, connaissances scientifiques) possède des caractéristiques particulières. Ainsi les connaissances scientifiques sont-elles protégées par des brevets, et peuvent faire l'objet d'exclusion, même si leur non rivalité est avérée (c'est le cas, actuellement, avec les droits de propriété intellectuelle à l'échelle internationale). Les médicaments et les traitements sont, quant à eux, des biens par nature privés, puisqu'il y a dans les faits rivalité entre les consommateurs et possibilité d'exclure des usagers par les prix. Les médicaments ne sont donc des biens publics que si les Pouvoirs publics mettent en œuvre des systèmes d'accès pour tous à ces biens privés. En revanche, les réglementations constituent des biens publics, puisque leur application implique que chacun y soit soumis ou puisse les invoquer.

En définitive, la diversité de nature des biens publics « intermédiaires » rend difficile et ambiguë l'application du concept de bien public au domaine de la santé. En effet, si l'approche néoclassique justifie le recours à l'intervention publique dans le cas des biens publics « classiques », elle ne dit pas comment assurer la régulation conjointe de

⁸¹ Il n'est alors pas rare d'observer une utilisation indifférenciée des termes de bien public mondial et de droit humain mondial. Les fondements théoriques et philosophiques des deux termes sont pourtant différents.

différents biens publics intermédiaires ayant une influence sur un bien public final. En particulier, les rapports de force et les défauts de coordination entre les acteurs qui interviennent dans la fourniture de ces différents biens ne sont pas abordés. Rien ne garantit alors qu'une « gouvernance mondiale » puisse voir le jour pour assurer l'accès à la santé. La question des déficiences institutionnelles se pose à nouveau.

Les conflits entre économie et droits

L'approche « économie publique » se heurte à un deuxième écueil : le conflit entre l'économie et les droits.⁸² Dans le cas de la santé, de nombreux exemples illustrent cette difficulté. Pour une maladie grave qui touche une part importante des populations dans les pays pauvres (tuberculose, sida...), faut-il privilégier l'équité dans le traitement ou plutôt l'efficacité entendue au sens de l'économie publique ? Si l'on privilégie l'équité, tout malade sera soigné mais avec un coût total élevé et des résultats faibles ou nuls pour les malades ayant atteint un stade avancé de la maladie ou étant en fin de vie. Si l'on recourt au principe d'efficacité économique, alors on soignera d'abord les malades pour lesquels l'efficacité marginale du traitement est la plus élevée. Ce conflit entre l'approche d'économie publique et l'approche par les droits pose des problèmes éthiques redoutables. Non pas que la première approche soit dépourvue d'éthique (elle pose des normes de décision dans un cadre d'interactions sociales), mais on peut s'interroger sur les limites du calcul économique dans le cas de la satisfaction des besoins de base.

Des objectifs et des valeurs différents

Plus généralement les conflits possibles entre l'économie et le droit illustrent un problème de divergences possibles (et probables) entre les valeurs et les objectifs des différents acteurs. De façon générale, lorsque la santé est citée parmi les biens publics mondiaux, c'est soit de façon indirecte, soit pour une composante précise de la santé⁸³. Ces différences de contenu reflètent des valeurs spécifiques à chaque acteur et analyste.

⁸² De nombreuses présentations de ce conflit ont été faites. Par exemple, Bürgenmeier (2004, p. 59) l'illustre par la situation du jardinier qui voit son potager détruit par les lapins du voisin et qui va, dans la réclamation de ses droits, exiger le dédommagement intégral des dégâts et la capture des lapins par le voisin. C'est le critère d'équité qui prévaudra si le juge lui donne raison. La logique économique standard proposera plutôt un calcul en termes d'optimisation. Le voisin reprendra d'abord les lapins qui se récupèrent à un coût marginal faible, et la recherche des lapins s'arrêtera si le coût total dépasse le bénéfice escompté des récoltes du potager. L'externalité n'est pas totalement supprimée dans ce deuxième cas, et l'on tolère la réduction de la récolte selon un critère d'efficacité économique. Un conflit peut alors apparaître entre l'équité et l'efficacité.

⁸³ Ainsi, par exemple, la Banque mondiale (2001) estimait que seule la lutte contre les maladies infectieuses constitue un bien public mondial. Quant à Stiglitz (1995), il ne rangeait pas en tant que telle la santé parmi les biens publics mondiaux, même si d'autres biens publics mondiaux relevés par cet auteur jouent sur l'état de santé des populations (recherche-développement, aide humanitaire...).

Les discussions menées lors des négociations internationales reposent sur des objectifs et des présupposés différents, réduisant les chances de rendre efficace la coordination. Le contenu du bien public mondial n'est pas stabilisé.

En outre la négociation entre les acteurs ne garantit nullement que les objectifs poursuivis se rapprocheront. En effet, pour certains acteurs, l'amélioration de l'état de santé des populations repose sur un objectif de solidarité mondiale ou annoncé comme tel (les ONG se réclament souvent de cet objectif). Pour d'autres, il s'agit, certes, d'aider les populations qui en ont besoin mais selon une stratégie qui combine des intérêts commerciaux ou d'influence et des dimensions de solidarité. Pour d'autres encore, il semble que l'intérêt du concept de santé comme bien public mondial reflète, avant tout, une nécessité de se protéger contre des risques émanant de l'extérieur, dans une perspective « sécuritaire » (je reviens ultérieurement sur ce dernier aspect, *cf.* 4.3.3.b).

Ces derniers développements suggèrent que, derrière les visions et les objectifs différents, les rapports de force au sein de la « communauté internationale » constituent un élément incontournable de la prise en charge des programmes pour la santé.

(b) Les perspectives offertes par une approche en termes de droits humains

Cadre conceptuel et différences par rapport à l'approche « bien public »

Kaul et *alii* (2002) distinguent deux types de biens publics mondiaux : les biens sur consommés, tels que les ressources naturelles, et les biens sous consommés, tels que les droits humains. Ils considèrent donc les droits humains comme une catégorie particulière de biens publics mondiaux. L'une des raisons de cette conception réside dans le fait que les auteurs adoptent une définition large des biens publics mondiaux, qui englobe à la fois l'approche « économie publique » et l'approche par les « biens communs ». Mon optique est différente. Sans nier les relations entre le terme de bien public mondial et celui de droits humains (voir plus haut), j'insiste plutôt sur les différences entre les deux notions. Leur différenciation me semble en effet importante dans la mesure où, comme il a été suggéré précédemment, elle traduit une différence fondamentale dans la priorité donnée aux critères de régulation (efficacité, équité).

Cette différence entre les deux approches vient également du fait qu'historiquement, la définition des droits humains précède celle des biens publics par les économistes. Si l'on fait abstraction des fondements philosophiques et religieux plus anciens, les combats pour les droits humains sont fondés par la « Déclaration des droits de l'homme et du citoyen » de 1789.

La percée actuelle de l'approche en termes de droits, visible dans les déclarations et les accords des années 1990-2000⁸⁴, ne reste cependant pas cantonnée au domaine juridique. Elle est beaucoup plus large et d'autres disciplines y contribuent, parmi lesquelles l'analyse économique, en particulier dans l'un de ses domaines de prédilection, le développement. Ainsi Kolacinski (2003, pp. 263-265), s'inspirant de la classification de Marks (2000), distingue six approches des droits liés au développement.

- L'approche holiste, considérant que les politiques de développement doivent reposer sur l'indivisibilité des droits (ainsi les programmes d'accès à la santé doivent s'accompagner d'interventions dans des domaines connexes des droits humains : accès à l'éducation sanitaire, à l'eau potable...). Cette approche est adoptée par le PNUD.
- L'approche par les *capabilities* de Sen, qui insiste sur l'égalité des chances.
- L'approche par le droit au développement qui instaure comme nécessités la mise en œuvre et le respect de ce droit. Ce droit a été instauré par la « Déclaration sur le droit au développement » adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 1986.
- L'approche par la responsabilité insiste sur les responsabilités de chaque personne et de chaque acteur, en particulier le respect du droit international des droits de l'homme. On se rapproche ici du « principe de responsabilité » de H. Jonas.⁸⁵
- L'approche de l'éducation par les droits de l'homme considère comme central le rôle de l'éducation au sens large dans le développement.
- Enfin, l'approche basée sur les droits (*rights-based approach*) part des droits de l'homme pour définir les moyens et les fins du développement (elle se distingue de l'approche par le droit au développement en ce qu'elle émerge d'un consensus plus large sur la notion de droits de l'homme).

⁸⁴ Après la signature, en 1966, de deux pactes séparés pour les droits civiques et politiques d'un côté, les droits économiques et sociaux de l'autre, de nombreux accords et sommets témoignent d'une nouvelle avancée dans les engagements et dans les concepts au cours des années 1990 : Sommets de Rio et de Johannesburg sur le développement durable en 1992 et 2002, Sommet social de Copenhague en 1995 et de Genève en 2000... un nombre croissant de pays signent les conventions de l'ONU. On voit également apparaître la distinction entre les droits en général et les droits dits fondamentaux.

⁸⁵ Hans Jonas (1980) s'inspire de la loi morale universelle de Kant (« *Agis toujours d'après une maxime que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne un loi universelle* », Fondements de la métaphysique des mœurs, 1795). Jonas en tire le « principe responsabilité » : « *Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine ; ou, pour l'exprimer négativement : agis de façon que les effets de ton action ne soient pas destructeurs pour la possibilité future d'une telle vie ; ou simplement : ne compromets pas les conditions pour la survie indéfinie de l'humanité sur terre...* ». Ce principe fondera la définition du « développement durable » dans le « rapport Brundtland » (CMED, 1987).

Comme le souligne Kolacinski (p. 264), ces différentes approches sont en réalité intimement liées. Elles s'éloignent de l'approche économique des biens publics mondiaux dans la mesure où elles tendent à placer les droits humains fondamentaux (santé, éducation, libertés civiques...) comme un des pré requis à d'autres droits tels que les droits commerciaux ou les droits de propriété intellectuelle. Cela signifie qu'un choix éthique est opéré en amont de considérations économiques portant, par exemple, sur le caractère efficient d'un programme de développement. Examinons les implications de cette approche dans le cas de la santé.

Une approche par les droits dans le cas de la santé

L'approche par les droits, si elle ne règle en aucun cas (ou pas à elle seule) la question des moyens du développement, établit des priorités quant à la mise en œuvre de ce dernier. Si l'on admet que la santé s'inscrit dans la catégorie des droits humains essentiels (ou fondamentaux), alors cette approche signifie que, dans ce cas précis, l'accès de tous à la santé constitue un droit imprescriptible et prioritaire. Mais prioritaire par rapport à quoi ? La question des droits de propriété intellectuelle illustre bien ce débat, dans la mesure où elle semble opposer deux droits importants, celui de la propriété intellectuelle (aujourd'hui représenté par les accords sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle touchant au Commerce – les ADPIC) et celui des individus à la santé, en particulier dans les pays pauvres. Pour définir des priorités entre les droits, on peut prendre comme critère le caractère potentiellement irréversible de la dégradation de certains actifs humains. C'est le cas de la santé et de la nutrition. En conséquence, il est possible d'introduire la contrainte du seuil de santé (*cf.* partie 3). La santé comme droit humain implique ainsi de considérer comme prioritaire l'atteinte par tous d'un seuil minimum de santé.⁸⁶ Si l'on admet le droit imprescriptible à la santé, l'utilisation des critères économiques de choix (ratio coût-efficacité) est utile mais ne peut constituer une méta règle de décision. A titre d'illustration, ce cadre peut être confronté aux tendances actuelles de la « gouvernance mondiale » de la santé.

4.3.3. La situation actuelle à l'échelle mondiale : les droits humains demeurent des valeurs secondaires

Malgré les nombreuses déclarations et initiatives internationales apparemment favorables aux droits fondamentaux, le droit à la santé demeure secondaire face à d'autres enjeux. J'interprète cette situation comme une prédominance des institutions (modes de pensées) orientées vers le droit au commerce. J'ai illustré cette interprétation [21, E] à partir de deux domaines cruciaux pour l'accès des pays pauvres à la santé : les droits de propriété intellectuelle et le financement international de l'aide pour la santé.

⁸⁶ Il convient de bien distinguer l'approche individuelle du seuil de santé (situation d'une personne au-dessous ou au-dessus du seuil) de l'approche collective (l'équité, comme situation telle que chacun ait accès au seuil, ou l'iniquité, telle qu'au moins une personne se trouve sous le seuil).

Ces deux aspects ont connu des évolutions importantes en termes d'action à l'échelle mondiale depuis le milieu des années 1990. Mon étude s'arrête à l'année 2004.

(a) Droits de propriété intellectuelle et droit à la santé

L'accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC, ou *Trade Related Intellectual Property Rights*, TRIPs), négocié dans le cadre de l'*Uruguay Round*, est entré en vigueur à partir de janvier 1995. Il prévoit que tous les membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) appliquent à terme les mêmes règles internationales en matière de propriété intellectuelle. Cet accord vise à garantir aux firmes pharmaceutiques l'effectivité des droits au brevet. Il repose donc sur une logique d'incitation à la recherche, supposant que cette dernière devrait bénéficier *in fine* à tous les pays. Cette approche a fait l'objet de vives contestations de la part d'un certain nombre d'ONG et de pays en développement, mais pour des raisons différentes au sein de ces derniers. Les pays pauvres ne disposent d'aucune capacité à découvrir et fabriquer des produits pharmaceutiques en réponse à leurs besoins, et voient mal comment le renforcement des brevets pourrait inciter les firmes à développer la recherche pour des maladies touchant des populations et des pays incapables de payer les médicaments au prix fort. De leur côté, certains pays mieux nantis parviennent à fabriquer des produits génériques qui entrent en compétition avec les médicaments brevetés des grandes firmes pharmaceutiques occidentales (Brésil, Afrique du Sud, Thaïlande).

Sans en être la cause unique, ces désaccords relatifs aux règles du jeu du commerce mondial (et à leurs incidences sur la santé dans les pays en développement) ont contribué à l'échec des négociations de l'OMC à Seattle (1999). Cela explique également, en partie, l'assouplissement de la position des pays les plus favorables au renforcement des droits de propriété intellectuelle lors de la conférence de l'OMC à Doha (2001). En effet, cette dernière aboutit à une déclaration commune, qui stipule que l'ADPIC « *peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments* ». Une telle formulation semblait rapprocher les pays membres de l'OMC d'une approche de la santé comme droit inaliénable. Néanmoins, elle demeurait particulièrement floue, comme le confirmèrent les négociations tenues ensuite pour préciser les conditions concrètes de mise en œuvre. Ces négociations portèrent, en particulier, sur certaines flexibilités accordées aux pays pour protéger la santé publique. Parmi ces flexibilités figurent les « licences obligatoires », qui permettent aux gouvernements d'autoriser la fabrication d'un produit breveté ou d'utiliser un procédé breveté sous licence sans le consentement du titulaire du brevet, « *mais uniquement à certaines conditions visant à sauvegarder les intérêts*

légitimes du détenteur du brevet ». ⁸⁷ Le problème posé par ces flexibilités vient de leurs conditions d'application dans le cadre de l'accord ADPIC. Celui-ci prévoyait (article 31f) que les produits fabriqués dans le cadre de licences obligatoires soient utilisés « principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur », ce qui de fait réservait cette possibilité aux pays étant en mesure de fabriquer ces médicaments. Les pays africains membres de l'OMC ont très vite demandé une clarification. Un accord tardif fut finalement obtenu (le 30 août 2003), qui permet à tout pays membre de l'OMC d'exporter, sous certaines conditions, des produits pharmaceutiques fabriqués dans le cadre de licences obligatoires. Cet accord permet donc aux pays ne disposant pas des capacités de production d'effectuer des importations en vertu de cette décision (parallèlement, 23 pays développés ont annoncé qu'ils n'utiliseraient pas le système en tant qu'importateurs).

Les différents accords obtenus après l'Uruguay Round traduisent-ils une avancée vers une approche qui privilégierait les droits humains ? La réponse est négative pour deux raisons. D'abord, les conditions techniques de ces exceptions sont de toute façon très restrictives, et ne permettent pas une réelle utilisation des clauses concernées. Ensuite, et c'est ce deuxième point que je développe maintenant, la réalité des relations internationales implique une application très restrictive des exceptions aux accords ADPIC.

En réalité, les accords relatifs aux droits de propriété intellectuelle restent sujets à des interprétations variées. L'accord du 30 août 2003, obtenu après de longues négociations, constitue plutôt une concession faite aux pays en développement dans un cadre plus général de réglementation visant à protéger les détenteurs du savoir et de la production, à savoir les pays riches et quelques pays intermédiaires. Il reste aujourd'hui bien difficile d'ouvrir ces règles internationales à l'intérêt des pays en développement. En effet, ces derniers font l'objet d'une très forte pression pour appliquer de façon stricte les ADPIC. Cette pression émane à la fois de l'OMC et de certains pays riches. Du côté de l'OMC, la mise en conformité de tous les pays avec les règles de propriété intellectuelle reste l'objectif central. ⁸⁸ Du côté des pays riches, les négociations bilatérales plutôt que multilatérales peuvent être un instrument efficace de négociation, pour mettre en balance auprès des pays en développement le maintien ou le développement de relations commerciales. Il en est ainsi des négociations commerciales bilatérales lancées par les États-Unis avec certains pays producteurs de médicaments.

⁸⁷ Source : site internet de l'OMC (wto.org).

⁸⁸ En témoigne le durcissement de la loi en Inde où, pour des raisons de respect des normes internationales, les nouvelles molécules pourront être protégées pour 20 ans contre les copies génériques Médecins sans Frontières, qui soignait en 2005 par antirétroviraux 25 000 malades du sida, soulignait que 70% sont traités par des médicaments génériques indiens. L'ONG s'inquiétait alors des effets dévastateurs du renforcement des brevets (MSF infos, n°117, avril 2005, p. 24).

Ces accords de libre-échange tendent à restreindre le champ d'application des accords de Doha, au lieu de les élargir.⁸⁹

Néanmoins les travaux menés par les économistes sur les conséquences de la mise en place des brevets pour les PED ne concluent pas tous à des effets systématiquement négatifs sur la santé humaine. Ainsi Combes et Pfister (2004, page 112) indiquent que si, à court terme, les effets des brevets sont indéniablement une hausse des prix et une réduction de l'accès aux traitements, ces effets seront différenciés selon le niveau de développement du pays, et en particulier plus importants pour ceux disposant d'une offre relativement concurrentielle. En d'autres termes, les pays les mieux lotis parmi les PED subiraient une plus grande perte due au nouveau monopole imposé par les brevets obtenus par des firmes étrangères. Mais cette conclusion signifie également que pour les pays les plus pauvres, la pénurie de médicaments disponibles peut au mieux être maintenue, au pire s'aggraver. En outre les auteurs n'évoquent pas certaines études qui, au contraire, soulignent les difficultés à venir des pays les plus pauvres. Ainsi Guennif et Mfuka (2005) ont-elles montré que, si les firmes multinationales déposaient peu de brevets en Afrique, cela ne signifiait pas que ces pays ne pâtiraient pas de l'extension du droit aux brevets. En effet les auteurs expliquent que la stratégie des firmes consiste en fait à breveter d'abord sur les marchés les plus attractifs (pays émergents et à capacités pharmaceutiques) les traitements les plus faciles à copier et les moins coûteux à produire.⁹⁰

Au total, les éléments précédents étaient l'idée selon laquelle l'approche par les droits humains reste secondaire dans les relations internationales. Entre, d'une part, le droit de la propriété, lié à des préoccupations d'ordre commercial, d'autre part, le droit à la santé, scandé par les organisations multilatérales (ONUSIDA, OMS, Banque mondiale...), c'est le premier qui continue de dominer largement les négociations internationales.

⁸⁹ Les pays concernés (Chili, Singapour, Thaïlande...) sont confrontés au choix d'accepter un accord avec les États-Unis pour garder leur marché d'exportation, tout en renonçant à produire des médicaments génériques concurrents avec ceux des firmes américaines, ou de refuser l'accord pour préserver leur capacité à produire des médicaments bon marché, mais en perdant alors un partenaire commercial de premier plan. Guennif et Mfuka (2004), ainsi que l'ONG Oxfam (2004), ont illustré ce problème à travers l'accord de libre échange signé en 2004 entre la Thaïlande et les États-Unis.

⁹⁰ Guennif et Mfuka concluent alors « *qu'il n'est pas non plus surprenant de constater que ces entreprises multinationales négligent les marchés les moins attractifs en Afrique. Il leur suffit d'ériger le brevet comme barrière à l'entrée sur les marchés les plus profitables en termes d'économies d'échelle comme le suggère le cas sud-africain. De cette façon, elles posent la première pierre d'un processus visant essentiellement à bloquer le développement industriel des génériqueurs du Sud.* »

(b) Une éthique « sécuritaire » de l'aide pour la santé ?

Comme le note Mackellar (2005), sur la période 1993-2003, l'effort important d'aide internationale fournie au profit de la lutte contre le HIV/sida ne doit pas occulter la diminution (en valeur relative) des dépenses affectées à d'autres domaines de la santé. Cette tendance contredit les discours internationaux sur le caractère crucial de l'amélioration des niveaux de santé dans les pays pauvres. On constate ainsi qu'à l'exception notoire des maladies infectieuses et des MST incluant le HIV/sida, dont la part augmente dans l'aide publique au développement et dans le secteur « Santé Sida Population » de cette aide, les autres dépenses « pro pauvres » voient leur part diminuer. De plus, il apparaît que l'affectation de l'aide pour la santé ne reflète pas la charge réelle représentée par les différentes causes de morbidité. Certaines affections semblent relativement négligées, en particulier les maladies infectieuses hors MST et sida d'une part (on peut alors craindre que ceci traduise l'engagement international insuffisant envers les maladies dites « très négligées », notamment celles qui sont spécifiques aux pays pauvres), et les déficiences nutritionnelles d'autre part.

Il convient donc de se pencher sur d'autres explications des choix dans l'attribution de l'aide destinée à la santé. Plusieurs auteurs ont cherché à proposer des critères d'attribution des fonds publics, soit dans un cadre normatif, soit dans une optique compréhensive (Creese et *alii.*, 2002, Musgrove, 1999). Parmi ces critères figurent en bonne place l'ampleur des externalités engendrées par les maladies, et le caractère coût-efficace des actions pouvant être menées. On peut alors comprendre la sur-représentation du HIV/sida dans l'aide internationale. Cette maladie répond en effet à tous les critères indiqués : des actions coût-efficaces ont été identifiées pour prendre en charge cette maladie (*cf.* Creese et *alii* 2002), les conséquences humaines, sociales et économiques ont pu être estimées de grande ampleur, les risques de contagions vers les pays riches sont sérieux, les pays concernés ne sont pas en mesure de prendre en charge à eux seuls cette affection...

Il existerait donc des justifications d'ordre économique, social, éthique aux choix faits par les donateurs publics vis-à-vis de l'aide pour la santé. Ces justifications sont complexes car elles combinent plusieurs critères. En particulier, pour ce qui concerne l'aide à destination de la santé dans les pays pauvres, la concentration des fonds vers le HIV/sida, et dans une moindre mesure vers d'autres maladies infectieuses, pourrait s'expliquer par l'urgence des actions face à l'ampleur et à l'extension de la maladie, à ses conséquences dramatiques sur les populations, à la nécessité de limiter les risques de transmission vers un nombre croissant de pays, etc.

Dans ce faisceau de circonstances orientant l'aide vers tel ou tel sous-secteur de la santé, la montée en puissance de la notion de « bien public mondial » tient une place centrale. En effet, comme nous l'avons vu, la « communauté internationale » reconnaît

de plus en plus ce terme comme un critère central de définition des priorités internationales. Ainsi ce sont en particulier les externalités transfrontalières fortes liées aux maladies infectieuses qui pourraient expliquer cet intérêt pour la notion de bien public mondial, comme extension des biens publics et présentant les mêmes caractéristiques économiques que ces derniers. L'importance des externalités transfrontalières à grande échelle occasionnées par le HIV/sida contribuerait alors à orienter prioritairement les financements internationaux vers cette maladie.

Pour intéressantes et précieuses que soient les explications avancées pour mieux comprendre les logiques des dons internationaux, elles m'ont amené à un questionnement sur les effets de telles évolutions. Je me suis en particulier penché [19, E] sur les difficultés posées par une approche en termes de bien public mondial lorsqu'elle semble s'appuyer principalement, comme c'est le cas dans le contexte actuel, sur une perspective sécuritaire de la santé. En effet, les experts des maladies infectieuses sont sollicités de façon croissante depuis plusieurs années face à la mondialisation des risques sanitaires. Cette approche, qui tire sa légitimité des enjeux économiques, sociaux et environnementaux en présence, repose cependant sur une perspective essentiellement sécuritaire qui réduit largement le problème à la protection d'une région contre les risques en provenance de l'extérieur. L'approche sécuritaire des relations internationales, déjà identifiée et analysée par certains anthropologues ou politistes (*cf.* par exemple Bagayoko-Penone N., Hours B, 2006), n'est pas nouvelle, même si elle a connu une montée en puissance depuis une dizaine d'années. Dans le domaine des maladies humaines ou animales, la perspective sécuritaire doit être mise en parallèle avec l'apparition et le développement du concept de « biens publics mondiaux », et les externalités positives ou négatives qui lui sont liées. Ainsi, au même titre que les programmes de vaccination pourraient être gérés de façon transnationale afin de prendre en compte leurs externalités positives au-delà des frontières, les épidémies (HIV/SIDA, tuberculose, paludisme, SRAS...) devraient être traitées à l'échelle internationale ou mondiale afin d'assurer une prise en charge commune des contagions transfrontalières et de mieux partager les responsabilités entre pays.

Cependant l'approche sécuritaire constitue une conception particulière et très réductrice des biens publics mondiaux, autocentrée et privilégiant de fait la protection contre les risques émanant de l'extérieur. Plus généralement, l'accent mis sur une perspective sécuritaire explique le recentrage, depuis plusieurs années, des programmes de santé mondiaux vers les maladies infectieuses.⁹¹ Même si elles peuvent avoir comme

⁹¹ Ainsi le programme de lutte contre la pauvreté de la Banque Mondiale est basé dans ce domaine sur des maladies transmissibles (SIDA, tuberculose et paludisme), largement concentrées dans les pays en développement, qui sont de ce fait considérés comme la source principale de risque. La règle du « maillon faible » est alors privilégiée : les pays à risque élevé deviennent une cible d'intervention pour éradiquer le problème à la source et protéger en retour les pays riches. L'Union Européenne a beaucoup insisté, dans son programme de lutte contre la pauvreté 2002-2006, sur les mêmes maladies infectieuses, tout comme

effet bénéfique des initiatives innovantes dans le cadre de la lutte contre le Sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies courantes dans les pays pauvres, ces approches du bien public santé vu essentiellement sous l'angle du risque transfrontalier posent problème. En effet, comme je l'ai évoqué plus haut, la levée des fonds pour les maladies infectieuses peut s'accompagner d'une réduction du poids de l'aide vers d'autres secteurs tout autant importants pour les populations pauvres (infrastructures de base, éducation à la santé, nutrition de base, planning familial...).

En fin de compte, si la médiatisation des maladies infectieuses et des risques mondiaux qu'elles engendrent est d'une certaine façon utile à la levée des fonds internationaux, les chiffres font également apparaître le risque d'un effet de « vases communicants » qui pourrait annihiler les efforts dans d'autres domaines du développement humain. L'approche sécuritaire tend à mettre en concurrence des actions qui, pour certaines d'entre elles, nécessitent une approche transversale de la santé parce que les causes des maladies qu'elles traitent sont dans une large mesure complémentaires. Cette concurrence dans la captation des fonds d'aide internationale n'est certes pas un phénomène nouveau, on peut cependant craindre que, dans le domaine de la santé, elle ne conduise à privilégier les acteurs, les pays, les professionnels de santé les mieux organisés et/ou les plus à même de faire valoir l'importance d'un effort international dans leur domaine d'intervention. Se pose alors la question de l'usage de l'analyse coût-efficacité, qui se trouve être également au centre des critères d'attribution de l'aide.

4.3.4. Quel usage éthique du critère d'efficience ?

(a) Termes du débat

La lutte contre le Sida dans les pays en développement constitue une bonne illustration des débats autour de l'utilisation du critère d'efficience cher aux économistes. Face à une maladie aux graves conséquences humaines et économiques, des analyses coût-efficacité ont été menées pour déterminer s'il fallait privilégier les dépenses de prévention ou les dépenses curatives. Quels sont les résultats de ces études ? Selon la synthèse de Creese et *alii* (2002), les interventions les plus efficaces pour leur coût sont, de façon générale, les dépenses de prévention. Les débats autour de ces résultats sont animés. Différents acteurs y prennent part (organisations internationales, ONG, Pouvoirs publics, chercheurs...). La question sous-jacente est de savoir s'il est, éthiquement, préférable d'appliquer les résultats de l'analyse coût-efficacité (priorité aux dépenses préventives) ou d'apporter secours aux personnes déjà

l'USAID, dont l'intérêt pour le soutien des réformes des systèmes de santé s'est réduit, au profit du développement des systèmes de surveillance et d'information sur les maladies les plus courantes dans les pays en développement.

touchées par la maladie.⁹² On peut dégager deux grandes interprétations des choix éthiques à opérer face à ce dilemme.

D'un côté, on trouve des défenseurs de l'analyse coût-efficacité (ACE), qui estiment que, malgré ses imperfections, cette méthode demeure la seule apte à définir des solutions éthiquement justifiées. Par exemple, Brunet-Jailly (1999, 2004) estime injuste de ne pas fournir une césarienne aux patientes qui en ont besoin dans les pays pauvres, considérant que cette opération est moins coûteuse que les traitements contre le Sida, et particulièrement efficace (au sens médical du terme). Il observe que des fonds importants ont été débloqués pour le traitement des personnes infectées par le VIH, avec des résultats incertains, alors que ces fonds auraient pu être utilisés pour augmenter le nombre de césariennes et sauver ainsi de nombreuses vies.

D'autres auteurs estiment au contraire que l'analyse coût-efficacité ne devrait pas être utilisée comme critère ultime de décisions relatives aux programmes de santé dans les pays pauvres. Ainsi Moatti et *alii* (2003 p. 254) considèrent que l'usage de l'analyse coût-efficacité doit être relativisé et ne doit pas servir de prétexte à un désengagement des gouvernements et des donateurs dans la lutte contre le Sida. Les auteurs prônent plutôt une priorité internationale donnée à l'accès aux antirétroviraux. Ces arguments sont également défendus par un certain nombre d'ONG.

Malgré leur apparente opposition, les deux approches précédentes se rejoignent sur un point : elles considèrent que le critère d'efficacité ne peut être considéré sans lui adjoindre des critères éthiques de décisions collectives. Pour la première approche (celle qui défend l'analyse coût-efficacité comme critère ultime de décisions collectives), le critère d'efficacité contient en lui-même des fondements éthiques particuliers. La particularité de cette approche est de considérer que les moyens alloués aux programmes de santé sont donnés. En d'autres termes, l'analyse coût-efficacité raisonne ici à budget limité, ou pour le moins considère qu'il ne faut pas attendre une hypothétique augmentation des fonds pour agir en utilisant les ressources disponibles selon un critère simple. Le droit à la santé y est défini dans les limites des ressources existantes à un moment donné. Dans la seconde optique, on se rapproche au contraire d'une conception en termes de droit à la santé comme devant d'abord être défini indépendamment des ressources disponibles. C'est une version extensive du droit à la santé. Les droits humains ne devraient pas être considérés en fonction des ressources disponibles, ce sont les ressources qui devraient être adaptées aux besoins pour mettre en œuvre les droits humains.

⁹² Au cœur de ce débat se trouvent les critiques apportées à l'encontre de la Banque mondiale dans les années 1990, cette institution ayant défendu une approche préventive.

(b) Un cadre théorique possible

Sans préjuger de la spécificité des choix à effectuer à l'échelle des pays, il me semble que l'utilisation de l'analyse coût-efficacité pour définir des priorités à une échelle plus mondiale ne peut pas faire l'économie d'un débat, entre les acteurs internationaux concernés, sur la place qui doit être clairement attribuée à ce mode de calcul. Il est possible de distinguer deux conceptions polaires de la place attribuée à l'ACE. D'un côté, si l'on internalise le critère éthique dans l'ACE, alors il conviendra de raisonner à budget donné et de voir si, une fois déterminée la « meilleure » allocation possible des fonds existants pour la santé, des situations particulières (de populations ou groupes de populations) justifient des exceptions ou des actions spécifiques. De l'autre côté, si l'on retient une conception plus extensive des droits humains, alors il est inévitable de chercher à définir, quelle que soit la procédure choisie, un « paquet » de droits parmi lesquels des droits à la santé peuvent être envisagés. Cette seconde approche, basée sur une norme supérieure (qui dépasse le critère coût-efficacité), insiste sur la priorité des droits humains pour tous et l'adaptation des ressources nécessaires. Cependant, une telle conception ne considère pas que les moyens sont *de facto* disponibles. Elle n'est envisageable que si l'on peut débloquer les fonds nécessaires, et/ou si une volonté existe pour débloquer ces ressources, ce qui ne semble pas être le cas à l'heure actuelle.⁹³ On peut, pour terminer cette présentation, effectuer un dernier retour à la notion de seuil de santé que je propose comme cadre conceptuel possible d'une telle conception.

Comme je l'ai évoqué plus haut (4.3.2.b), l'approche par les droits ne règle certes pas (ou pas à elle seule) la question des moyens du développement, mais elle permet d'établir des priorités quant à la mise en œuvre de ce dernier. En considérant le caractère potentiellement irréversible de la dégradation de l'actif santé, l'utilisation des critères économiques de choix (ratio coût-efficacité) est utile mais ne peut constituer une règle ultime de décision. Il convient de leur adjoindre un pré requis tel qu'il a été défini dans cette présentation (3.4.2.b), à savoir l'équité face au seuil de santé. Cela nécessite bien entendu une définition collective des droits essentiels, tels que par exemple celui des femmes enceintes de pouvoir disposer d'un suivi minimal que la médecine périnatale est capable de fournir à un coût limité. A l'heure actuelle, les priorités internationales semblent plutôt aller vers les maladies dont l'impact est évalué à travers le prisme, certes utile, mais réducteur, des externalités transfrontalières.

⁹³ Les difficultés rencontrées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose pour lever les fonds annoncés en témoignent [21].

Conclusion de la quatrième partie

Trois conclusions essentielles peuvent être dégagées. Premièrement, les notions de biens publics mondiaux et de droits humains, souvent utilisées de façon indifférenciée, proviennent pourtant d'approches différentes. La première est issue d'une conception standard élargie, pas toujours connue ou évoquée par les usagers de ce terme, qui y recourent plutôt dans une optique de gestion mondiale des biens communs.

Deuxièmement, la version standard du concept de biens publics mondiaux se heurte, dans le domaine de la santé, à des difficultés techniques (rendre compatibles les caractéristiques des biens publics intermédiaires), régulateurs (proposer un cadre de coordination de ces biens intermédiaires), et surtout éthiques (les contradictions entre la logique économique et la logique en termes de droits).

Enfin, si l'approche par les droits humains semble connaître une audience croissante au sein des acteurs internationaux, les tendances de la gouvernance mondiale de la santé montrent plutôt une domination toujours forte des critères économiques de décisions collectives. Je l'ai illustré à travers deux exemples, celui des relations entre droits de propriété intellectuelle et droit à la santé, et celui du financement international des programmes de santé.

La priorité donnée à certains droits humains, tant annoncée depuis une quinzaine d'années à travers les différentes manifestations internationales (du Sommet de Rio en 1992 au Sommet du Millénaire en 2000, pour ne citer que ceux-ci), n'est donc pas reflétée dans les rapports de force effectifs entre les acteurs mondiaux. Une raison essentielle semble être que la mondialisation est encore envisagée sous un angle essentiellement économique-commercial, sous l'influence en particulier des institutions dominantes. Le domaine de la santé s'inscrit dans une régulation mondiale plus large au sein de laquelle la logique économique-commerciale prévaut sur l'approche en termes de droits humains. Le seuil de santé collectif n'est pas intégré dans une approche de soutenabilité qui, par ailleurs, demeure largement orientée vers une soutenabilité faible.

Bibliographie de la quatrième partie

- BADIE B., SMOUTS M-C (1999), *Le retournement du monde*, Paris, Presses des Sciences politiques/Daloz.
- BAGAYOKO-PENONE N., HOURS B. (dir.) (2006), *Etats, ONG et production de normes sécuritaires dans les pays du Sud*, l'Harmattan, 314 p.
- BANQUE MONDIALE (1993), *Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde*, Washington, Banque mondiale.
- BANQUE MONDIALE (2001), Effective use of development finance for international public goods, in *Global development finance 2001*, Washington DC, Chapitre V.
- BANQUE MONDIALE (2004), *Des services pour les pauvres, Rapport sur le développement dans le monde*, Washington, ESKA-Banque mondiale.
- BARRERE A. (1968), « La cohérence de l'économie publique, le plan et le marché », in Guitton et Margolis, *Économie publique*, Actes du colloque de l'AISE, Biarritz, septembre 1966, Éditions du CNRS, Paris, pp. 449-482.
- BOOYSEN F. (2002) « An overview and evaluation of composite indices of development », *Social Indicators Research*, n°59, pp 115-151.
- BRUNET-JAILLY J. (1999), « Peut-on faire l'économie du sida ? », in Ch. Becker, J.P. Dozon, Ch. Obbo, M. Touré, *Vivre et penser le sida en Afrique*, IRD éd., Karthala, Codesria, 712 p.
- BRUNET-JAILLY J. (2004), « Conséquences économiques des maladies infectieuses », séminaire de l'IUSSP « HIV, maladies ré-émergentes et changement de la population en Afrique », Ouagadougou, 12-14 février.
- BÜRGENMEIER B. (2004), *Economie du développement durable*, Bruxelles, de Boeck.
- CHEN L. C., EVANS T. G., CASH R. A. (1999), « Health as a Global Public Good », in Kaul et al., pp. 284-304.
- COMBES E., PFISTER E. (2004), « Brevets et accès aux médicaments dans les pays en développement », *Revue française d'économie*, vol. XIX, n°2, p. 89-119
- COMMISSION MONDIALE POUR L'ENVIRONNEMENT ET LE DEVELOPPEMENT (CMED) (1987), *Notre avenir commun* (Rapport Brundtland), Ed. du Fleuve, 1988, Québec.
- COREI T. (1995), *L'économie institutionnaliste. Les fondateurs*. Paris, Economica Coll. Economie poche, 112 p.
- CLING J.P. (2002), L'articulation entre la théorie des biens publics mondiaux et l'approche du développement fondée sur les droits, in Haut Conseil de la Coopération Internationale, *Biens publics mondiaux et coopération internationale*, Paris, Karthala.
- CREESE A., FLOYD K., ALBAN A., GUINNESS L. (2002), « Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa : a Systematic Review of the Evidence », *Lancet*, 357, may 11, pp. 1635-1642.
- GADREY J., JANY-CATRICE F. (2005), *Les nouveaux indicateurs de richesse*, Repères, la Découverte, Paris
- GAUVRIT E. (2002), « La santé, un bien public mondial ? », *Cahiers français*, n° 310, septembre-octobre, pp. 84-90.
- GUENNIF S., MFUKA C. (2004), « Promesse et risque du renforcement du brevet au Sud. Transfert technologique, développement pharmaceutique et accès aux traitements », Communication aux XXèmes Journées de l'Association Tiers monde, Nancy, 25-27 mai.
- GUENNIF S. MFUKA C. (2005), « L'accès aux traitements antisida en Afrique : une analyse de la stratégie de brevet des firmes multinationales », *Mondes en développement*, vol.33, n°131, p. 75-86.
- JONAS H. (1980), *Le principe responsabilité*, Le Cerf, 1990, Paris.
- KAUL I., GRUNBERG I., STERN M.A. (2002), *Les biens publics mondiaux*, Paris, Economica (traduit de *Global Public goods:International Cooperation in the 21st century*, New York : PNUD, Oxford University Press, 1999).

- KOLACINSKI D. (2003), *Analyse économique des droits de l'homme*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LINDHAL E. (1919), « Just taxation – A Positive Solution », in Musgrave R.A., Peacock A.T., *Classics in the Theory of Public Finance*, Londres, Mac Millan, 1958.
- MACKELLAR L. (2005), « Priorities in global assistance for health, Aids and populations », OECD Development center, Working paper n°244, june, 33 p.
- MARKS S. (2000), « The Human Rights Framework for Development : Five Approaches », F.X. Bagnoud Center for Health and Human Rights, Working Paper, n°6, version mise à jour en 2001.
- MILLS A. (2002), « La science et la technologie en tant que biens publics mondiaux : s'attaquer aux maladies prioritaires des pays pauvres », *Revue d'économie du développement*, n°1-2, juin, pp 117-139.
- MOATTI J.P., CORIAT B., SOUTEYRAND Y., BARNETT T., DUMOULIN J. FLORI Y. A. (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*. Paris, ANRS.
- MUSGROVE P. (1999), « Public spending on health, how are different criteria related? », *Health Policy*, vol. 47, pp. 207-223
- OMS (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Rapport de la Commission Macroeconomie et Santé, présidée par J. Sachs, Genève, OMS.
- OXFAM (2004), « Free Trade Agreement Between the USA and Thailand Threatens Access to HIV/AIDS Treatment », *Oxfam briefing note*, July.
- SAMUELSON P.A. (1954), « The Pure Theory of Public Expenditure », *Review of Economics and Statistics*, vol. 11, pp. 387-389.
- SEN A. (1985), *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- SHARPE A. (1999), « A survey of indicators of economic and social well being », Background paper prepared for Canadian Policy Research Network, july 22.
- STIGLITZ J. (1999), *Knowledge as a Global Public Good*, in Kaul et al., pp. 308-325.
- STIGLITZ J. (1995), The theory of international public goods and the architecture of international organizations, United nations, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, *Background Paper*, n° 7.
- VEBLEN T. (1978), *Théorie de la classe de loisir*, Paris, Gallimard. Paru initialement dans la Bibliothèque des Sciences humaines en 1970.
- WICKSELL K. (1896), « A New Principle of Just Taxation », in Musgrave R.A., Peacock A.T., *Classics in the Theory of Public Finance*, Londres, Mac Millan, 1958.

5. Conclusion et perspectives

Les travaux présentés dans cette synthèse ont cherché à creuser une voie personnelle au sein de l'analyse économique de la santé dans les pays pauvres et en développement. Cette voie s'est organisée autour de l'idée centrale selon laquelle la demande de santé mérite une plus grande considération dans les recherches menées dans ce domaine. La tâche reste cependant immense concernant, notamment, l'opérationnalisation du seuil de santé et les questions institutionnelles de la régulation du domaine de la santé. Les perspectives et projets de recherche s'articulent autour de ces deux aspects qui sont liés à plusieurs égards. En effet, le lien entre seuil de santé et cadre institutionnel a été évoqué dans les travaux présentés dans cette synthèse (partie 4). Une question qui me semble cruciale est de savoir si l'approche par le seuil de santé doit se limiter à une analyse des *capabilities* en santé. En effet les travaux d'opérationnalisation des concepts de Sen qui concernent la santé, font, à ma connaissance, peu allusion aux liens entre, d'une part, les préoccupations des personnes (fondements éthiques des décisions individuelles et niveau de *capabilities*), d'autre part, le cadre éthique à l'échelle macrosociale.⁹⁴ Or le domaine de la santé semble difficilement pouvoir séparer les préoccupations individuelles des choix collectifs. Ainsi le seuil de santé peut être considéré comme, à la fois, une condition de bien-être (ou de liberté) individuel et une règle éthique dans une société donnée (sous la forme de l'équité dans l'atteinte du seuil). Aussi me semblerait-il pertinent d'approfondir la recherche dans deux directions:

- 1) L'opérationnalisation du seuil de santé à travers des études visant à séparer les comportements de consommation et d'investissement en santé. En effet, si l'on admet que le niveau de santé des individus détermine leurs comportements (dépenses, investissements...), il conviendrait de tester l'ampleur de cette relation auprès de populations soumises à de fortes contraintes en santé. Une première étude est envisagée au Burkina Faso.
- 2) L'identification et l'analyse des valeurs sur le « bien santé » sous-jacentes aux actions des institutions qui oeuvrent dans le domaine de la régulation ou du financement international. En effet, depuis une quinzaine d'années, la gestion des programmes pour la santé à l'échelle mondiale est le fruit d'actions portées par des acteurs très divers (*cf.* partie 4). La santé semble être devenue un secteur identifié comme stratégique dans les priorités des acteurs internationaux du « développement ». Le rôle de la santé dans le développement et la réduction de la pauvreté est unanimement reconnu depuis plusieurs années, ce qui transparaît dans les rapports des institutions internationales et dans les priorités dégagées au sein de

⁹⁴ Cette remarque vise plus les approches quantitatives (par exemple la méthode des frontières d'efficacité –Lovell et *alii* 1994 ; Pavone 2000) que les méthodes plus qualitatives qui se sont développées depuis plusieurs années.

la « gouvernance mondiale ». Pourtant les logiques sous-jacentes à ces actions sont peu étudiées, en particulier leurs fondements éthiques. Mon approche se situe dans une démarche institutionnaliste des actions internationales pour la santé. L'accent est mis sur le rôle des modes de pensée et des conceptions concurrentes de l'action en santé, et plus généralement de la solidarité pour la santé, au sein des institutions. Les rapports de force entre les acteurs, mais également les convergences partielles sur certaines priorités, sont encore méconnus et peu analysés.

Ce deuxième axe peut être envisagé en approfondissant notamment l'analyse des conflits entre l'économie et le droit dans le domaine de la santé, à l'échelle internationale. Le concept de la santé comme « droit humain » a-t-il un sens face au critère d'efficacité ? La réflexion sur cette question, à peine ébauchée ici, peut être approfondie.

Éléments bibliographiques de la cinquième partie

- LOVELL C.A.K., RICHARDSON S., TRAVERS P., WOOD L. (1994) « Resources and functionings : a new view of inequality in Australia », in Eichhorn V. (ed.) (1994), *Models and measurement of welfare and inequality*, Springer-Verlag.
- PAVONE A. (2000), « Measuring unequal distribution of resources and functionings in non-market household production: with an application to an Italian sample », *Statistica Applicata (Italian journal of applied statistics)*, vol.12, n.1, pp. 79-100.

Curriculum Vitae de Bruno Boidin

Cursus professionnel universitaire

- **Depuis septembre 2002 :**

Maître de conférences, Faculté des Sciences économiques et sociales, Université de Lille 1

Chercheur au Centre lillois d'économie et de sociologie (CLERSE – UMR CNRS 8019)

- **Septembre 1997 – août 2002 :**

Professeur associé d'économie, Institut d'Economie Scientifique et de Gestion (IESEG), Fédération Universitaire et Polytechnique de Lille.

Chercheur au Laboratoire de recherches économiques et sociales (LABORES – URA CNRS 362)

- **Septembre 1995 – septembre 1997 :**

ATER, Université de Lille 1

Cours de spécialité

(développement, développement humain, santé)

- Licence 3^{ème} année économie, mention « économie et sociétés » (Lille 1) : *Economie du développement* (15 heures)
- Programme de Troisième Cycle Inter africain (Ouagadougou) : *Economie de la santé dans les pays pauvres*, 2001, 2002, 2004, 2005 (24 heures)
- IESEG 4^{ème} année : *Théories et politiques économiques du développement* (20 heures)
- Master recherche sociologie/ethnologie, axe « sciences sociales et économiques du développement » (Lille 1) : « *La dimension humaine du développement* » (6 heures)
- Master 2 Ingénierie des Projets de Coopération (Lille 1) : *Développement durable* (6 heures)
- Licence de sciences sanitaires et sociales (Lille 2) : *Cours d'économie de la santé* (1999-2000).

Participation aux activités de recherche / Animation de la recherche

Responsabilités de recherche

- Responsable (avec B. Zuindeau) de l'axe « Territoire, environnement, développement durable » au sein du CLERSE
- Coordinateur scientifique (avec S. Rousseau) du programme de recherche « Responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise : interactions des logiques

d'acteurs dans la construction des normes ». Ce programme est effectué dans le cadre de l'IFRESI-CNRS. Il réunit une dizaine de chercheurs et bénéficie d'un financement dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région.

- Plusieurs directions de mémoires de recherche (master recherche) en développement et santé à l'université de Lille 1.

Participation à des réseaux et des associations de recherche

Membre du Réseau Développement Durable et Territoires Fragiles, IFRESI, Lille
Membre du Collègue des Economistes de la santé français (CES)
Membre de l'Association Tiers Monde

Participation à des comités de lecture et des conseils scientifiques

Membre du conseil de rédaction de la revue Mondes en développement
Membre du comité de lecture de la revue Développement durable et territoires
Membre du comité éditorial de la revue Ethique et économique (ethique-economique.org/)
Membre du conseil scientifique de l'Association Tiers Monde

Coordination d'ouvrages et de numéros spéciaux

- Coordination avec Abdelkader Djeflat de l'ouvrage *Ajustement et technologie en Afrique*, Publisud, 2001, 133 p.
- Coordination du dossier 3 « Les dimensions humaine et sociale du développement durable » de la Revue *Développement durable et territoires* (<http://developpementdurable.revues.org>), février 2004.
- Organisation et coordination scientifique avec Abdelillah Hamdouch de la Journée d'études « Institutions et santé dans les pays en développement », Université de Lille 1, 10 décembre 2004.
- Coordination avec Abdelillah Hamdouch du numéro 131 (2005) de la revue *Mondes en développement* issu des Actes de la journée d'études « Institutions et santé dans les pays en développement » (*cf. supra*).

Liste des travaux de recherche

THESE DE DOCTORAT

Les micro-unités de santé au Bénin : une analyse par les asymétries d'information. Thèse de doctorat en sciences économiques. Université de Lille 1. Décembre 1996.
Jury composé de : Prof. M. Gadreau (rapporteur), Prof. J.-Y. Lesueur (rapporteur), Prof. M. Koulibaly (Président), Prof. F.-R. Mahieu (directeur).

PUBLICATIONS (par ordre chronologique)⁹⁵

- [1]* Boidin B. (1994), « Le milieu sanitaire en économie béninoise : la théorie économique mise à l'épreuve », *Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie*, 1994, n°24, 1994, 110-137.
- [2]* Boidin B. et Savina M.-D. (1996), « Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'Etat : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin », *Revue Tiers Monde*, 1996, vol. 37, n°148, 853-874.
- [3] Boidin B. (1996), « La prolifération des micro-unités de santé au Bénin : le rôle de la différenciation », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 1996, vol. 36, n°4, 359-381.
- [4] Boidin B. (1998), « Du national au local : les politiques africaines de développement sanitaire », in *La socio-économie des territoires, expériences et théories*, chapitre 14, H. Zaoual (éd.), L'Harmattan, Paris 1998, 293-318.
- [5]* Boidin B. (1998), « Equité sanitaire en Afrique sub-saharienne : une approche par le seuil de santé », *Cahiers du GRATICE* (numéro spécial santé et économie), Université de Paris XII, 1998, n°15, 169-211.
- [6] Boidin B. (1999), « L'efficacité comme critère de décisions publiques sanitaires en Afrique subsaharienne : modalités et limites », *Cahiers de l'association Tiers Monde*, n°14, 189-196.
- [7] Boidin B. (2000), « Les micro-unités de santé au Bénin et le débat sur la notion de secteur informel », Document de travail du LABORES, Université catholique de Lille, 2000-08, 31 p.
- [8] Boidin B (2001), « Les infrastructures sanitaires publiques et la santé en Afrique subsaharienne : le problème de l'information », J. Brot et H. Gérardin (dir.), *Infrastructures et développement*, l'Harmattan.
- [9] Boidin B. (2001), « Peut-on mesurer l'objectivité située de l'actif santé ? Quelques pistes. », in *XXIèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale*, Actes du colloque, L'Harmattan.

⁹⁵ Les travaux publiés dans des revues à comité de lecture sont marqués d'un astérisque.

- [10]* Boidin B. (2001), « La santé comme actif du développement humain. Pourquoi et comment prendre en compte l'objectivité située ? », *Cahiers du GRATICE*, n°20, automne.
- [11] Boidin B., Djeflat A. (coord.) (2001), *Ajustement et technologie en Afrique*, Publisud, 133 p.
- [12] Boidin B. (2001), « La place des NTIC dans les systèmes de santé en Afrique subsaharienne : montée en puissance, enjeux et contraintes », in Boidin et Djeflat [11].
- [13] Boidin B. et Mahieu F.-R. (2002) « Capital social, capital humain et principe de précaution », in *L'Europe et le Sud à l'aube du XXIème siècle : enjeux et renouvellement de la coopération*, Actes sur cédérom du colloque GEMDEV-EADI 1999, Karthala.
- [14]* Boidin B. (2002), « Libéralisation et accès des pays pauvres à la santé : quelle responsabilité des droits de propriété intellectuelle et des firmes ? », *Mondes en développement*, tome 30, n°120, pp 63-74, repris dans *Problèmes économiques* n°2818, juillet 2003.
- [15] Boidin B. (2003) « La mondialisation des indicateurs de bien-être », in Ch. Euzéby, F. Carlier, S. Chapon, A. Euzéby, D. Mansanti, Cl. Offredi, *Mondialisation et régulation sociale*, Actes des XXIIIèmes Journées de l'AES, septembre 2003, l'Harmattan.
- [16]* Boidin B. (coord.) (2004), Dossier « Les dimensions humaine et sociale du développement durable », *Revue Développement durable et territoires* ([//developpementdurable.revues.org](http://developpementdurable.revues.org)), février
- [17]* Boidin B. (2004), « Développement humain, développement durable et pays en développement : comment articuler et mesurer les différentes dimensions ? », *Revue Développement durable et territoires* ([//developpementdurable.revues.org](http://developpementdurable.revues.org)), dossier 3, février
- [18]* Boidin B. (2005), « Droit à la santé et coopération internationale : les déficiences institutionnelles », *Mondes en développement*, n°129
- [19] Boidin B. (2005), « La santé comme bien public mondial : un contenu ambigu et incertain », in G. Froger, C. Mainguy, J. Brot et H. Gérardin (dir.), *Quels acteurs pour quel développement ?*, Paris, Gemdev-Karthala, 247-264.
- [20]* Boidin B., Hamdouch A. (dir.) (2005), Dossier « Institutions et santé dans les pays en développement », *Mondes en développement*, n°131
- [21]* Boidin B. (2005), « La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? », revue *Mondes en développement*, n° 131
- [22] Boidin B. (2006), « Quel est l'apport des indicateurs composites du développement ? », 1ères Journées de développement du GRES, repris dans *Problèmes économiques* n°2865, 22 décembre, pp 16-24, à paraître en 2006 in E. Berr et J.M. Harribey, *Le développement en question(s)*, Presses universitaires de Bordeaux.

SELECTION DE COMMUNICATIONS (par ordre chronologique)

- [A] Boidin B. (1997) « Asymétries informationnelles et relations Etat-marché dans le champ sanitaire : les micro-unités de santé au Bénin », colloque d'économie publique appliquée, Groupe Information Coordination Incitations, Université de Bretagne Occidentale, juin 1997.
- [B] Boidin B. (2000), « Le rôle des principes éthiques dans les politiques de santé appliquées aux pays en développement », communication au colloque « Financement des systèmes de santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu », CERDI, Université d'Auvergne, 30 novembre et 1^{er} décembre 2000.
- [C] Boidin B. (2001), « La santé comme actif du développement humain : une approche en termes de seuil », communication au colloque du Collège des économistes de la santé français (CES), 1-2 février 2001, CNAM, Paris.
- [D] Boidin B. (2001), « Santé et bien-être : la difficile mesure des capacités de santé », Colloque Pauvreté et développement durable, Chaire UNESCO, Bordeaux IV, 15-16 novembre 2001.
- [E] Boidin B. (2006), « Urgence sanitaire et aide au développement », communication aux XXIIèmes Journées de l'Association Tiers Monde, Université d'Artois, mai.

Sélection de documents

Parmi la liste des travaux présentée *supra*, les publications suivantes ont été sélectionnées. Ce choix ne reflète pas de façon exhaustive les recherches menées, mais cherche plutôt à donner un aperçu des différentes facettes de ces travaux.

Document 1 (référence [5] de la liste des travaux)

Boidin B. (1998), « Equité sanitaire en Afrique sub-saharienne : une approche par le seuil de santé », *Cahiers du GRATICE* (numéro spécial santé et économie), n°15.

Document 2 (référence [10] de la liste des travaux)

Boidin B. (2001), « La santé comme actif du développement humain. Pourquoi et comment prendre en compte l'objectivité située ? », *Cahiers du GRATICE*, n°20.

Document 3 (référence [17] de la liste des travaux)

Boidin B. (2004), « Développement humain, développement durable et pays en développement : comment articuler et mesurer les différentes dimensions ? », *Revue Développement durable et territoires* ([//developpementdurable.revues.org](http://developpementdurable.revues.org)), dossier 3, février.

Document 4 (référence [18] de la liste des travaux)

Boidin B. (2005), « Droit à la santé et coopération internationale : les déficiences institutionnelles », *Mondes en développement*, n°129.

Document 5 (référence [19] de la liste des travaux)

Boidin B. (2005), « La santé comme bien public mondial : un contenu ambigu et incertain », in G. Froger, C. Mainguy, J. Brot et H. Gérardin (dir.), *Quels acteurs pour quel développement ?*, Paris, Gemdev-Karthala, 247-264.

Table des matières

Sommaire	2
1. Présentation générale et articulation des travaux	3
1.1. Cadre général	3
1.2. La littérature en économie de la santé appliquée aux PED	3
1.3. Itinéraire de recherche	5
1.4. Plan de présentation des travaux	7
Bibliographie de la première partie	8
2. Information et marché de la santé. Le cas des micro-unités de santé au Bénin	9
2.1. Introduction : contexte, problématique et démarche	9
2.1.1. Le contexte	9
2.1.2. Problématique	10
2.1.3. Questions traitées	11
2.2. L'étude d'un « secteur informel de santé » et son intérêt	13
2.2.1. Enjeux	13
2.2.2. Les micro-unités de santé et la notion de secteur informel	14
2.3. Les problèmes informationnels dans les relations offre-demande	19
2.3.1. L'information asymétrique et la différenciation horizontale des micro-unités	19
2.3.2. Sélection adverse et risque moral	22
2.3.3. Des limites internes au pouvoir discrétionnaire des micro-unités	26
2.4. Les difficultés de régulation, prémisses à l'étude des problèmes de révélation de la demande	27
2.4.1. Une première limite : les critères évaluables de la qualité	28
2.4.2. Le problème des contre-stratégies des prestataires	30
Bibliographie de la deuxième partie	34

3. Révélation de la demande et seuil de santé	37
3.1. Introduction : point de départ et démarche	37
3.1.1. Point de départ	37
3.1.2. Démarche et plan de présentation	38
3.2. La révélation de la demande, un problème récurrent	39
3.2.1. Le cas du marché des micro-unités	39
3.2.2. La demande de santé en Afrique subsaharienne : généralisation du problème	48
3.3. Le seuil de santé	54
3.3.1. Revenir aux finalités du développement	54
3.3.2. Reconsidérer les approches du capital santé	55
3.3.3. Le seuil de santé : présentation	58
3.4. Implications éthiques	61
3.4.1. L'équité comme problème éthique : cadre théorique	61
3.4.2. Un cadre général de l'équité en santé.	62
3.4.3. Un obstacle : la sous-estimation de l'objectivité située dans les indicateurs de santé	66
3.5. Implications sur la mesure du développement humain	71
3.5.1. Prendre en compte les problèmes d'irréversibilités	71
3.5.2. Implications pour l'évaluation du développement humain durable	73
Bibliographie de la troisième partie	77
4. « Gouvernance mondiale » et seuil de santé	80
4.1. Introduction : point de départ et démarche	80
4.2. Les déficiences institutionnelles	83
4.2.1. Les problèmes de régulation et de coordination	84
4.2.2. Renforcer l'analyse des institutions	85
4.3. La santé, bien public mondial ou droit humain ?	88
4.3.1. Du bien public au bien public mondial	89
4.3.2. Des biens publics mondiaux aux droits humains ?	93
4.3.3. La situation actuelle à l'échelle mondiale : les droits humains demeurent des valeurs secondaires	97
4.3.4. Quel usage éthique du critère d'efficience ?	103
Bibliographie de la quatrième partie	107

5. Conclusion et perspectives	109
Curriculum Vitae	111
Liste des travaux de recherche	113
Sélection de documents	116
Document 1	117
Document 2	143
Document 3	163
Document 4	186
Document 5	205
Table des matières	225